

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



Corso di Psicologia Clinica Elementi di Psicopatologia

Lidia Del Piccolo

DMSP-PSY

Quando si parla di psicopatologia?

- **Infrequenza statistica** (soggetti diversi dalla norma in una distribuzione gaussiana)- comportamenti o sintomi rari.
- **Violazione delle norme sociali** (determina ansia o minaccia in chi è vicino) - concetto relativo alla norma culturale prevalente (rischio di sovra/sottostima)
- **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. uso di sostanze, fobie..., ma non è vero ad es. per il travestitismo)
- **Imprevedibilità**, risposta incontrollata e sproporzionata (es. disturbo d'ansia, allucinazioni).
- Stato che desta **preoccupazione nel soggetto e in chi lo circonda** (contesto sociale esteso e sanitario).

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)

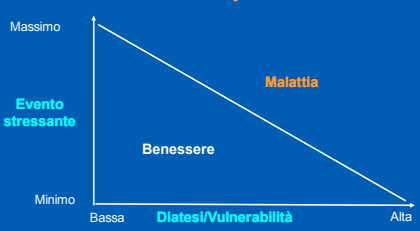
DMSP-PSY

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**

DMSP-PSY

Psicopatologia: ipotesi diatesi-stress e fattori componenti



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

DMSP-PSY

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

DMSP-PSY

Criteria 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,
- avere difficoltà ad addormentarsi,
- sentirsi triste sono esempi di sintomi...

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.

DMSP-PSY

Sistemi diagnostici

INTERPRETATIVO-ESPLICATIVI
DESCRITTIVO-CLASSIFICATORI

DMSP-PSY

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

DMSP-PSY

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

DMSP-PSY

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**

DMSP-PSY

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 and 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)

DMSP-PSY

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**

DMSP-PSY

Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)

100 - 91 Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.

90 - 81 Sintomi avversi o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali con membri della famiglia).

80 - 71 Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli potenzialmente stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare), lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).

70 - 61 Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze insignificanti da scuola, o furti in casa), ma in genere funzioni abbastanza buone, e ha alcune relazioni interpersonali significative.

60 - 51 Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circoscritto, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).

50 - 41 Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).

40 - 31 Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es.: l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). Oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es.: il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non frequenta la scuola).

30 - 21 Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato, idee di suicidio). Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es.: resta a letto tutto il giorno, non ha lavoro, casa o amici).

20 - 11 Qualche pericolo di far del male a sé stesso o agli altri (es.: tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morte, frequentemente violento, eccitamento maniacale). Oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci). Oppure grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutico).

10 - 1 Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente). Oppure persistente incapacità di mantenere la igiene personale minima. Oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morte.

0 Informazioni inadeguate.

DMSP-PSY

Disturbo mentale nel DSM-IV

Un modello comportamentale o psicologico **cl clinicamente** 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

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

- **disturbo d'ansia generalizzato (F41.1)**
- **disturbo da attacchi di panico (F41.0)**
- **fobie (sindromi fobiche F40)**
- **disturbo acuto da stress (F43.0)**
- **disturbo post-traumatico da stress (F43.1)**
- **disturbo ossessivo-compulsivo (F42)**



Ansia

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

È 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'**autopercozione 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.

DMS-PSY

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 scopicistico come imminente, molto probabile e elevato potere di compromissione

DMS-PSY

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)

DMS-PSY

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	Sintomi psichici
<ul style="list-style-type: none"> palpitazioni, tachicardia senso di soffocamento dolore al petto, oppressione toracica nausea, crampi addominali sudorazione, tremori parestesie vertigini 	<ul style="list-style-type: none"> paura preoccupazioni eccessive derealizzazione, depersonalizzazione sensazioni di malessere alterazioni della percezione difficoltà di concentrazione ipervigilanza

