



Cinzia Perlini

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

Corso di Psicologia Clinica

A.A. 2015-2016

Introduzione alla psicopatologia

Cinzia Perlini
cinzia.perlini@univr.it

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

La psicopatologia è definibile come:

- 1. Teoria delle funzioni psichicamente disturbate della mente (Scharfetter 2004): coscienza, attenzione, memoria, senso-percezione, pensiero, affettività e comportamento.**
- 2. Studio sistematico delle esperienze, delle cognizioni e dei comportamenti anormali (Sims, 1988).**
- 3. Valutazione del funzionamento anormale della psiche, nella prospettiva dello sviluppo psichico, anziché della cause organiche, mirante ad individuarne le cause specifiche (Fulcheri, 2004).**

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

Il continuum normalità/patologia

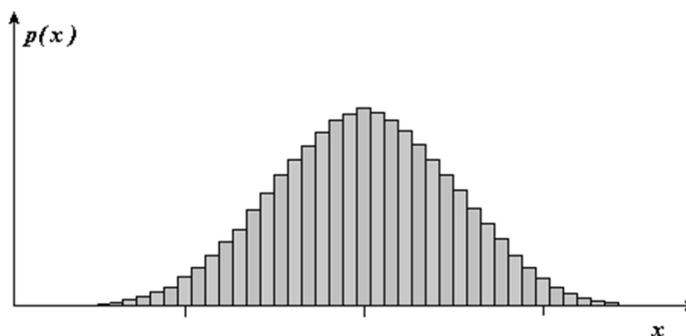
- **E' difficile separare nettamente la patologia dalla normalità** → CONTINUUM NORMALITA'/PATOLOGIA
- Il disturbo psichico si differenzia **spesso** dalla condizione di normalità **più in termini quantitativi che qualitativi** (es. tristezza-depressione; ansia-attacco di panico) (Rossi, 2004)
- Malattia come relatività e non assolutezza



Quando si parla di psicopatologia

- **Infrequenza statistica** (soggetti diversi dalla norma in una distribuzione gaussiana)-comportamenti o sintomi rari.

La Curva di Distribuzione Normale o Gaussiana è il riferimento statistico-matematico per definire l'intervallo di normalità e la deviazione standard.



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).

Criteri più frequenti per la diagnosi:

- **Ricerca di aiuto**: indicatore parziale, soprattutto in presenza di scarsa consapevolezza di malattia.
 - **Deviazione dalla norma**: comportamenti bizzarri, devianti dalla norma comunemente accettata dalla cultura/subcultura di riferimento in un determinato periodo storico.
 - **Disagio emotivo-affettivo**: vissuto di sofferenza soggettivamente sperimentato dall'individuo.
 - **Pervasività**: grado di interferenza con il normale funzionamento dell'individuo.
- N.B.: Nessun indicatore è di per sé sufficiente per fare diagnosi di disturbo mentale**: è la combinazione di questi a fornire un indice di gravità, insieme alla durata della condizione e alle risorse soggettive (resilienza).

Sintomi e Segni

Sintomo (disturbo soggettivamente riferito dal soggetto)

Segno (alterazione direttamente osservabile dall'esterno)

In psicopatologia, il segno è il modo in cui un disturbo psicologico viene **comunicato**.

•Entrambi:

- *possono essere manifestazioni, indici, di una condizione patologica;*
- *rendono possibile la **diagnosi** (=conosco/vedo attraverso)*
- *riguardano l'**interazione** del soggetto:*
 - ✓ *con l'ambiente circostante*
 - ✓ *con sé stesso*

Approcci alla psicopatologia

• **Modello organo-genetico** (medico-biologico)

Alterazione a carico di una struttura e/o funzione della mente conseguente ad anomalie fisiologiche o biochimiche a carico del Sistema Nervoso Centrale (SNC).

• **Modello socio-genetico**

Il disturbo mentale ed il comportamento anomalo viene letto come deviazione da una norma condivisa e correlabile al contesto sociale.

