



# **CORSO DI PSICOLOGIA GENERALE**

**LEZIONE 25  
17.05.17**

**Docente Diletta VIEZZOLI  
dviezzoli@units.it**

## **3 PARTE del CORSO**

- **Elementi di psicopatologia**
- **L'organizzazione dei servizi di Salute Mentale di Trieste**



# Elementi di psicopatologia

# DEFINIZIONI



## PSICOPATOLOGIA

Area di studi scientifici che si occupa delle **manifestazioni dei disturbi psicologici e dei meccanismi sottostanti.**

E' la descrizione e l'inquadramento teorico delle alterazioni delle emozioni, delle funzioni cognitive, del pensiero e del comportamento.

Il termine compare per la prima volta alla fine del XIX secolo nel « *Traité International de Psychologie pathologique* » di A. Marie ma è con la « *Psicopatologia Generale* » di **Jaspers** nel 1913 che nasce la Psicopatologia come scienza.



La psicopatologia **DESCRITTIVA** si occupa delle definizione e della classificazione dei sintomi e permette di determinare delle diagnosi basate su gruppi di segni e sintomi con lo scopo di comprenderne anche le possibili cause.

La psicopatologia **EZIOLOGICA o INTERPRETATIVA** esplora i modi in cui le manifestazioni patologiche vengono provocate da fattori genetici, fisiologici e psicologici.



I termini **PSICOPATICO** e **PSICOPATIA** sono fuorvianti perché non si riferiscono a disturbi che riguardano l'intero campo della psicopatologia, ma solo a quelli che includono un comportamento aggressivo e antisociale.

Per evitare confusioni si preferisce adottare il termine «Personalità Sociopatica»

# DEFINIZIONI



## PSICHIATRIA

Il termine deriva dal greco “**cura dell’anima**”,  
E' una branca della medicina che ha per oggetto la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei disturbi mentali.

La Psichiatria svolge questi compiti in modo sia teorico che pratico, con studi e diagnosi dei soggetti malati, allo scopo di selezionare il tipo di analisi e terapia più efficace ed adatta al caso.

I suoi ambiti di competenza vanno dal campo sociologico a quello psicologico del paziente, prendendo in considerazione anche l'aspetto farmacologico e giuridico.



Seppur non inquadrato tra le discipline mediche, per lo psicologo, le conoscenze di tipo medico-biologico sono assolutamente necessarie alla comprensione dei meccanismi alla base delle funzioni psichiche.

**Psichiatria e Psicologia** non dovrebbero essere considerate come discipline contrapposte ma **complementari** per offrire le migliori garanzie al paziente.



**COME CONSIDERARE I DISTURBI MENTALI ?**



Il disturbo mentale viene considerato come una **sindrome** che raggruppa disturbi clinicamente significativi di :

- **Cognizione**
- **Regolazione delle emozioni**
- **Comportamento**

Ad essi corrisponde una disfunzione nei processi Psicologici, Biologici, dello Sviluppo che sottendono il funzionamento mentale.

Tali condizioni determinano un disagio e una disabilità sociale, occupazionale o di altre attività.



**COME DISTINGUERE TRA LE VARIE PATOLOGIE ?**



Per giungere a **FORMULARE** e **PROPORRE** una **DIAGNOSI** si utilizzano delle classificazioni internazionali che permettono di osservare e interpretare i segni e i sintomi dei pazienti secondo degli stessi criteri condivisi.

Quelli attualmente più diffusi nel mondo sono :

- **DSM** - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA)
- **ICD** - Classificazione internazionale delle malattie opera dell'World Health Organization (WHO, OMS)

I due sistemi vengono aggiornati periodicamente, attualmente le versioni sono ICD 10 e DSM V.



L'obiettivo è quello di **applicare alla psichiatria una metodologia di classificazione il più possibile condivisa** per esigenze epidemiologiche, statistiche e cliniche, integrando e uniformando a livello globale quelle conoscenze che prima erano in balia di frammentarie e multiformi scuole di pensiero.

Il manuale è per definizione **ateorico** ed è basato su **fenomeni osservabili**, liste di criteri, termini temporali scelti per convenzione, creazione di categorie non specifiche per le situazioni dubbie, studi sul campo, confronto con associazioni di pazienti e con altri operatori della salute mentale.



