



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).



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.
- **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**



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)



Criteri più frequenti per la diagnosi



- 1. Ricerca di aiuto:** indicatore parziale, soprattutto in presenza di scarso insight di malattia
- 2. Irrazionalità/pericolosità**
- 3. Devianza:** bizzarria, stranezza, deviazione dalla norma
- 4. Distress emozionale:** vissuto di disagio soggettivamente sperimentato dall'individuo
- 5. 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.





Normalità

**Concetto integrato di sé e dell'altro
significativo.**

**Sensazione interiore e riconoscibile di
coerenza con se stessi**



Sintomi e diagnosi

Sintomo (disturbo soggettivamente riferito dal paziente)
Segno (alterazione direttamente osservabile) sono manifestazioni, indici, di una condizione di patologia. In psicopatologia, il segno è il modo in cui un disturbo psicologico viene **comunicato**.

- Rendono possibile la **diagnosi** (conosco-vedo attraverso).
- Riguardano delle **funzioni**:
comportamenti
aspetti neurovegetativi (espressione di una tensione interna).
- Riguardano l'**interazione**:
del soggetto con il mondo circostante
del soggetto con se stesso



Sistemi diagnostici

INTERPRETATIVO-ESPLICATIVI

DESCRITTIVO-CLASSIFICATORI



Sistemi diagnostici interpretativo-esplicativi

Lo studio avviene mediante assunti interpretativi basati su costrutti teorici.

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

Interpretazione dipende dal vertice di osservazione

Il problema del metodo in psicologia clinica

- Il metodo clinico è un **metodo indiziario** (Musatti, 1953) che si basa sulla ricerca sistematica di tracce significative su cui fondare la ricostruzione storica o motivazionale
- Ciascuna spiegazione rimanda a una **teoria psicogenetica** del comportamento umano – ritaglia oggetti specifici di osservazione





Il problema della classificazione

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

- **mutuamente escludentesi ed esaustive.**

Difficoltà ad assegnare un individuo unicamente a una categoria.

- **ogni membro con le stesse caratteristiche appartiene alla stessa classe.**

Ma alle caratteristiche degli individui si può attribuire 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).



Modelli categoriali

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

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



Utilità della classificazione

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

Principali sistemi categoriali in psichiatria

- ***International Classification of Disease, Injuries and Causes of Death (ICD, WHO)***

- 1948 ICD-6 prima inclusione disturbi psichici
- 1968 ICD-8 revisione dei sistemi classificatori – eziologia e sintomi soggettivi/comportamentali – scarse attendibilità e consenso
- 1969 ICD-9 + glossario -> definizione operativa per classificare:
1. descrizione clinica accurata, 2. ricerche di laboratorio;
3. diagnosi differenziale; 4. follow-up; 5. familiarità
- 1994 ICD-10

- ***Diagnostic 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 teorico, consenso esperti)
- 1994 DSM-IV sistema multiassiale, criteri diagnostici di inclusione-esclusione -> 2000 DSM-IV-TR (Text Revision)





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*

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 assenti 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 coi membri della famiglia).

80 ... 71 Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali 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 ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.

60 .. 51 Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, 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 rende a 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 morire, 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 mutacico).

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 morire.

0 Informazioni inadeguate.



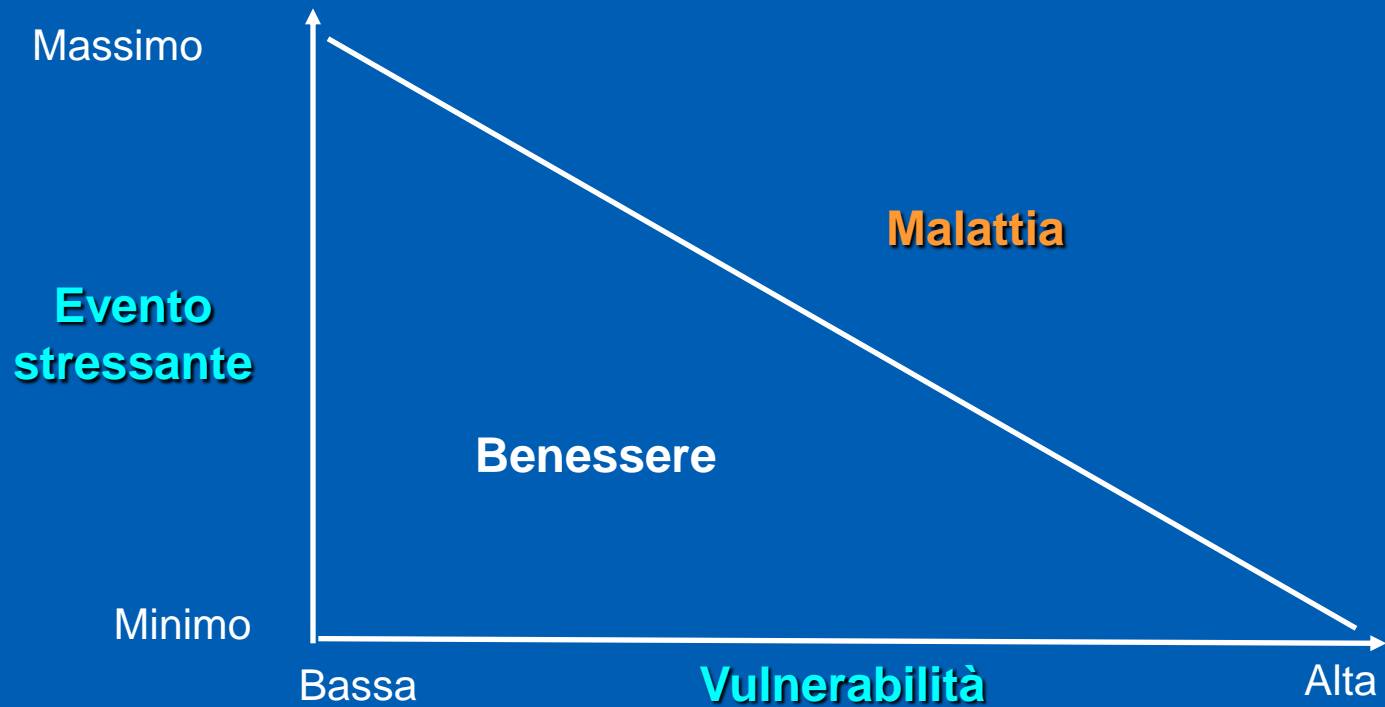


Modelli dimensionali

Misura dei tratti (coerenza della risposta individuale a svariate situazioni). Cerca di misurare le differenze individuali e di quantificarle.