• **Modello psico-genetico**

Il disturbo mentale viene interpretato, a seconda dell'approccio, come esito di conflitto intrapsichico, apprendimento disfunzionale, alterazioni di schemi cognitivi e deficit dei processi comunicativi.

• **Modello bio-psico-sociale** (modello integrato)

Psicopatologia: ipotesi diatesi-stress e fattori compresenti

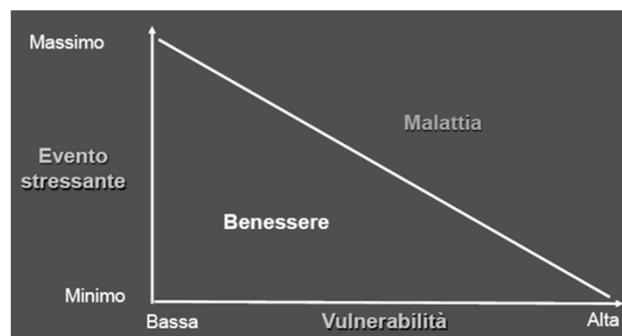
Benessere/Malattia: La salute viene definita dall'OMS come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"

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

Fattore stressante: stimolazione ambientale spiacevole o nociva, che può arrivare ad innescare un processo psicopatologico

Resilienza: capacità soggettiva di fronteggiare lo stress e gli eventi traumatici, riorganizzando in maniera positiva ed evolutiva la propria vita.

Psicopatologia: ipotesi diatesi-stress e fattori compresenti



Vulnerabilità/Evento stressante

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

La classificazione delle psicopatologie

Utilità della classificazione

- Fornire una nomenclatura comune e favorire la comunicazione e la sintesi informativa;
- 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);
- Definire meglio i concetti e favorire il confronto teorico.

Il problema della classificazione

Analisi della relazione tra membri diversi di una popolazione, in modo da suddividerli in classi:

- **mutuamente escludentisi ed esaustive**: difficoltà ad assegnare un individuo unicamente a una categoria.
- **ogni membro con le stesse caratteristiche appartiene alla stessa classe**: alle caratteristiche degli individui però si può attribuire un peso diverso (riferimento teorico)
- **la caratteristica che definisce la classe è presente totalmente** (sistema monotetico).
- **in biologia i confini tra classi sono labili**, ci si basa quindi su un criterio di affinità (sistema politetico).

Sistemi diagnostici

DESCRITTIVO-CLASSIFICATORI

INTERPRETATIVO-ESPLICATIVI

A) Modelli categoriali (diagnosi descrittiva nosografica)

→ **Esistono disturbi psichici chiaramente identificabili come entità separate e indipendenti, sulla base di una sintomatologia osservabile e descrivibile.**

- Tali entità sono costruite su base clinica: categorie di pazienti con gli stessi sintomi afferiscono alla medesima categoria diagnostica, hanno la stessa eziologia e richiedono lo stesso trattamento;
- Il processo di attribuzione alle categorie diagnostiche è di tipo dicotomico: presenza o assenza di elementi distintivi;
- La somiglianza tra i soggetti che rientrano nella stessa categoria diagnostica è definita statisticamente (*clusterizzazione*);
- La categoria diagnostica è una sintesi delle caratteristiche preminenti dell'individuo dal punto di vista psicopatologico.