**È possibile inquadrare la mente e il comportamento umano in numeri, sezioni e categorie?**

Certamente no.

Tuttavia affinché medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo possano comunicare tra loro è necessario un linguaggio chiaro e condiviso, accettando il fatto che ogni scelta è una convenzione e ha, di conseguenza, i suoi vantaggi e i suoi limiti.

## **IMPORTANTE !**

La classificazione dei disturbi mentali **non è una classificazione delle persone:**

non si parla di “uno schizofrenico” o di “un alcolista”, ma di persone con schizofrenia o con alcolismo che sono molto diverse tra loro.

**Una stessa persona, in diversi periodi della vita, può non avere alcun disturbo mentale, averne uno o averne più di uno.**

A seconda del tipo, un disturbo mentale può durare solo pochi giorni, settimane, mesi, o con alti e bassi, per tutta la vita.

# IL DSM IV

Raccoglie e descrive più di **370 disturbi mentali** individuati in base alla presenza di un profilo sintomatologico per ciascuno di essi.

Questa classificazione americana ormai largamente diffusa in tutto il mondo occidentale, è **basata sulla frequenza statistica** delle caratteristiche dei fenomeni descritti.

La prima versione è del 1952 in risposta alla prima versione dell'ICD dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ma la sua diffusione inizia realmente dal 1980.

Il continuo aggiornamento è opera di un comitato scientifico che si avvale della collaborazione di professionisti del sistema sanitario nazionale statunitense (medici, psichiatri, assistenti, infermieri, psicologi, psicoterapeuti, ecc.)



In una disciplina come la Psichiatria, in cui **non sono (ancora) presenti marcatori obiettivi di patologia** e in cui il concetto stesso di malattia è strettamente legato a dinamiche sociali e di sofferenza soggettiva, qualunque soglia diagnostica venga stabilita per definire un disturbo è per sua natura criticabile:

si potrà sempre pensare, a torto o a ragione, che i criteri scelti siano troppo “inclusenti” o troppo “escludenti”.



Per individuare l'utilità di un manuale di classificazione bisogna anche considerare che **le persone in situazione di disagio mentale richiedono di vedere riconosciuta la propria sofferenza**, di vedere assegnato **un nome al proprio disagio** e di avere quindi accesso a cure specifiche, assistenza, prestazioni sanitarie pubbliche e private, psicoterapie, servizi riabilitativi, ecc.

## Come viene descritto ogni disturbo :

- Breve descrizione del « funzionamento generale »
- Elenco di comportamenti sintomatici o stili di gestione delle emozioni o altri aspetti della vita psichica
- *Cut-off*, cioè indicazione del numero minimo di sintomi osservati per poter effettuare una diagnosi
- Periodo minimo di presenza/durata dei sintomi per poter effettuare una diagnosi



La struttura del manuale **DSM IV** segue un sistema multiassiale: divide i disturbi in 5 Assi, così ripartiti:

**Asse I** : DISTURBI CLINICI

**Asse II** : DISTURBI DI PERSONALITA' E DEFICIT INTELLETTIVO, possono accompagnarsi a un disturbo dell'Asse I

**Asse III** : CONDIZIONI MEDICHE GENERALI

**Asse IV** : CONDIZIONI PSICOSOCIALI E AMBIENTALI

**Asse V** : VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO

## Asse I : DISTURBI CLINICI

Caratterizzati dalla proprietà di essere **temporanei o comunque « non strutturali »**, possono essere riconducibili non solo al cervello e al sistema nervoso ma anche ad altre condizioni cliniche significative per la persona (sieropositività, malattie croniche, ecc.)