- Come nel modello categoriale, ogni dimensione (sintomo) corrisponde a un **meccanismo patofisiologico**
- Non si stabilisce un **confine tra normalità e psicopatologia**. 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 flessibili
- Es. Sistema dimensionale proposto da Achenbach et al. (1988)

Psicopatologia: ipotesi diatesi-stress e fattori compresenti



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

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



Principali manifestazioni utilizzate per delineare un disturbo psichico

- Ansia
- Umore
- Pensiero: contenuto e forma
- Percezione
- Comportamento



Ansia



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

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

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

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

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



Umore

Depressione -Mania

Deflessione (depressione) o elevazione (mania) dell'umore non più fisiologica di durata ed intensità eccessiva che si accompagna ad un'ampia gamma di sintomi





Pensiero

Alterazioni della forma

- deragliamentamento
- ▼ tangenzialità
- ✕ incoerenza, illogicità
- ↻ circostanzialità
- ▶▶ fuga delle idee
- ≡ perseverazione
- povertà dell'eloquio
- ♪ ecolalia, assonanze, neologismi



Disturbi del pensiero

Alterazioni del contenuto

Pensieri automatici negativi

- Fugaci e transitori
- Spontanei e involontari
- Spezzettati
- Plausibili
- Valutanti su ciò che stiamo facendo/pensand
- Coerenti con lo stato affettivo del momento

Delirio

- Convinzione con assoluto senso di certezza
 - non influenzabile dal ragionamento
 - “assurdità” del contenuto
 - non riconducibile al retroterra culturale



Disturbi della percezione

- **Illusione**: distorsione di una percezione sensoriale, causata dal modo in cui il cervello normalmente organizza ed interpreta le informazioni che riceve. Possono coinvolgere tutti i sensi, quelle visive sono le più frequenti.
- **Allucinazione**: falsa percezione in assenza di uno stimolo esterno reale. “Percezione senza oggetto esterno”.
- **Allucinosi**: falsa percezione a cui il soggetto risponde in modo critico, conseguente all’assunzione di sostanze stupefacenti, deprivazione da sonno o in occasione di stress intenso (morte di un caro).



Meccanismi di formazione

- "irritazione" di alcune zone del cervello deputate all'attivazione sensoriale, es. negli epilettici.
- Alterazione diffusa dell'attività elettrica dell'intero encefalo, es. soggetti in stato confusionale (per esempio da astinenza acuta da alcol ovvero delirium tremens o da deliri febbrili).
- Iperfunzionamento dopaminergico delle vie mesolimbiche, es. schizofrenia.
- Difesa dell'organismo dalla carenza di stimoli: non potendo rimanere inattivo, il cervello genera false percezioni, es. condizioni di deprivazione sensoriale.



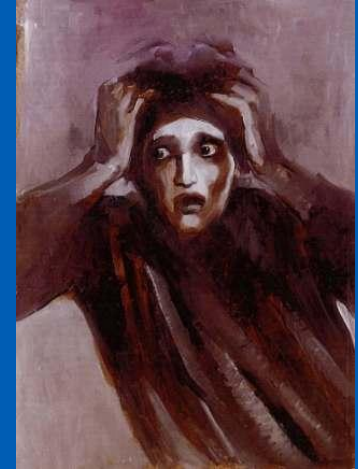
Disturbi del comportamento

- Condotte aggressive (es. risse)
- Condotte impulsive (es. gioco d'azzardo)
- Condotte alimentari (es. abbuffate)
- Condotte di abuso (es. alcol, droghe)
- Condotte sessuali (es. calo del desiderio)
- Alterazioni della psicomotricità (es. agitazione, rallentamento)

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)**



Disturbo d'ansia generalizzato

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

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





Disturbo da attacchi di panico (DAP)

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

Sintomi fisici

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

Sintomi psichici

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

Disturbo da attacchi di panico (DAP)





Disturbo da attacchi di panico (DAP)

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

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

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



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



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**



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC)

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

Osessioni: 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)

Osessioni \neq preoccupazioni \neq paure



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



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (DOC)

Caratteristiche di chi soffre di DOC:

- Scarsa fiducia nelle proprie capacità mnesiche (Van den Hout e Kindt, 2002) – più il paziente ripete l'azione più diminuisce la salienza del ricordo inducendo dubbi.
- Valutazione personale dell'esperienza (Mancini):
 - **Evento critico** (toccare, frase, pensiero, sensazione)
 - **Prima valutazione** (minaccia incombente – timore di colpa per irresponsabilità/ timore di contaminazione)
 - **Tentativi di soluzione di 1° ordine** (evitamenti, controlli, neutralizzazioni)
 - Valutazione critica della propria preoccupazione, giudicata come esagerata
 - **Tentativi di soluzione di 2° ordine** (tentativo di sopprimere i pensieri, tentativo di bloccare i rituali)



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

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





Episodio depressivo maggiore

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

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

ICD-10 distingue grado lieve, medio, grave.

