



Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

Psicologia Clinica A.A. 2015-2016

Elementi di psicopatologia nell'adulto

- Terza Parte -

Cinzia Perlini
cinzia.perlini@univr.it

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Epidemiologia della schizofrenia

Prevalenza: colpisce circa lo 0,3-0,7% delle persone.

Differenze di genere: essa si presenta 1,4 volte più frequentemente nei maschi rispetto alle femmine; di solito appare prima negli uomini; i maschi presentano di solito un decorso più sfavorevole (es. > ospedalizzazioni).

L'insorgenza è precoce (15-30 anni). L'età di picco di insorgenza è tra i 20 e i 28 anni per i maschi e tra i 26 e i 32 anni per le femmine.

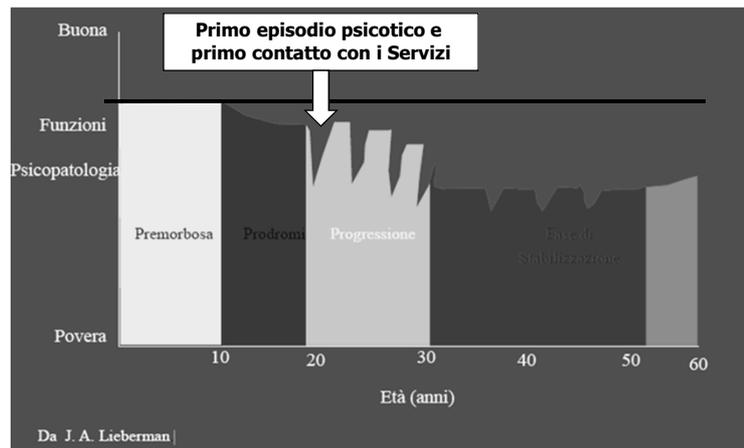
Il quadro clinico con cui si manifesta e il decorso sono eterogenei. Tipicamente, episodi acuti si alternano a fasi di remissione (senza ritorno a funzionamento pre-morboso).

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Il decorso della psicosi

Non tutti i primi episodi
psicotici evolvono in
schizofrenia!



Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

La fase prodromica

Generalmente la psicosi conclamata è preceduta da un periodo di cambiamento del modo di essere dell'individuo, nella maggior parte dei casi adolescente, rispetto allo stato di funzionamento precedente (fase prodromica).

In particolare possono manifestarsi:

- Ridotta concentrazione e motivazione
- Ansia, umore deflesso
- Disturbi del sonno
- Evitamento sociale
- Sospettosità
- Irritabilità
- Sintomi psicotici attenuati

(Yung & Jackson, 1999)

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Eziologia della schizofrenia

Data la sua complessità, i fattori causali che intervengono nella schizofrenia sono numerosi. Essi sono:

- **FATTORI GENETICI (FAMILIARITA')**

I dati derivanti dagli studi di genetica del comportamento e di genetica molecolare su famiglie, coppie di gemelli, persone adottate e famiglie ad alto rischio, suggeriscono una componente genetica nella schizofrenia.

I parenti di pazienti con schizofrenia sono più a rischio di sviluppare disturbi psicotici, e il rischio aumenta più è stretto il legame di consanguineità.

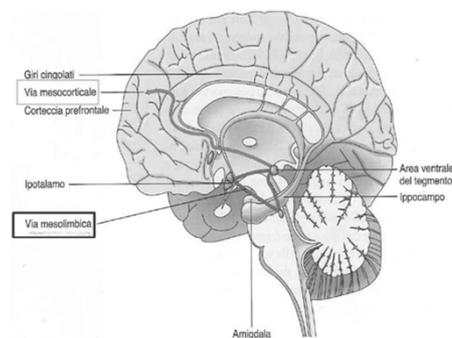
In particolare sono stati evidenziati alcuni geni: NRG1, COMT (*codificatore dell'enzima che metabolizza la dopamina, associato a disfunzioni della corteccia prefrontale e della working memory*), BDNF.

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Eziologia della schizofrenia

- **SISTEMI NEUROTRASMETTITORIALI**

Alterazione del sistema dopaminergico meso-cortico-limbico (ma anche serotonina e glutammato).



SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Eziologia della schizofrenia

- **STRUTTURE E FUNZIONI CEREBRALI**

Studi di *imaging cerebrale* hanno evidenziato la presenza di numerose alterazioni sia nella struttura (es. volume ridotto; alterazioni sostanza grigia e bianca) che nella funzione (fMRI, metabolismo) di specifiche aree o di circuiti cerebrali.

Le corteccie prefrontale (*linguaggio, capacità decisionale, comportamento finalizzato, memoria di lavoro*) e temporale (ma anche amigdala, ippocampo e cingolo) sembrano essere le aree maggiormente compromesse. Un reperto tipico è inoltre la dilatazione dei ventricoli.

→ ridotta performance ai test neuropsicologici

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Eziologia della schizofrenia

- **COMPLICANZE OSTETRICHE**

Complicanze perinatali (es. ipossia, uso del forcipe, infezioni) sembrano essere associati (soprattutto in soggetti con una diatesi genetica) ad una maggiore probabilità di insorgenza del disturbo.

- **USO DI CANNABIS**

Può esacerbare i sintomi. Diventa fattore di rischio quando associata a predisposizione genetica (es. un particolare polimorfismo del gene COMT).

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Eziologia della schizofrenia

- **STATUS SOCIOECONOMICO E URBANIZZAZIONE**

Vi è un aumento dei casi di schizofrenia nelle aree urbane in cui lo status socio-economico è più basso.

?

- Il basso status (condizioni di vita) costituisce un'esperienza talmente stressante da favorire lo sviluppo della schizofrenia?
(IPOTESI SOCIOGENETICA)

OPPURE

- La malattia determina un fenomeno di deriva sociale? es. stigma, perdita del lavoro etc. **(IPOTESI DELLA SELEZIONE SOCIALE)**
Questa sembra l'ipotesi più probabile.

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Eziologia della schizofrenia

- **EVENTI E DINAMICHE FAMILIARI**

Deprivazioni precoci, traumi infantili, ambiente familiare con alti tassi di conflitto ed emotività espressa sono stati messi in relazione con la schizofrenia.

Oggi sono sempre più diffusi gli studi sulle fasi precoci del disturbo (prima dell'insorgenza dei sintomi) per individuare i fattori di rischio e causali (es. primi episodi psicotici, studi su soggetti ad alto rischio, esperienze avverse nei primi anni di vita):

- Studi longitudinali
- Studi retrospettivi e prospettici

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Il trattamento della schizofrenia

- **La riabilitazione cognitiva** Training mirati (es. sulle funzioni esecutive) e personalizzati. Il paziente si 'allena' mediante un computer con software appositi (3 sessioni settimanali per 2-3 mesi), assistito da un operatore.
Il training ha effetto non solo sui domini cognitivi che vengono esercitati, ma anche sul funzionamento sociale e nel determinare un miglioramento della sintomatologia.
- **Il training alle abilità sociali (social skills training)**
Il paziente si esercita, mediante l'aiuto di un operatore che funge da modello (*modeling*), in una serie di attività sociali es. fare la spesa, dire di no ad una richiesta, chiedere un favore, organizzare un appuntamento.

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Il trattamento della schizofrenia

- **Gli interventi psicoeducativi** con il paziente e con la famiglia. Vengono date informazioni sul disturbo (es. problemi cognitivi ad esso associati), la sua possibile evoluzione, il trattamento farmacologico e le strategie più appropriate di gestione dei sintomi. Favoriscono il confronto (es. gruppi di familiari) e un atteggiamento di apertura e fiducia.
- **Il case-management** Presenza di una figura (*case-manager*) che coordina la gamma di servizio medici e psicologici di cui i pazienti necessitano per mantenere un certo grado di autonomia dai Servizi e ridurre i sintomi e il ricorso all'ospedalizzazione.

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Il trattamento della schizofrenia

- **La terapia cognitivo-comportamentale**

L'uso della terapia cognitiva nelle psicosi è stato descritto per la prima volta da Beck nel 1952. Egli ha spinto una persona affetta da schizofrenia cronica ad analizzare dettagliatamente l'aspetto e il comportamento di presunti agenti FBI che stavano visitando il suo negozio, così da sottoporre al test di realtà tale convinzione. Il pz. riuscì ad abbassare il suo gruppo di 50 "sospetti" iniziali a 2-3 "presunti".