## Asse I : DISTURBI CLINICI - alcuni esempi

- **Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia o nell'adolescenza** : disturbi dell'apprendimento (dislessia), della motricità, del linguaggio, dello spettro autistico, dell'attenzione, ecc.
- **Demenza** (es. Alzheimer), disturbi mnestici e disturbi cognitivi
- **Disturbi correlati a uso di sostanze**
- **Schizofrenia e Altri disturbi psicotici**
- **Disturbi dell'umore** (es. Depressione, mania, dis.bipolare)
- **Disturbi d'ansia** (es. fobia, dis. ossessivo-compulsivo)
- **Disturbi somatoformi** (es. Dis. di conversione – ex isteria)
- **Disturbi dell'alimentazione** (es. Anoressia, bulimia)
- **Disturbi del ciclo sonno-veglia**
- **Disturbi dissociativi** (es. amnesia dissociativa)
- **Disturbi del controllo degli impulsi** (gioco d'azzardo, cleptomania)

## Asse II : DISTURBI DI PERSONALITA' E DEFICIT INTELLETTIVO

Caratterizzati dalla proprietà di essere disturbi **stabili, strutturali e difficilmente restituibili ad una condizione « pre-morbosa»**.

Generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo dell'Asse I (comorbidità) a cui fanno da contesto.

## **"Comorbilità" o "doppia diagnosi"**

La "comorbilità" o "doppia diagnosi" è definita come la "coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico" (OMS, 1995) Una persona con doppia diagnosi è una "persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcol o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica, ad esempio, disturbi depressivi o schizofrenia" (UNODCCP, 2000). In altre parole, per "comorbilità" si intende la coesistenza temporale di due o più disturbi uno dei quali è il consumo problematico di sostanze stupefacenti.



## Asse II : DISTURBI DI PERSONALITA' E DEFICIT INTELLETTIVO

Caratterizzati dalla proprietà di essere disturbi **stabili, strutturali e difficilmente restituibili ad una condizione « pre-morbosa».**

Generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo dell'Asse I (comorbidità) a cui fanno da contesto.

## Asse III : CONDIZIONI MEDICHE GENERALI

Su quest'asse si riportano le condizioni mediche in atto potenzialmente rilevanti per la comprensione o il trattamento del disturbo mentale della persona.

### Alcuni esempi

- Malattie infettive o parassitarie
- Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e del sistema nervoso
- Malattie dell'occhio, dell'orecchio, del sistema circolatorio, respiratorio, digerente
- Malformazioni congenite o malattie cromosomiche

Ecc.....

## Asse IV : CONDIZIONI PSICOSOCIALI E AMBIENTALI

Su quest'asse vengono classificati i problemi psicosociali e ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi rilevati dall'Asse I e II.

Un problema psicosociale o ambientale può corrispondere a un evento di vita negativo, una difficoltà o carenza ambientale, uno stress familiare o interpersonale, l'inadeguatezza del supporto sociale o delle risorse personali, altri problemi legati al contesto nel quale si sono sviluppate le difficoltà della persona.

I problemi psicosociali possono anche svilupparsi come conseguenza della psicopatologia o possono essere considerati come problemi nel piano generale del trattamento

## Asse IV : CONDIZIONI PSICOSOCIALI E AMBIENTALI

Alcuni esempi

- Problemi con il gruppo di supporto principale (famiglia)
- Problemi legati all'ambiente sociale
- Problemi di istruzione
- Problemi abitativi
- Problemi economici
- Problemi di accesso ai servizi sanitari
- Problemi di criminalità

## **Asse V : VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO**

### **Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)**

Considerare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico continuum salute-malattia mentale. Non includere le menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche (o ambientali).

Codice	(Nota: usare codici intermedi, ove necessario, per es. 45, 68, 72)
100	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.
91	
90	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).
81	
80	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).
71	
70	Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). <i>Oppure</i> 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.
61	
60	Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). <i>Oppure</i> moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).
51	
50	Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). <i>Oppure</i> qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).
41	
40	Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es.: l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). <i>Oppure</i> 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).
31	
30	Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. <i>Oppure</i> grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio). <i>Oppure</i> incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es.: resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).
21	
20	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). <i>Oppure</i> occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci). <i>Oppure</i> grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutacico).
11	
10	Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente). <i>Oppure</i> persistente incapacità di mantenere la igiene personale minima. <i>Oppure</i> grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.
1	
0	Informazioni inadeguate.



Le critiche all'approccio categoriale de disturbi mentali ha portato a una nuova organizzazione del DSM in cui si tenta di passare a un **approccio dimensionale**:

I disturbi vengono interpretati sulla base di variazioni quantitative su varie dimensioni come gravità, personalità, percezione, cognizione, tonalità dell'umore, ecc., immaginando un **continuum** fino alla « normalità » (l'approccio dimensionale è già presente in alcune patologie descritte nel DSM 5 come lo *Spettro dell'Autismo*).