Basi cognitive della depressione (Beck, 1967)

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

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

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

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

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





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

Eventi
negativi



Stile di
attribuzione:
- *Cause interne*
- *Stabili*
- *Globali*
Bassa
autostima



Senso di
disperazione
Impossibilità a
cambiare la
situazione;
non si
verificherà
alcun evento
positivo



Depressione
Disperazione

Conferma sperimentale:
studio Metalsky et al., 1993
Attribution Style Quest., senso di diperazione,
autostima, aspirazioni -> depressione

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)





Episodio maniacale

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

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



Altri disturbi dell'umore

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

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

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

Altri disturbi dell'umore

- **disturbo bipolare:**
- **disturbo bipolare I:** decorso clinico con uno o più episodi maniacali o misti
- **disturbo bipolare II** : alternanza di episodi ipomaniacali con episodi depressivi maggiori
- I periodi vanno da alcune settimane a quattro-cinque mesi. La remissione della sintomatologia nei due periodi è di solito completa.
- Simile incidenza nei due sessi

- **disturbo ciclotimico:** alterazione dell'umore cronica, fluttuante, con numerosi episodi con sintomi ipomaniacali e sintomi depressivi che perdurano per almeno due anni



DISTURBI SOMATOFORMI

Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

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

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

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



Disturbo di somatizzazione: definizione

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

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





Disturbo di somatizzazione: definizione (2)

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

Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo

Tendenza ad avere una risposta più accentuata a stimoli stressanti dovuta alla precedenza esperienza di condizioni simili (facilitato il recupero mnestico 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





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

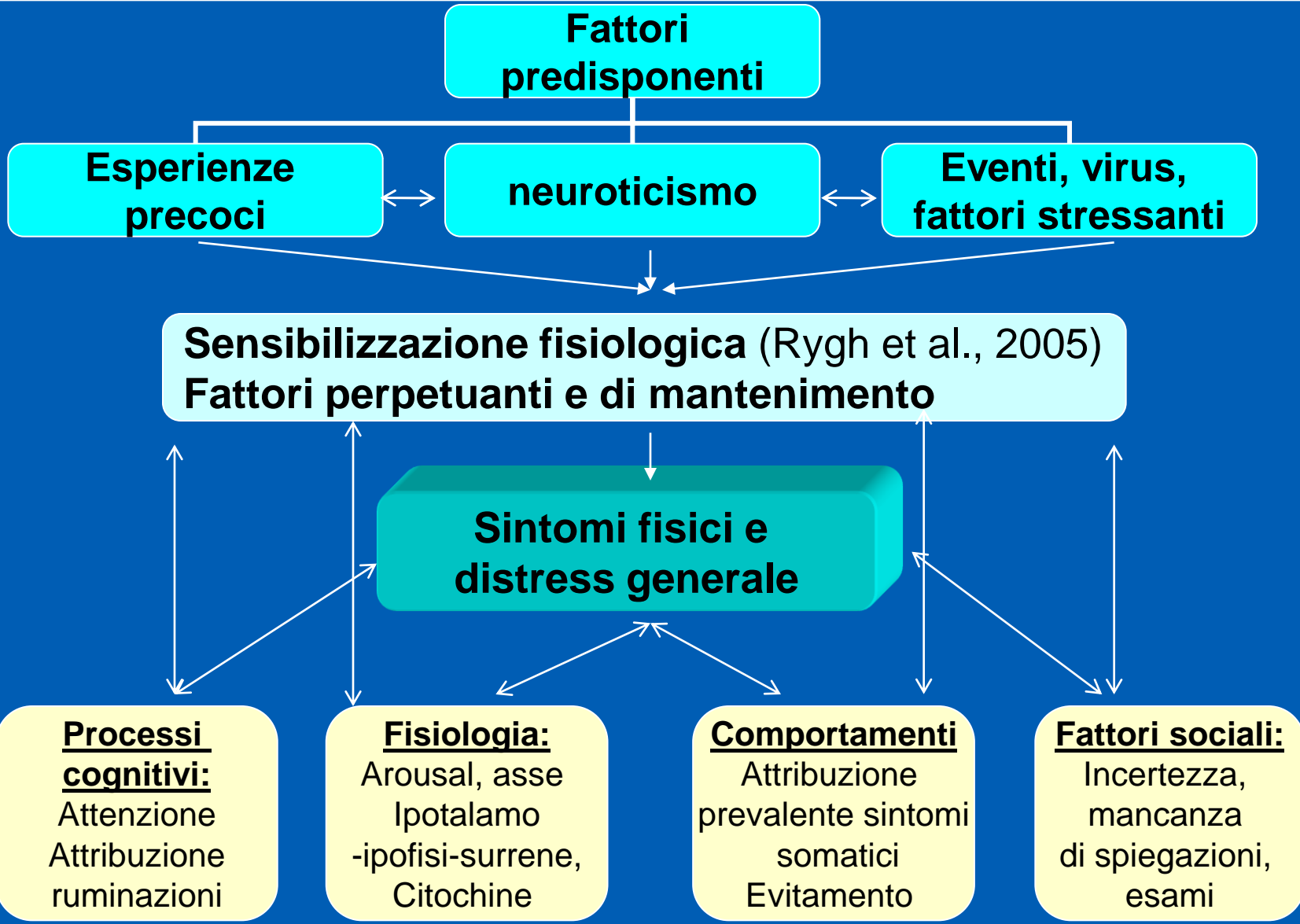


Fisiologia: stato arousal prolungato

- 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.
- Espresse nel SNC sia naturalmente che in risposta a lesioni o stimolazione del Sistema Immunitario periferico.
- Se prodotte in eccesso o per lunghi periodi possono produrre alterazioni cognitive e dell'affettività che, a propria volta, generano disturbi della sfera cognitiva e dell'umore.
- La percezione del **dolore** è fortemente amplificata dalla persistente presenza di citochine proinfiammatorie.
- Si è osservato un alto livello di cortisolo nei soggetti con **depressione maggiore**.



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



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.



