

Seminari introduttivi alla psicopatologia dell'età evolutiva

PER I TIROCINANTI DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE UNIFE (N.3)

A CURA DELLA DOTT. DONATI SILVIA

Programma della giornata

- Oggi tratteremo:
- I Disturbi dello spettro schizofrenico (Schizofrenia, altri disturbi psicotici, Disturbo schizotipico di personalità)
- I Disturbi di personalità (in particolare il Disturbo Borderline)
- I Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Pica, Anoressia Nervosa, Bulimia)

Disturbi dello spettro schizofrenico

- 1. Schizofrenia
- 2. Altri disturbi psicotici
- 3. Disturbo schizotipico di personalità
- Essi: *«Sono definiti da anomalie psicopatologiche in uno o più dei cinque seguenti ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato (eloquio), comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonia) e sintomi negativi»*

I deliri

- Sono convinzioni fortemente sostenute che non sono passibili di modifica alla luce di evidenze contrastanti. Il loro contenuto può comprendere una varietà di temi (es: persecuzione, riferimento, somatico, religioso, di grandezza).
- Es. Deliri di persecuzione: convinzione di poter essere oggetto di aggressioni, danneggiamento, molestie...da parte di un individuo, un'organizzazione o altro gruppo.)
- Es. Deliri di riferimento: convinzione che certi gesti, commenti, stimoli ambientali sono diretti a se stessi sono entrambi comuni (persecuzioni e riferimento)

Deliri bizzarri e non bizzarri

- **Deliri bizzarri**: sono chiaramente **non plausibili e non comprensibili** su base culturale e non derivano da esperienza di vita ordinaria. Es. Convinzione che una forza esterna abbia rimosso i propri organi interni e li abbia sostituiti con gli organi di qualcun altro senza lasciare ferite o cicatrici; furto del pensiero, inserzione del pensiero.
- **Deliri non bizzarri**: es. Convinzione di essere sotto sorveglianza della polizia, nonostante la mancanza di prove convincenti

Delirio o convinzione?

- La distinzione tra delirio e un'idea fortemente sostenuta a volta è difficile da fare e dipende in parte dal grado di convinzione con cui l'idea stessa viene sostenuta nonostante una chiara o ragionevole evidenza contraddittoria della sua veridicità.



Allucinazioni

- Sono percezioni senza oggetto
- Sono esperienze simil-percettive che si verificano senza uno stimolo esterno.
Sono vivide e chiare, con il pieno impatto e tutta la forza delle percezioni normali, e non sono sotto il controllo volontario. Esse possono presentarsi in qualsiasi modalità sensoriale.
- Nel contesto di un sensorio integro: **allucinazioni ipnagogiche** (che si verificano in fase di addormentamento) e **ipnopompiche** (in fase di risveglio)

Pensiero disorganizzato ed eloquio

- Il pensiero disorganizzato (**disturbo formale del pensiero**) è tipicamente dedotto dall'eloquio:
- **Deragliamento o allentamento dei nessi associativi:** quando la persona passa da un argomento all'altro senza alcun filo logico. Contenuti sconnessi.
- **Tangenzialità:** Le risposte alle domande possono essere correlate in modo marginale o completamente non correlate



Pensiero disorganizzato ad eloquio

- Incoerenza o insalata di parole: Raramente, l'eloquio può essere così gravemente disorganizzato da essere quasi incomprensibile e assomigliare all'afasia ricettiva nella sua disorganizzazione linguistica
- Per assumere valore a livello diagnostico i sintomi devono essere sufficientemente gravi da compromettere in modo consistente la comunicazione efficace
- NB. Fattori culturali. Background linguistici diversi possono rendere più difficile la valutazione diagnostica

Comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale

- Può manifestarsi in una varietà di modi, spaziando da una “stolidità” di tipo infantile all’agitazione imprevedibile. Si possono osservare anomali in qualunque forma di comportamento finalizzato con conseguenti difficoltà nell’esecuzione delle attività quotidiane
- All’interno dei **comportamenti catatonici**, intesi come marcata diminuzione della reattività all’ambiente, si possono riconoscere:
- **Negativismo**: resistenza a istruzioni impartite

Comportamenti catatonici

- Posture bizzarre, rigide e inappropriate
- Mutismo e stupor: completa mancanza di risposte verbali e motorie. Il malato è in grado quasi interamente di rispondere a stimoli basilari, quali il dolore. È immobile ma con gli occhi aperti e in grado di seguire gli oggetti circostanti.
- Movimenti stereotipati ripetuti
- Sguardo fisso, smorfie
- Ecolalia: abituale ripetizione, nel parlare, di una o più parole della frasi