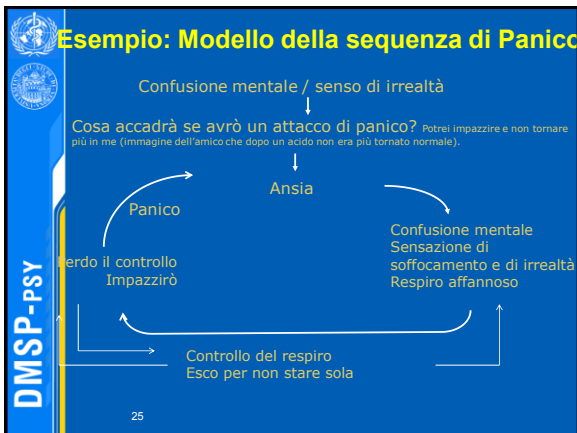
DMS-PSY



Esempio clinico di sequenza di Panico

- Ero con amici ad una festa in una discoteca.
- Ho sentito una sensazione di confusione mentale, quasi di irrealtà, mi sentivo distaccata dal mondo.
- Ho pensato che questa sensazione fosse il segno di un attacco di panico imminente, ma di quelli brutti, che avrei perso il controllo e sarei impazzita e non sarei più tornata in me (immagine dell'amico che dopo un acido non era più tornato normale e del suo primo attacco di panico).
- Sono diventata più ansiosa, temevo di perdere il controllo e di impazzire, e ho cominciato a respirare affannosamente, tutto peggiorava.
- Ho cercato di respirare più lentamente e poi mi sono precipitata fuori a cercare mio marito.
- Mi sono sentita depressa e scoraggiata, perché non sono più in grado di passare una serata fuori con gli amici, e inoltre nessuno mi riesce a capire, neanche mio marito.

DMS-PSY



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.

Disturbo da attacchi di panico

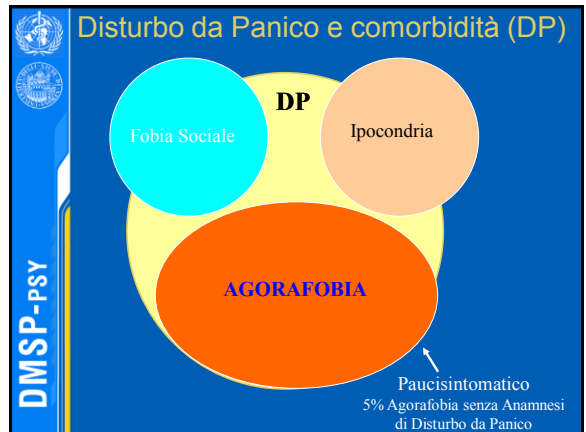
Si distinguono:

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)



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

DMSP-PSY

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.

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 ≠ preoccupazioni ≠ paure

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

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.

DMSP-PSY

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 incombente – 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

DMS-PSY

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

- Episodio maniaco (F30)
- Disturbo (sindrome) affettivo bipolare (F31)
- Episodio depressivo (F32)
- Disturbo (sindrome) depressivo ricorrente (F33)



DMS-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.

DMS-PSY

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**)

DMS-PSY

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

DMS-PSY

Ipotesi diatesi stress nella depressione

Fattori di vulnerabilità:

- biologica (disfunzione recettori serotonina e alterazione recettori dopamina nel sistema della ricompensa),
- cognitiva (susceptibilità 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)

DMS-PSY

Episodio maniaco

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 maniaco, 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 maniaco.

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

DMS-PSY

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

DMS-PSY

DISTURBI SOMATOFORMI
Sindromi nevrotiche e somatoforme (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)

DMS-PSY

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)

DMS-PSY

Disturbo di somatizzazione: definizione (2)

- l'attivazione emotiva e psicofisica indotta dalle perturbazioni legate ad eventi o situazioni stressanti viene letta in senso somatico.
- 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
- accompagnata da un modello di malattia inappropriato (ILLNESS ATTRIBUTION)
- 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)

DMS-PSY

Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo

Tendenza ad avere una risposta più accentuata a stimoli stressanti dovuta alla precedente esperienza di condizioni simili (facilitato il recupero mnemonico di date sensazioni fisiche rispetto ad altre). In genere la risposta fisiologica a stimoli stressanti è accresciuta se i fattori stressanti iniziali erano incontrollabili e imprevedibili

Sensibilizzazione fisiologica (Rygh et al., 2005)
Fattori perpetuanti e di mantenimento

Sintomi fisici e distress generale

- 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

DMS-PSY

Basi neuropsicologiche della somatizzazione

Dolore: esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale.