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

Criteria diagnostici aggiuntivi secondo i DCPR



- a. Sono presenti almeno due delle seguenti caratteristiche:
1. Ambivalenza in rapporto al sintomo (*la belle indifférence*)
 2. Personalità istrionica (drammatizzazione, dipendenza emotiva, suggestionabilità, rapidi cambi d'umore)
 3. Precipitazione dei sintomi in relazione a stress psicologico
 4. Storia di sintomi fisici simili, osservati in qualcun altro o desiderati in qualcun altro





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 CHE PROTEGGE LA PERSONA
DALL'ESPERIENZA COSCIENTE DI EVENTI STRESSANTI**

DEFICIT DELLA MEMORIA ESPLICITA, MA 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 cioè sono delle 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 $BMI = \text{kg/m}^2 < 17,5$)
- perdita di peso auto-indotta con
 - a) *restrizioni* (evitamento del cibo)
 - b) *condotte di eliminazione* (vomito, purghe auto-indotte)
 - c) esercizio eccessivo
 - d) uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici
- distorsioni dell’immagine corporea (percezione alterata del proprio corpo)
- paura di diventare grassi (sopravalutazione della forma attuale e ideale di magrezza), 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)

Comorbilità 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
dinamica familiare (Minuchin et al., 1975):
fusalionalità, Iperprotettività, rigidità, conflitti
non risolti



Disturbi dell'alimentazione

- personalità:

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

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 inappropriata 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 la riduzione o sospensione della sostanza che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento

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





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

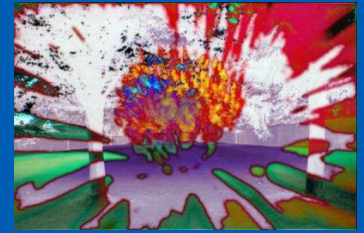
Sostanze di abuso: classificazione

Critério clinico (classificazione in base agli effetti):

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



Schizofrenia e disturbi psicotici



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





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*** (deragliamenti, tangenzialità, insalata di parole)
4. ***comportamento grossolanamente disorganizzato e catatonico;***



Deliri: disturbi della forma del pensiero

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

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

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

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

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

Illogicità

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

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

Deliri: disturbi del contenuto pensiero

Tipi di delirio

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



Deliri: disturbi del contenuto pensiero

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





Schizofrenia 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**



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



Classificazioni

Schizofrenia (F20)

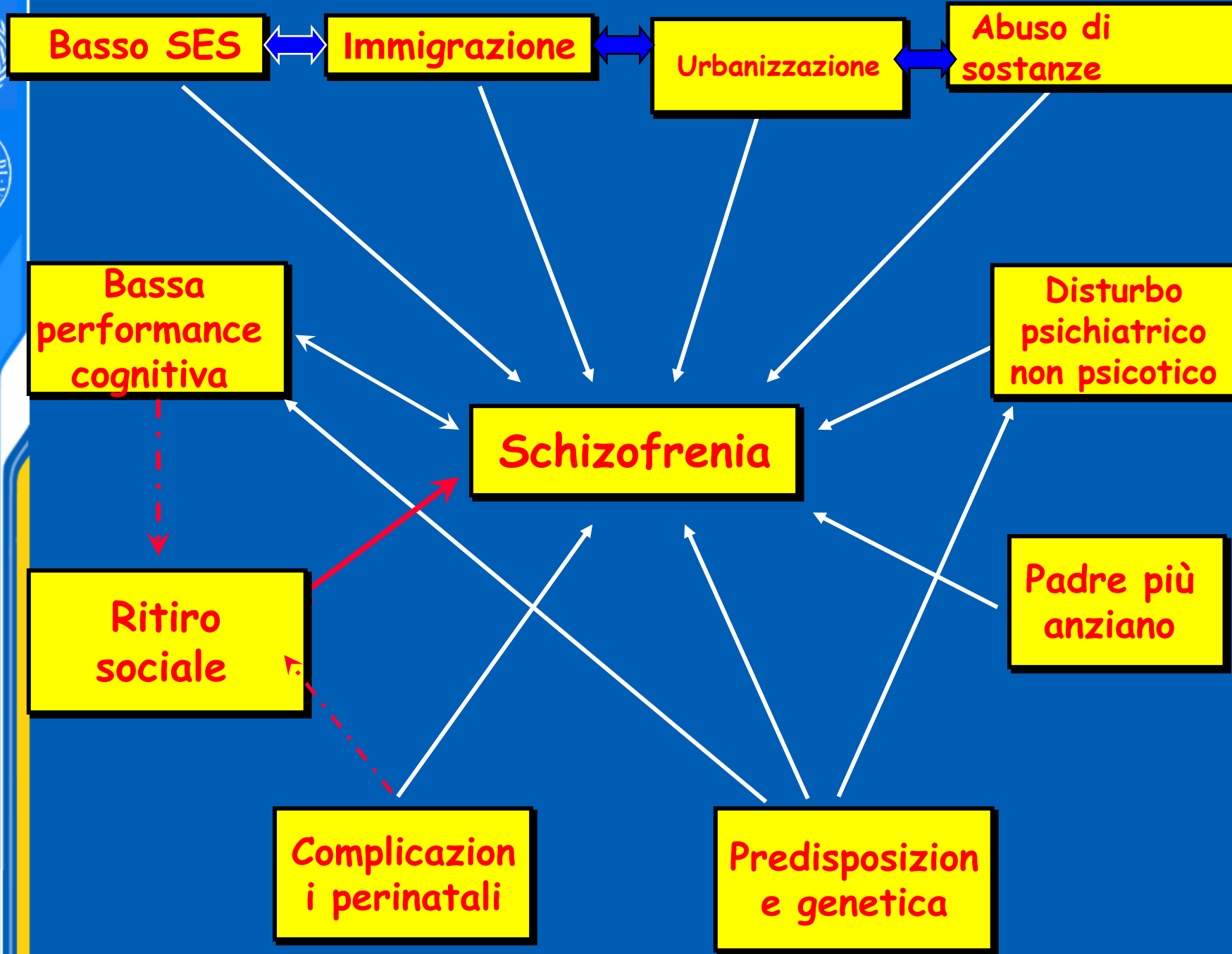
- paranoide
- ebefrenica
- catatonica
- indifferenziata
- residua
- Simplex

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

Sindromi schizoaffettive (F25)