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.

Pacchetti di intervento specifici es. per le psicosi all'esordio

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Il trattamento della schizofrenia

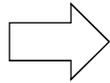
- **L'importanza del lavoro in équipe**

Nel trattamento dei pazienti gravi, il gruppo rappresenta un vero e proprio strumento di lavoro. Infatti esso fornisce:

- pluralità di punti di vista (visione complessa del pz)
- integrazione di diverse competenze (#figure professionali)
- sostegno emotivo per il singolo operatore (prevenzione del burn out)
- possibilità di condividere emozioni ed esperienze
- supervisione
- contenimento dei vissuti e dell'esperienza psicotica (scissa e proiettata) del paziente

SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Il trattamento della schizofrenia (e delle psicosi)



Nonostante il decorso tendenzialmente cronico del disturbo, negli ultimi anni si è lavorato (anche in Italia) per la progettazione e sempre più diffusa attuazione di **interventi mirati e specialistici per le fasi sempre più precoci dei disturbi psicotici**, che possano arginare e favorire un decorso migliore della malattia.

In generale, i programmi di trattamento dovrebbero essere:

- completi
- focalizzati
- a lungo termine
- modellati sul singolo paziente
- tali da coinvolgere il paziente nel trattamento
- adattati per i pazienti con deficit cognitivo
- che coinvolgono la famiglia e gli altri significativi

ALTRI DISTURBI PSICOTICI nel DSM-IV

Disturbo schizofreniforme

I sintomi sono gli stessi della schizofrenia, ma durano da uno a sei mesi.

Disturbo psicotico breve

Dura da un giorno ad un mese.

Disturbo delirante

Deliri non bizzarri per almeno un mese. A parte quanto consegue al delirio, il funzionamento non risulta compromesso in modo rilevante.

Disturbo schizoaffettivo

Consiste in una combinazione di sintomi della schizofrenia e dei disturbi dell'umore.

Disturbo condiviso (o folie à deux)

Delirio in un soggetto in contesto di relazione stretta con un'altra (o più) persona con già un delirio in atto. Il delirio ha contenuto simile.

Principali disturbi psicopatologici nell'adulto

- Disturbi d'ansia
- Disturbi dell'umore
- Disturbi somatoformi
- Disturbi fittizi
- Disturbi dissociativi
- **Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazione delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici (D. del sonno, D. dell'alimentazione, D. sessuali)**
- Disturbi da uso di sostanze
- Schizofrenia e disturbi psicotici
- **Disturbi di personalità**

DISTURBI DI PERSONALITA' nel DSM-IV

- Disturbo paranoide
 - Disturbo schizoide
 - Disturbo schizotipico
 - Disturbo antisociale
 - Disturbo borderline
 - Disturbo istrionico
 - Disturbo narcisistico
 - Disturbo evitante
 - Disturbo dipendente
 - Disturbo ossessivo-compulsivo
- } di
personalità

7. Personalità

Il termine **personalità** deriva dalla parola latina **persona** → maschera che gli attori usavano per recitare negli anfiteatri e che attribuiva loro un ruolo.

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)

7. Personalità

I disturbi di personalità (Asse II del DSM-IV) rappresentano un gruppo eterogeneo di disturbi psicologici definiti dalla difficoltà della persona a formarsi un'immagine di sé stabilmente positiva e ad intrattenere con gli altri rapporti profondi e costruttivi. Compromettono pertanto l'**identità** e le **relazioni**.

Sono **modi di essere persistenti** (si protraggono per anni) e **pervasivi** (coinvolgono l'intera persona e il suo interagire con l'ambiente).

Il soggetto arriva spesso all'attenzione del clinico dopo anni, solitamente lamentando difficoltà relazionali.

Possono essere associati a disturbi in Asse I.

DISTURBI DI PERSONALITA'

Tratti di personalità 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.