Si compone di:

- una parte **percettiva** (la **nocicezione**) che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo. E' costituita da un circuito a tre neuroni che convoglia lo stimolo doloroso dalla periferia alla corteccia cerebrale mediante le **vie spino-talamiche**;
- una parte **percettiva** (influenzata dallo stato psicologico) che è responsabile della valutazione critica dell'impulso algogeno. E' monitorata dalla **corteccia cerebrale** e dalla **formazione reticolare** e permette di discriminare l'intensità, la qualità e il punto di provenienza dello stimolo nocivo; da queste strutture vengono modulate le risposte reattive.

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

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.
- Esprese 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**.

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

Fattori predisponenti

Esperienze precoci ↔ **neuroticismo** ↔ Eventi, virus, fattori stressanti

↓

Sensibilizzazione fisiologica (Rygh et al., 2005)
Fattori perpetuanti e di mantenimento

↓

Sintomi fisici e distress generale

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

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.

**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)

**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.

**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.

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)

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)
- **disturbo dissociativo dell'identità** (2 o più identità distinte che agiscono in modo indipendente)
- **depersonalizzazione** (alterazione nella percezione di sé)
- **derealizzazione** (alterazione nella percezione dell'ambiente)

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.

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 ("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= kg/m²-17,5)
- 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), ascési (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



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.

Disturbi dell'identità di genere: 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

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

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.

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 alla 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

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, mescolina, Ecstasy, MDMA)

Sanità Pubblica e Medicina di Comunità - Corso di Psicologia

DMSP-PSY

74

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.

DMSP-PSY

Schizofrenia e disturbi psicotici

Categorie di 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;**

DMSP-PSY

Schizofrenia e disturbi psicotici

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**

DMSP-PSY

Schizofrenia

Per parlare di schizofrenia è richiesta la presenza di almeno 2 tra i sintomi positivi e negativi.

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.
- Etiologia sconosciuta (dopamina – recettori più numerosi e sensibili nella via mesolimbica - ipoattività della via mesocorticale. Dilatazione dei ventricoli e disfunzioni della corteccia prefrontale)

DMSP-PSY

Classificazioni

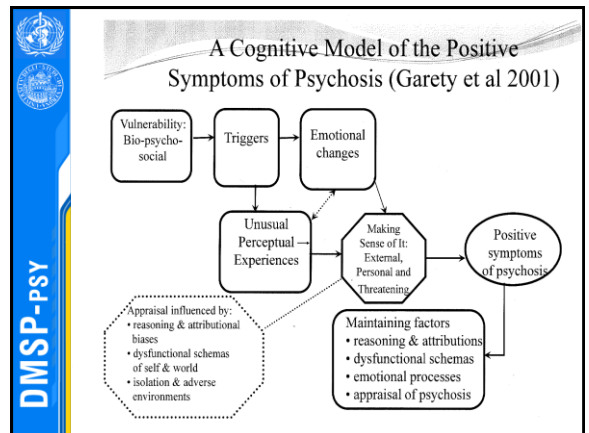
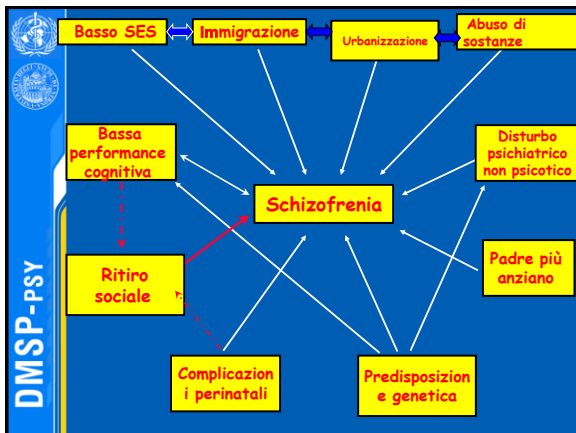
Schizofrenia (F20)