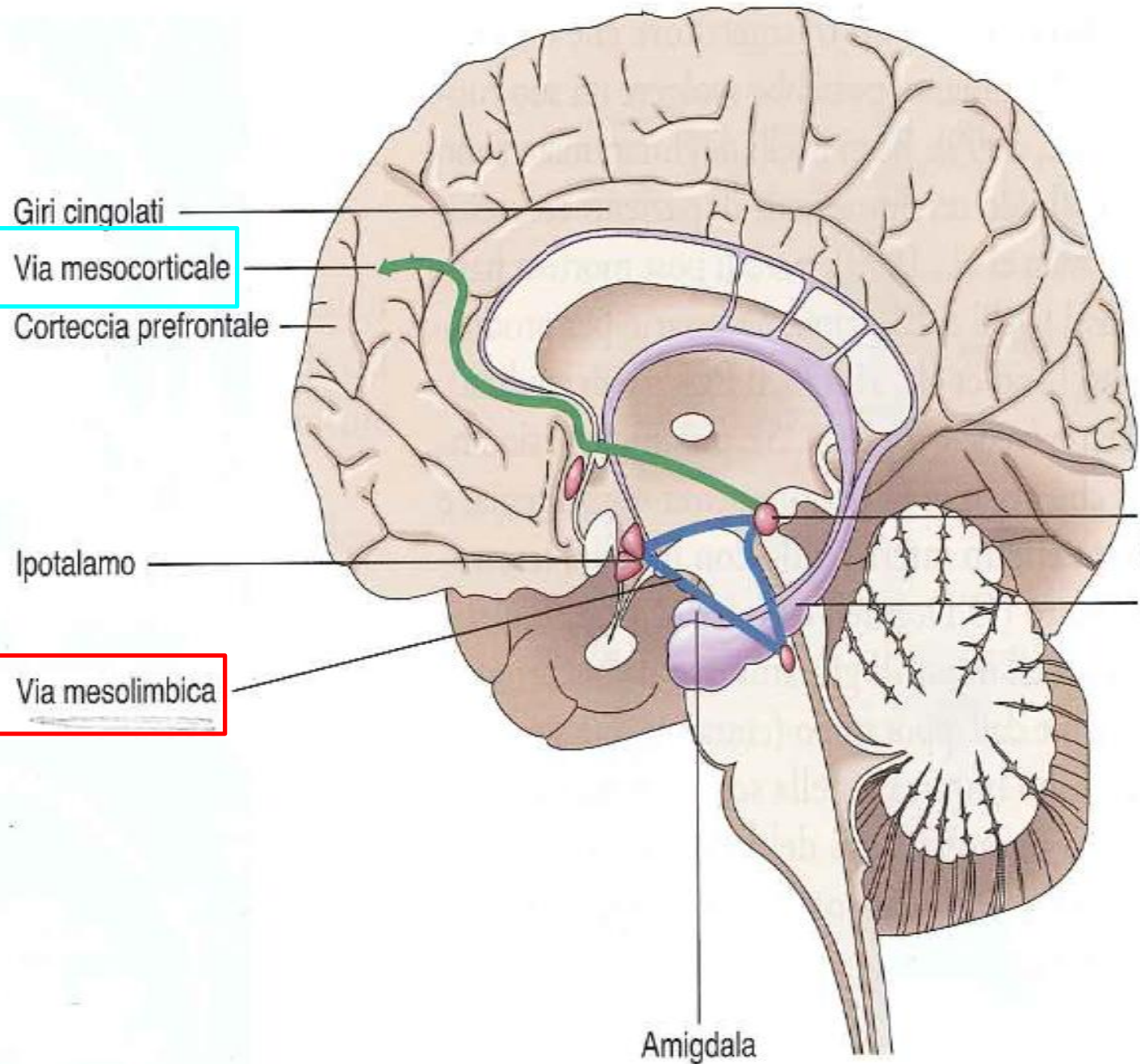
DMS-PSY





Neurobiologia delle psicosi

- **“Lesioni” precoci localizzate nella CORTECCIA PREFRONTALE DORSO LATERALE** (linguaggio, capacità decisionale, comportamento finalizzato, memoria di lavoro)
- **Disregolazione del funzionamento del sistema DOPAMINERGICO** (ridotte “spine dendridiche” – “sindrome da disconnessione”)
- **TRASMISSIONE GENETICA.** Studi sulle famiglie, sui gemelli e sui bambini adottati (Craddock et al., 2005) . Ruolo del gene COMT (codificatore dell’enzima che metabolizza la dopamina). Il polimorfismo funzionale del gene COMT è associato ad un lieve incremento del rischio di sviluppare la schizofrenia e alle disfunzioni della corteccia prefrontale e della working memory (Goldberg et al., 2003).