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

DISTURBI DI PERSONALITA'

Definizione di disturbo di personalità

Un disturbo di personalità rappresenta:

- 1) **un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, e si manifesta in almeno due delle seguenti 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**
- 2) **è pervasivo e inflessibile**
- 3) **determina disagio o menomazione**
- 4) **esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo**

DISTURBI DI PERSONALITA'

Disturbi del Cluster A (strano/eccentrico):

Paranoide

Sfiducia e sospettosità verso gli altri, che vengono interpretati come malevoli; la persona è diffidente, è riluttante a confidarsi con altri, porta costantemente rancore, scorge significati nascosti minacciosi, percepisce attacchi al proprio ruolo e può reagire con rabbia, sospetta della fedeltà del coniuge.

Schizoide

Distacco dalle relazioni sociali, ristretta gamma di espressioni emotive, affettività appiattita, sceglie sempre attività solitarie, non desidera né prova piacere nelle relazioni strette, scarso interesse per sesso e altre attività, non ha amici stretti, è indifferente a lodi o critiche altrui.

Schizotipico

Relazioni interpersonali deficitarie (disagio acuto), distorsioni cognitive quali credenze strane (es. credere nella telepatia, nel sesto senso), esperienze percettive insolite, eccentricità del comportamento o dell'aspetto, pensiero o linguaggio strani, affettività inappropriata o coartata, sospettosità o ideazione paranoide, eccessiva ansia sociale.

DISTURBI DI PERSONALITA'

Disturbi del Cluster B (amplificativo/emotivo/imprevedibile):

Istrionico

Emotività eccessiva e ricerca di attenzione, comportamento sessualmente seducente o provocante, utilizzo dell'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé, espressione delle emozioni mutevole e superficiale, eloquio impressionistico, drammatizzazione, teatralità, suggestionabilità, considera le relazioni più intime di quanto lo siano realmente.

Narcisistico

Fantasie e comportamento grandiosi (es. esagera talenti o risultati), necessita di ammirazione (crede di essere speciale o unico), è assorbito da fantasie di successo, potere, bellezza e amore ideali; non prova empatia (incapace di riconoscere o identificarsi con i sentimenti e le necessità altrui), invidioso e crede di essere oggetto di invidia, atteggiamenti arroganti o presuntuosi.

DISTURBI DI PERSONALITA'

Disturbi del Cluster B (amplificativo/emotivo/imprevedibile):

Antisociale

Inosservanza o violazione dei diritti degli altri, incapacità di uniformarsi alle norme sociali, disonestà, impulsività, irritabilità e aggressività, irresponsabilità, comportamenti pericolosi per sé o altri, mancanza di rimorso, disturbo della condotta prima dei 15 anni.

Borderline

Instabilità nelle relazioni interpersonali (alternanza di idealizzazione e svalutazione intense; sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono), dell'immagine di sé (vissuto di perenne instabilità) e dell'umore; marcata impulsività in sesso, abbuffate, guida spericolata o spese etc; rabbia immotivata e intensa, ricorrenti minacce-comportamenti suicidari o automutilazioni, ideazione paranoide, sentimenti cronici di vuoto.

DISTURBI DI PERSONALITA'

Disturbi del Cluster C (ansioso/timoroso):

Evitante

Inibizione interpersonale e sociale, sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità al giudizio negativo, timore di essere ridicolizzato, umiliato o rifiutato, si considera socialmente inetto, non attraente o inferiore agli altri.

Dipendente

Eccessiva necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione; non sa prendere decisioni senza chiedere ripetutamente consigli e rassicurazioni, non si assume responsabilità, ha difficoltà ad esprimere disaccordo o fare cose in autonomia, si sente a disagio o indifeso quando è solo.

Ossessivo-compulsivo

Preoccupazione per l'ordine, perfezionismo (dettagli, regole, liste, schemi, tanto da perdere lo scopo principale dell'attività e non essere in grado di portare a termine il compito), assenza di flessibilità, apertura ed efficienza; eccessiva dedizione al lavoro e alla produttività, eccessiva coscienziosità e scrupolosità in tema di moralità-etica-valori; incapacità di delegare o lavorare con altri; rigidità e testardaggine.