Principali sistemi diagnostici categoriali

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**
- 2015 ICD-11

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 a-teoretico, consenso esperti)
 - 1994 DSM-IV sistema multi-assiale, criteri diagnostici di inclusione-esclusione
 - 2000 DSM-IV-TR (Text Revision)**
 - 2013 DSM-5
- contesto storico-culturale e cambiamento nelle patologie

Il sistema ICD-10

Capitoli	Sezioni	Titolo
I	A00-B99	Malattie infettive e parassitarie
II	C00-D48	Neoplasie
III	D50-D89	Malattie del sangue e del sistema immunitario
	E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
	F00-F99	Patologie mentali e del comportamento
VI	G00-G99	Neurologie
VII	H00-H59	Oftalmologie
VIII	H60-H95	Patologie dell'orecchio
IX	I00-I99	Disturbi del sistema circolatorio
X	J00-J99	Disturbi del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Malattie gastroenterologiche
XII	L00-L99	Dermatologie
XIII	M00-M99	Patologie muscoloscheletriche e connettivali
XIV	N00-N99	Disturbi genitourinari
XV	O00-O99	Gestazione, parto e puerperio
XVI	P00-P96	Disturbi congeniti
XVII	Q00-Q99	Malformazioni e anomalie cromosomiche
XVIII	R00-R99	Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati
XIX	S00-T98	Traumatologi, tossicologia e altre cause esterne di malattia
XX	V01-Y98	Altre cause esterne di morbilità e mortalità
XXI	Z00-Z99	Fattori che possono influenzare lo stato di benessere
XXII	U00-U99	Codici speciali

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



Il sistema multi-assiale del DSM-IV-TR (ateoretico)

- **Asse I** Disturbi clinici
- **Asse II** Disturbi di personalità e Ritardo mentale
- **Asse III** Condizioni mediche generali
- **Asse IV** Problemi psicosociali e ambientali che possono contribuire al disturbo mentale
- **Asse V** Valutazione globale del funzionamento (VGF o GAF)



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

Asse V GAF

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE (GAF)

Valutare il funzionamento psicologico, sociale e occupazionale recente in base ad un *problema continuo* salute/malattia mentale. Non includere le compromissioni del funzionamento dovute a deficitici (o ambenzia).

NOTA: Sarebbe più opportuno usare codici intermedi, es. 40-68, 72.

100	Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, e ricerche ad ogni altro per le sue numerose qualità positive.
91	Nessun sintomo
90	Sintomi assenti o minimi (es. ansia) (leve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interesse coinvolgimento in un ampio spettro di attività, socialmente efficace, soddisfazione della vita in genere, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es. 88,89,93,97) occasionali con i membri della famiglia.
81	Gli eventuali sintomi presentati rappresentano reazioni transitorie e attenti della a stimuli psicologici (es. difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare), il personale rilevazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es. rinvii o ritardi) non interferisce in modo significativo con il lavoro.
71	Alcuni sintomi (es. ansia) o depressione e ansiosa lieve. Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es. rinvii o ritardi) non interferiscono in modo significativo con il lavoro.
61	Sintomi moderati (es. ansia) o depressione e ansiosa moderata, occasionali attacchi di panico. Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, occupazionale e scolastico (es. pochi amici, correttezze con colleghi).
51	Sintomi gravi (es. idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti urti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, occupazionale e scolastico (es. nessun amico, incapacità di mantenere un lavoro).
41	Alcune alterazioni nel giudizio di realtà o nella comunicazione (es. il linguaggio è talvolta illogico, o raro o irrefrenabile), oppure un numero di sintomi moderati (es. ansia, depressione e ansiosa moderata, o un disturbo del sonno, il bambino piange frequentemente i bambini più piccoli, è irrequieto in casa e non riesce a scuola).
31	Il comportamento è porcoso e ripetitivo, interferendo da tempo, o situazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione e dell'attività di lavoro, o depressione e ansiosa moderata, o un disturbo del sonno, il bambino piange di suicidio. Oppure incapacità di lavorare in qualsiasi le aree (es. 31a a tutto il giorno, non ha lavoro, casa o amici).
21	Qualche episodio di idee di suicidio o di altri (es. verbali) di suicidio senza chiara aspettativa di morte.
20	Frequente e violento, eccitamento maniacale. Oppure occasionalmente non riesce a mantenere una minima igiene personale (es. si sporca con i feci). Oppure grossolana alterazione della comunicazione (es. decisamente incoerente o ostile).
11	Per sisteme periodo di lieve del male in modo grave a se stesso o agli altri (es. suicida ricorrente). Oppure persistente inabilità a mantenere una minima igiene personale. Oppure grave grado suicida con chiara aspettativa di morte.
10	1
1	0
0	Informazioni inadeguate.