Giri cingolati

Via mesocortica

Corteccia prefrontale

Ipotalamo

Via mesolimbica

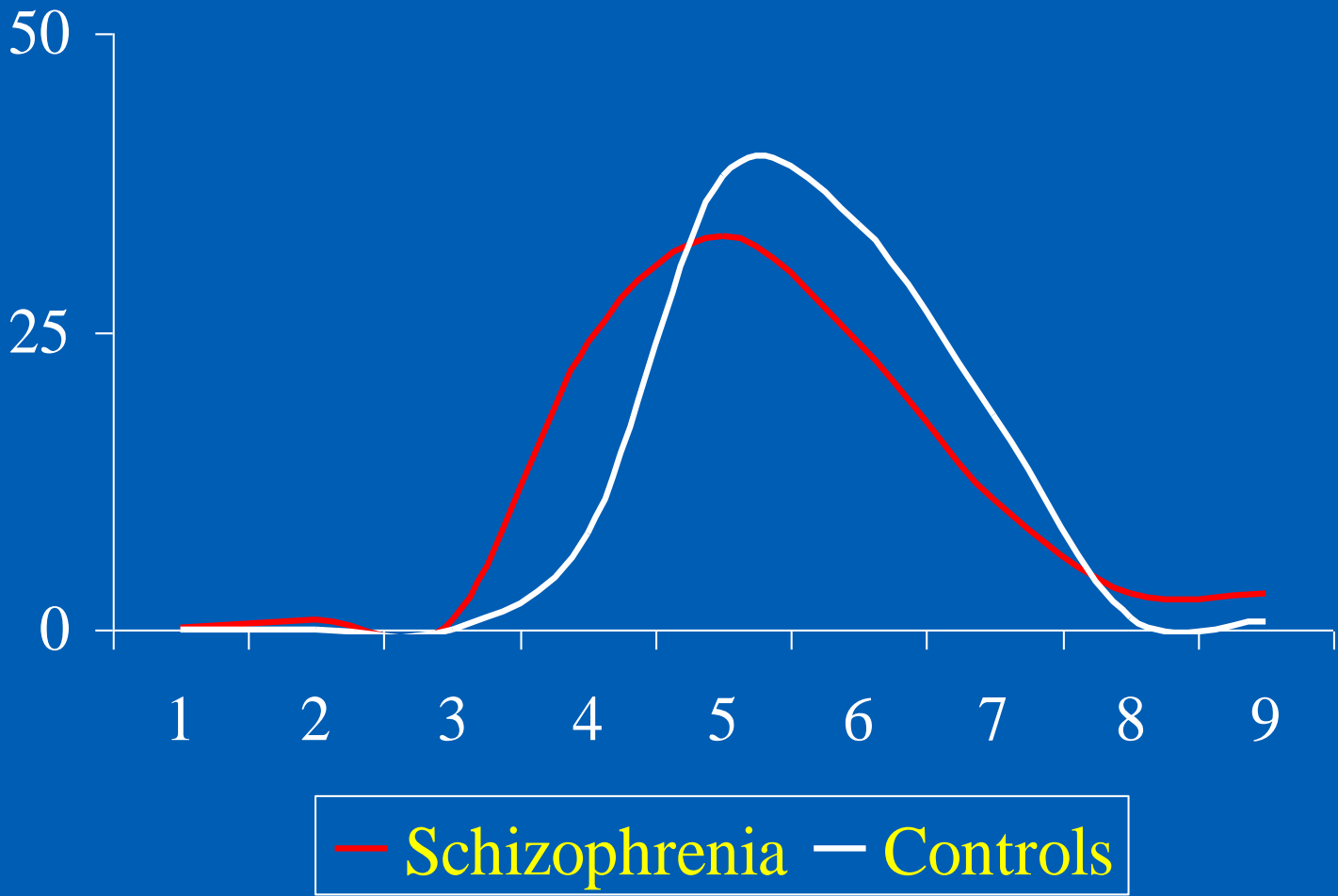
Area ventrale del tegmento

Ippocampo

Amigdala

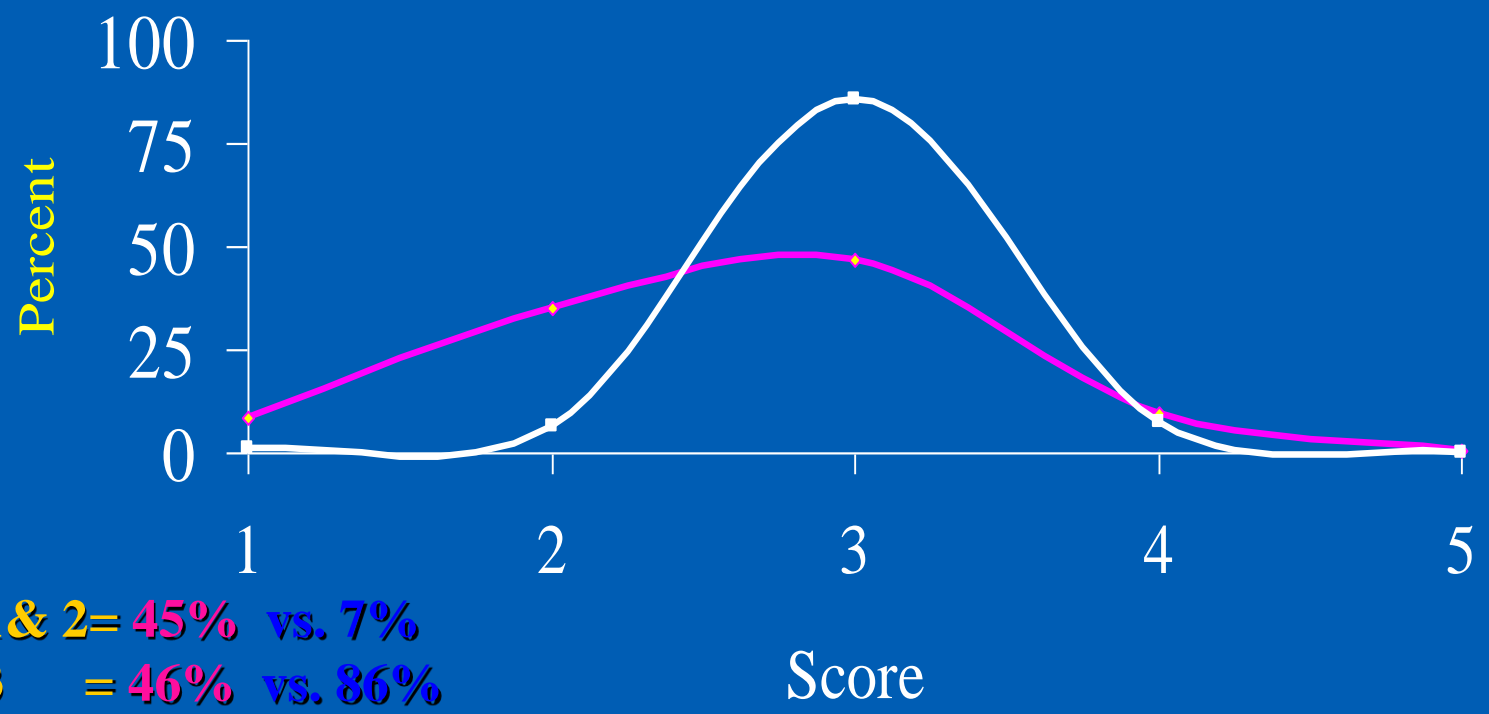


IQ distribution in apparently normal adolescents who will develop schizophrenia





Social functioning distribution in apparently normal adolescents who will develop schizophrenia