Sintomi negativi



- Particolarmente significativi sono:
- **Diminuzione dell'espressione delle emozioni**: comprende riduzioni nell'espressione delle emozioni facciali, contatto visivo, intonazione dell'eloquio (prosodia) e dei movimenti delle mani, testa, volto, che di norma danno enfasi emozionale all' eloquio.
- **Abulia**: Diminuzione nelle attività finalizzate volontarie spontanee. L'individuo può rimanere seduto per lunghi periodi di tempo e mostrare scarso interesse nel partecipare ad attività lavorative o sociali

Sintomi negativi

- Altri sintomi negativi comprendono :
- **Alogia**: diminuzione produzione verbale;
- **Anedonia**: diminuzione della capacità di provare piacere da stimoli positivi o una degradazione del ricorso del piacere precedentemente provato;
- **Asocialità**: apparente mancanza di interesse nelle interazioni sociali e può essere associata all'abulia ma può anche essere una manifestazione di limitate opportunità di interazioni sociali.

Schizofrenia

- A. Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di 1 mese (o meno se trattati con successo). Almeno uno di questi deve essere presente 1, 2 o 3:
 1. Deliri
 2. Allucinazioni
 3. Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza)



Schizofrenia

- 4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- 5. Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia)
- **B.** Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello di funzionamento in una o più delle aree principale, come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé, è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio (oppure quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo)

Schizofrenia

- C. Segni continuativi del disturbo persistono **per almeno 6 mesi**. Questo periodo di 6 mesi si deve comprendere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati efficacemente) che soddisfano il Criterio A (cioè fase attiva dei sintomi), e può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali).

Schizofrenia

- D. Il disturbo schizoaffettivo, il disturbo depressivo e il disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché 1) non si sono verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza con la fase attiva dei sintomi, oppure 2) se gli episodi di alterazione dell'umore si sono verificati durante la fase attiva dei sintomi, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o un'altra condizione medica.
- F. Se c'è una storia dello spettro autistico o di disturbo della comunicazione a esordio infantile, la diagnosi aggiuntiva di schizofrenia viene posta soltanto se sono presenti per almeno 1 mese (o meno se trattati efficacemente) allucinazioni o deliri preminenti, in aggiunta agli altri sintomi richiesti della schizofrenia.

Sviluppo e decorso

- Le manifestazioni psicotiche della schizofrenia emergono tipicamente tra la tarda adolescenza e la metà della quarta decade di vita; l'esordio prima dell'adolescenza è raro.
- Il picco dell'età di esordio del primo episodio psicotico è nella prima metà della terza decade per i maschi (25 circa) e verso la fine della terza decade nelle femmine (37 circa), ed è per lo più insidioso, raramente improvviso.
- Ali spezzate: documentario sulla schizofrenia
- <https://www.youtube.com/watch?v=Y8UuS94wc88>

Il disturbo schizoaffettivo

- Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo maggiore o maniacale) in concomitanza con il criterio A della schizofrenia.
- B. Deliri e allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) durante la durata lifetime della malattia.

Il disturbo schizoaffettivo

- C. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio dell'umore maggiore sono presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- D. Il disturbo non è attribuibile agli effetti di una sostanza o un'altra condizione medica.



Disturbi psicotici: il disturbo psicotico breve

- A. Presenza di uno o più dei sintomi seguenti. Almeno uno di questi deve essere presente.

1. Deliri
2. Allucinazioni
3. Eloqui disorganizzato
4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico

B. La durata di un episodio del disturbo è di almeno 1 giorno ma meno di 1 mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorbo

C. Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo depressivo maggiore o da un disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche oppure da un altro disturbo psicotico come schizofrenia o catatonia e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza

Per saperne di più..

- American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V)*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Sims A., *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2009.
- Sechehaye M., *Diario di una schizofrenica*, Ed. Giunti, 2006.

I disturbi di personalità

- Il DSM V li definisce come: *«pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione»*
- Essi sono divisi in tre gruppi, o clusters, in base a dei tratti comuni che li rendono somiglianti

Cluster A: eccentricità e stranezza

- Include i Disturbi di Personalità Paranoide, Schizoide e Schizotipico. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono strani o eccentrici:
- **1. Dist. Paranoide di Personalità**: Quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole.
- **2. Dist. Schizoide di Personalità**: Quadro caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva.
- **3. Dist. Schizotipico di Personalità**: Quadro caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive, ed eccentricità nel comportamento.