Esempio di criteri diagnostici del DSM-IV per la Fobia Specifica

■ Criteri diagnostici per F10.2 Fobia Specifica [390.29]

- A. Paura marcata e persistente, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall'attesa di un oggetto o situazione specifici (per es., volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue).
- B. L'esposizione allo stimolo fobico quasi invariabilmente provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere forma di Attacco di Panico situazionale o sensibile alla situazione. Nota: Nel bambino l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi di ira, con l'irrigidimento, o con l'aggrapparsi a qualcuno.
- C. La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole. Nota: Nei bambini questa caratteristica può essere assente.
- D. La situazione (le situazioni) fobica viene evitata oppure sopportata con intensa ansia o disagio.
- E. L'evitamento, l'ansia anticipatoria o il disagio nella situazione (situazioni) temuta interferiscono in modo significativo con la normale routine della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o le relazioni sociali; oppure è presente disagio marcato per il fatto di avere la fobia.
- F. Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di almeno 6 mesi.
- G. L'ansia, gli Attacchi di Panico o l'evitamento fobico associati con l'oggetto o situazione specifici non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (per es., paura dello sporco in un individuo con ossessioni di contaminazione), Disturbo Post-traumatico da Stress (per es., evitamento degli stimoli associati con un grave evento stressante), Disturbo d'Ansia di Separazione (per es., evitamento della scuola), Fobia Sociale (per es., evitamento situazioni sociali per paura di essere giudicati), o Disturbo di Panico Agorafobia, o Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico.

Specificare il tipo:

- Tipo Ambiente Naturale (per es., altezza, temporali, acqua)
- Tipo Ambiente Naturale/Terribile
- Tipo Spangue-Iniezioni/Terribile
- Tipo Situazionale (per es., aeroplani, ascensori, luoghi chiusi)
- Altro tipo (per es., evitamento fobico di situazioni che possono portare a soffocare, vomitare o contattare una malattia; nei bambini l'evitamento dei rumori forti o dei personaggi in maschera)

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' ICD-10 e col futuro ICD-11
- Integrare i dati provenienti dalla ricerca genetica, dal neuroimaging, dalle neuroscienze e dalle ricerche più avanzate

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 GAF sostituito con la WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS) 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

B) Sistemi diagnostici interpretativo-esplicativi

- Lo studio dei fenomeni avviene mediante assunti interpretativi basati su **costrutti teorici**.
- **Teoria eziologica e patogenetica** che permette di gerarchizzare i segni ed i sintomi, di individuarne la sequenza temporale ed, infine, stabilirne la causa.
- L'interpretazione dipende dal vertice di osservazione.

Sistemi Diagnostici Dimensionali

- Tali modelli tentano di individuare dei tratti, delle differenze individuali e di quantificarle
- Non si stabilisce un confine tra normalità e patologia (continuum, livello di intensità)
- Si basa su scale elaborate secondo i metodi della statistica multivariata
- Non si fanno assunzioni a priori sul numero di dimensioni psicopatologiche possibili
- Non è stabilito a priori alcun rapporto gerarchico tra le varie dimensioni psicopatologiche
- Si fa riferimento al singolo caso clinico sulla base dell'intensità, interferenza e durata dei sintomi che caratterizzano la dimensione
- Sono modelli flessibili

Manuale Diagnostico Psicodinamico (2006)

Il PDM costituisce uno strumento diagnostico dimensionale multi-assiale che tiene conto non solo della sintomatologia clinica, ma anche dei profili di personalità e del funzionamento mentale dell'individuo (*Associazione Psicoanalitica Americana*).



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