—◆— Schizophrenia —■— Controls

1 = peggiore

5 = migliore

Source: Davidson et al. American Journal of Psychiatry, 1999



Trattamento di I scelta

Farmacoterapia a base di antipsicotici atipici a dosi efficaci

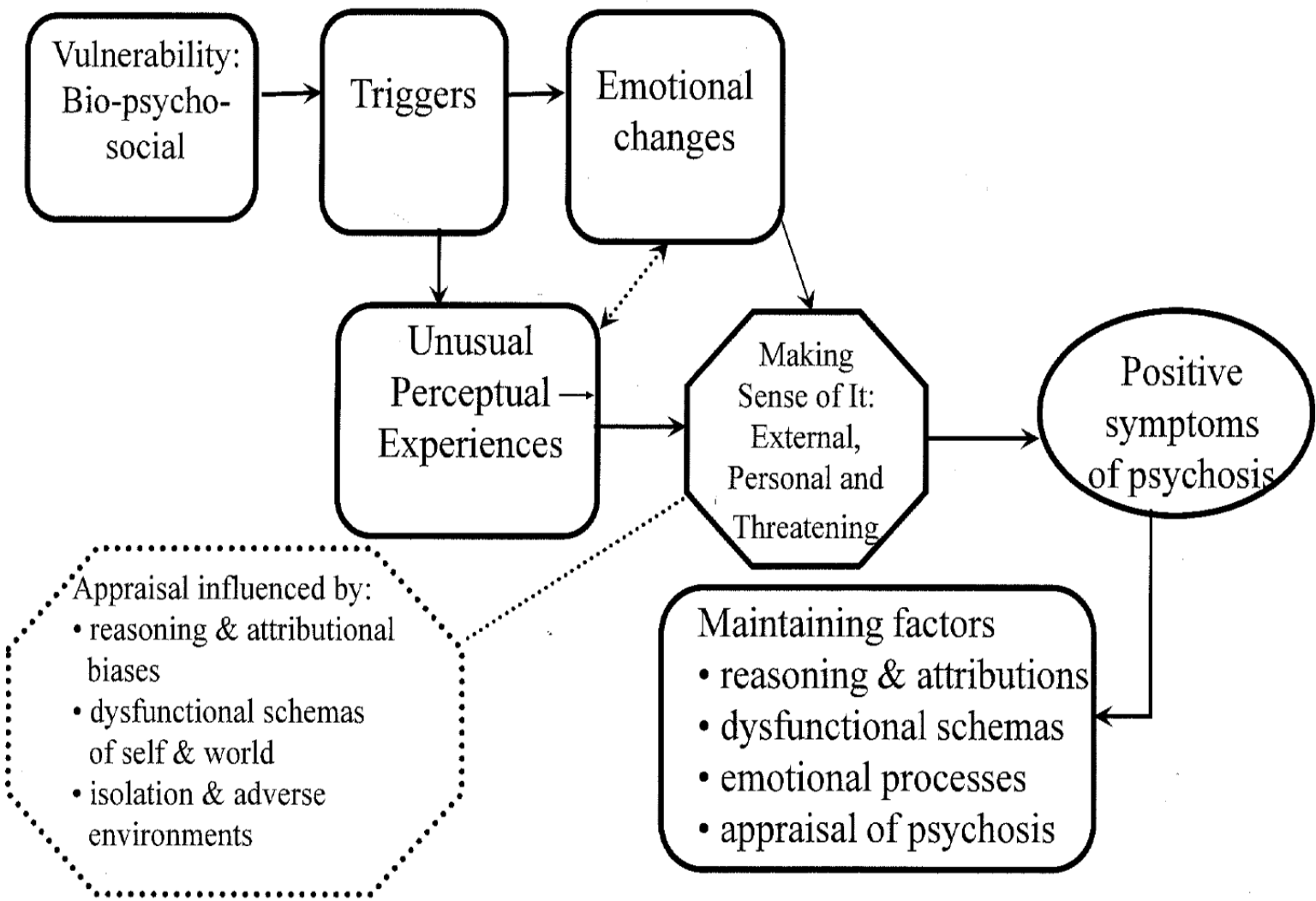
Il trattamento è necessario per permettere al paziente di beneficiare dei trattamenti psicosociali.

Trattamento cognitivo:

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



A Cognitive Model of the Positive Symptoms of Psychosis (Garety et al 2001)



La terapia cognitiva della Psicosi

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".