- paranoide
- ebefrenica
- catatonica
- Indifferenziata
- residua
- Simplex

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

Sindromi schizoaffettive (F25)

DMSP-PSY



Tattamento 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

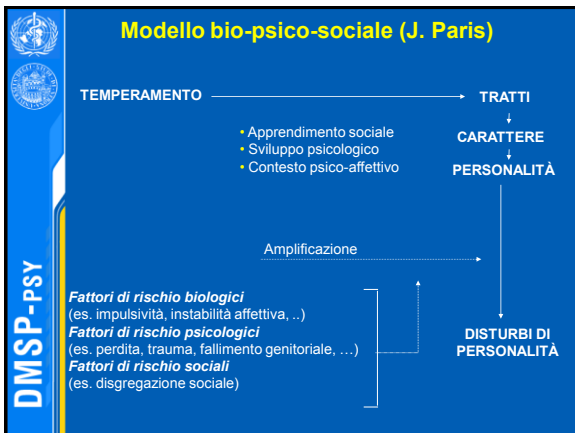
Fondamento eredo-costituzionale e struttura biologica che sta alla base delle modalità di risposta agli stimoli ambientali

Dimensioni fondamentali (Thomas e Chess, 1977)

- ATTIVITÀ: livello e estensione dell'attività motoria
- RITMATICITÀ: 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)

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**

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.

GRUPPO A

Gruppo strano/eccentrico - distorsioni cognitive e chiusura relazionale

- DP PARANOIDE
- DP SCHIZOIDE
- DP SCHIZOTIPICO

GRUPPO A: DP PARANOIDE

DMS-PSY

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).

GRUPPO A: DP SCHIZOIDE

DMS-PSY

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.

GRUPPO A: DP SCHIZOTIPICO

DMS-PSY

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.

GRUPPO C

DMS-PSY

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

- DP EVITANTE
- DP DIPENDENTE
- DP OSSESSIVO-COMPULSIVO

GRUPPO C: DP EVITANTE

DMS-PSY

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/trifutato 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.

GRUPPO C: DP DIPENDENTE

DMS-PSY

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.

**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 coscienza, moralità etica o valori.
- sul piano interpersonale sono ostinati, pretendono che venga fatto tutto come vogliono loro.

DMS-PSY

GRUPPO B

Gruppo amplificativo/imprevedibile -
Comportamento imprevedibile, impulsivo, drammatizzante

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

DMS-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 maniaco.

DMS-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.

DMS-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;
- assortito 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.

DMS-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:....”

DMS-PSY

DMS-PSY

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

DMS-PSY

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

DMS-PSY

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).

DMS-PSY

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.

DMS-PSY

Disturbo Bordeline di personalità

Epidemiologia

- Età d'esordio: adolescenza (entro la prima età adulta)
- Diagnostico 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

DMS-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

DMSP-PSY

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*

DMSP-PSY

Gesti autolesivi

- Le frequenti oscillazioni emotive inducono pensieri di suicidio e/o gesti autolesivi
- L'effettuazione di tali gesti si accompagna alla percezione di sollevio 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

DMSP-PSY

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 sollevio da stati affettivi dolorosi intollerabili *

DMSP-PSY

Tipologie di comportamento autolesivo nei pz. borderline

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

da Shearer, 1994

DMSP-PSY

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

DMSP-PSY

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



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



Modello dimensionale dei disturbi di personalità

Modello a cinque fattori (McCrae e Costa, 1990)

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