Cluster B: emotivi e drammatici

- Gli individui con questi disturbi spesso appaiono amplificativi, emotivi o imprevedibili:
- 4. **Dist. Antisociale di Personalità**: Quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri.
- 5. **Dist. Borderline di Personalità**: Quadro caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.
- 6. **Dist. Istrionico di Personalità**: Quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca di attenzione.
- 7. **Dist. Narcisistico di Personalità**: Quadro caratterizzato da grandiosità, necessità di ammirazione, e mancanza di empatia.

Cluster C: ansiosi e paurosi

- 8. **Dist. Evitante di Personalità**: Quadro caratterizzato da inibizione, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità ai giudizi negativi.
- 9. **Dist. Dipendente di Personalità**: Quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad un eccessivo bisogno di essere accuditi.
- 10. **Dist. Ossessivo-compulsivo di Personalità**: Quadro caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo.

Disturbo borderline

- A. Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta e è presente in vari contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:
 - 1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono;
 - 2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
 - 3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili;

Disturbo borderline

- 4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);
- 5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante;
- 6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia/angoscia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore);
- 7) sentimenti cronici di vuoto;
- 8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici);
- 9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

Il BD al cinema

- Ragazze interrotte (Girl, Interrupted) è un film del 1999 diretto da James Mangold con Winona Rider e Angelina Jolie.
- È un adattamento del diario di Susanna Kaysen La ragazza interrotta. Nel libro l'autrice parla della sua esperienza come paziente in una clinica psichiatrica negli anni 60.



Per saperne di più..

- American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V)*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Ammaniti M., *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Kaysen S., *La ragazza interrotta*, ed. TEA, 2017.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

- Definizione del DSM V: *“I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”*.



DSM V

- Il DSM-5 include le seguenti categorie diagnostiche (le prime tre riguardano soprattutto i disturbi della nutrizione dell'infanzia)
- Pica
- Disturbo di ruminazione
- Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da alimentazione incontrollata
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

Pica

- I criteri diagnostici DSM-5 del pica sono i seguenti:
- 1. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
- 2. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
- 3. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.



Anoressia nervosa

- Il DSM-5 ha introdotto due cambiamenti importanti nei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Il primo è l'abolizione del criterio amenorrea previsto dal DSM-IV perché non può essere applicato ai maschi, alle donne in menopausa e premenarcali.



Criteri diagnostici

- A. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

Criteri diagnostici

- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.
- **Tipo con restrizioni:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- **Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

L' AN al cinema

- <https://video.d.repubblica.it/life/netflix-fino-all-osso-lily-collins-e-keanu-reeves-nel-film-sui-disturbi-alimentari/6390/6508>

Fino all'osso (To the Bone) è un film del 2017 scritto e diretto da Marti Noxon, al suo debutto alla regia cinematografica



Bulimia nervosa

- I criteri diagnostici DSM-5 della bulimia nervosa sono i seguenti: A . Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti :
 - – Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - – Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).

Bulimia nervosa

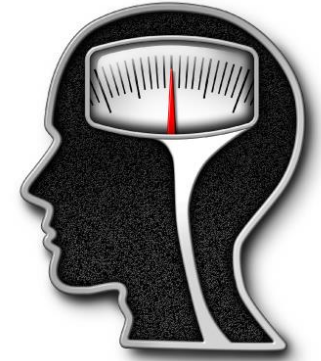
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Livello di gravità:

- **Lieve:** Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- **Moderato:** Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- **Grave:** Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- **Estremo:** Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

Anoressia e bulimia, sviluppo e decorso

- Solitamente iniziano comunemente durante adolescenza o prima età adulta. Raramente prima della pubertà o dopo i 40 anni, ma sono stati descritti casi di esordio sia precoce, sia tardivo. In anoressia, l'esordio è spesso associato ad un evento stressante. Il decorso e la remissione sono estremamente variabili.
- Le abbuffate iniziano in genere durante o dopo un periodo di restrizioni dietetiche. Anche molteplici eventi stressanti possono precipitare l'esordio della bulimia. Il decorso può essere cronico o intermittente.



Documentario DCA

- www.ciocheminutremidistrugge.com/
- Quod me nutrit me destruit – Ciò che mi nutre mi distrugge- è il titolo documentario sui disturbi del comportamento alimentare di Raffaele Brunetti e Ilaria de Laurentiis che per la prima volta riprende (con la telecamera fissa e, spesso, gli operatori fuori dalla stanza) le sedute psichiatriche di quattro pazienti del dott. Armando Cutugno responsabile dell'Unità Operativa Semplice dei Disturbi del Comportamento Alimentare della ASL Roma E



Per saperne di più..

- American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V)*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Ammaniti M., *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Jaffa T., *I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2009.