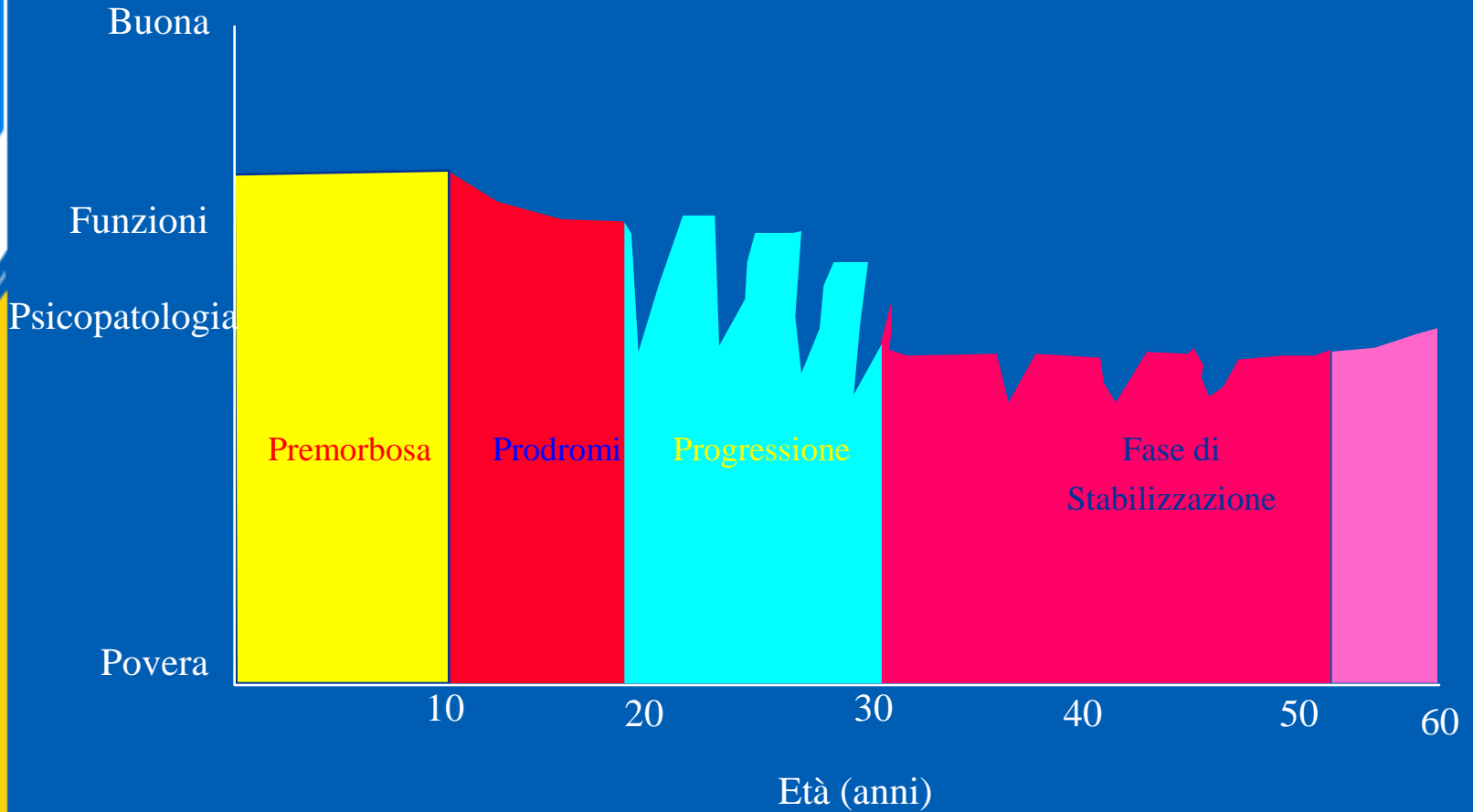


Criticità del trattamento psicosociale efficace **NECESSITÀ** di programmi di trattamento:

- 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 (gruppi informativi, emotività espressa)



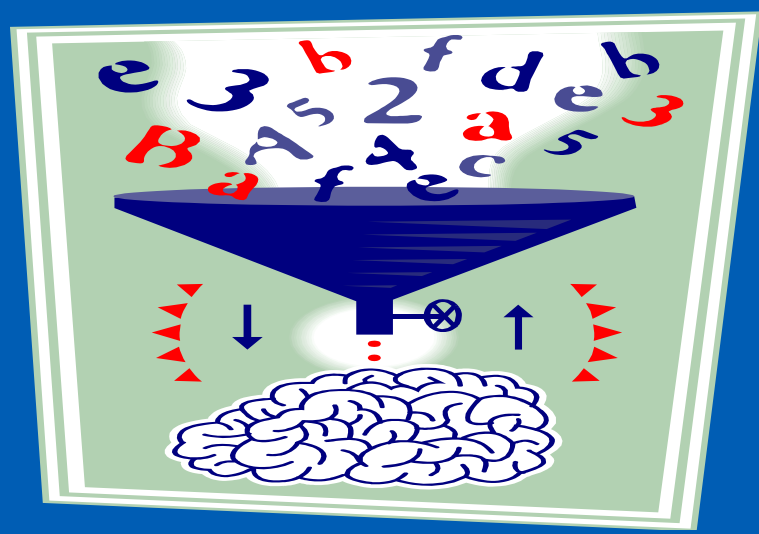
Storia Naturale della Schizofrenia



Da J. A. Lieberman



Cosa si intende per personalità ?



Temperamento

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

Dimensioni fondamentali (Thomas e Chess, 1977)

ATTIVITÀ: livello e estensione dell'attività motoria

RITMITICITÀ: regolarità funzioni biologiche (sonno, appetito)

APPROCCIO-RITIRATA verso stimoli nuovi

ADATTABILITÀ

INTENSITÀ: livello energetico delle risposte

SOGLIA: stimolazione necessaria a provocare una reazione

UMORE

DISTRAIBILITÀ: effetto di stimoli esterni sul comportamento in atto

PERSISTENZA: ammontare del tempo dedicato a una stessa attività



Carattere e Personalità



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



Tratti e disturbo di personalità

- I tratti di personalità sono modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti, sociali e personali
- Solo quando sono rigidi e maladattativi e causano menomazioni funzionali significative o disagio soggettivo configurano un disturbo di personalità

Modello bio-psico-sociale (J. Paris)

TEMPERAMENTO

- Apprendimento sociale
- Sviluppo psicologico
- Contesto psico-affettivo

TRATTI

CARATTERE

PERSONALITÀ

Amplificazione

Fattori di rischio biologici

(es. impulsività, instabilità affettiva, ..)

Fattori di rischio psicologici

(es. perdita, trauma, fallimento genitoriale, ...)

Fattori di rischio sociali

(es. disgregazione sociale)

DISTURBI DI
PERSONALITÀ



D MSP-PSY



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**



DSM-IV-R

Classificazione dei disturbi di personalità

- **Disturbi del cluster A (strano/eccentrico):**
 - **Paranoide** (sfiducia e sospettosità verso gli altri)
 - **Schizoide** (distacco dalle relazioni sociali, ristretta gamma di espressività emotiva)
 - **Schizotipico** (incapacità di relazioni strette, distorsioni cognitive e eccentricità del comportamento)



DSM-IV-R

Classificazione dei disturbi di personalità

Disturbi cluster B (amplificativo/imprevedibile)

- **Antisociale** (inosservanza e violazione dei diritti altrui - *psicopatia*)
- **Borderline** (instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, marcata impulsività)
- **Istrionico** (emotività eccessiva e ricerca dell'attenzione altrui)
- **Narcisistico** (grandiosità e bisogno di ammirazione, mancanza di empatia)



DSM-IV-R

Classificazione dei disturbi di personalità

Disturbi del cluster C (ansioso/timoroso):

- **Evitante** (inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi)
- **Dipendente** (bisogno eccessivo di accudimento, comportamento sottomesso, paura della separazione)
- **Osessivo-compulsivo** (preoccupazione per l'ordine, perfezionismo, esigenza di controllo)



Modello dimensionale dei disturbi di personalità

Modello a cinque fattori (McCrae e Costa, 1990)

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