L'intento è di **ridurre la stigmatizzazione** da etichette diagnostiche ma con lo svantaggio della difficoltà di comparazione nella pratica clinica quotidiana.

# IL DSM V

Quest'ultima versione del manuale è articolata in **3 sezioni** (abbandono del sistema multiassiale):

**La sezione 1** fornisce un'introduzione al manuale con informazioni su come utilizzarlo;

**La sezione 2** riporta tutte le diagnosi categoriali suddivise in 20 capitoli contenenti disturbi tra loro affini soprattutto per caratteristiche sintomatologiche e comune vulnerabilità;

**La sezione 3** include condizioni patologiche che richiedono ulteriori studi prima di essere considerate dei disturbi veri e propri.

---

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5

---

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DSM-5®

# CASI CLINICI

A CURA DI  
JOHN W. BARNHILL

 *Raffaello Cortina Editore*



È stato ampiamente riconosciuto che **i disturbi mentali non sono sempre completamente adattabili entro i confini di una singola descrizione.**

I risultati degli studi di comorbidità e di trasmissione familiare delle patologie psichiatriche, hanno evidenziato che i confini tra molte categorie di disturbi sono molto meno rigidi rispetto a quanto riconosciuto del DSM IV, e che molti sintomi assegnati a un singolo disturbo possono manifestarsi, con vari livelli di gravità, in molte altre patologie.

Nel **DSM V** tutte le categorie di disturbi sono indicate nella seconda sezione con delle annotazioni separate per i fattori psico-sociali, ambientali e di disabilità.

Si sono aggiunte inoltre informazioni inerenti ai fattori di rischio, i progressi della ricerca e le varie espressioni dei disturbi.

Si propone un **ordine sequenziale** di presentazione delle categorie di disturbi che vuole rispettare due criteri :

- **l'età della vita**, per cui si comincia con i disturbi del neurosviluppo, per finire con i disturbi neurocognitivi più tipici dell'anziano
- **il tentativo di un approccio dimensionale** in cui si andrebbe da disturbi di tipo « internalizing » (internalizzati, cioè emotivi e somatici) a disturbi di tipo « externalizing » (esternalizzati, come impulsività, uso di sostanze, ecc.)

# VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Nel DSM V si riporta il giudizio del clinico sulla valutazione del livello di disabilità globale dovuta ai disturbi mentali.

Questo tipo d'informazione è utile per pianificare il trattamento, misurare il suo impatto e predirne l'esito.

**WHO Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0** è lo strumento di valutazione sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che può misurare la salute e la disabilità sia a livello di popolazione, sia nella pratica clinica.

Fornisce un profilo e una misura sintetica del funzionamento e della disabilità applicabili in diversi contesti culturali e in tutte le popolazioni adulte.



**WHODAS 2.0** rileva il funzionamento della persona in 6 domini:

**Dominio 1: Attività cognitive** – comprendere e comunicare

**Dominio 2: Mobilità** – muoversi e spostarsi

**Dominio 3: Cura di sé** – svolgere attività come provvedere all'igiene personale, vestirsi, mangiare e provvedere alla cura di sé nel caso in cui si rimanga da soli

**Dominio 4: Relazionarsi con le persone** – interagire con altre persone

**Dominio 5: Attività della vita quotidiana** – occuparsi delle responsabilità domestiche, svagarsi, lavorare e andare a scuola

**Dominio 6: Partecipazione** – prendere parte ad iniziative della comunità e partecipare alla vita sociale.

## PRECISAZIONI e RACCOMANDAZIONI :

- I manuali di classificazione vanno considerati come un **supporto**, una guida alla diagnosi
- **Il giudizio « clinico » resta indispensabile** soprattutto se formulato in équipe pluridisciplinare per ridurre il rischio dovuto a una sola valutazione dei sintomi espressi dall'utente
- Una diagnosi mantiene la sua importanza se prende in considerazione **la persona diagnosticata in tutta la sua complessità, tenendo conto delle implicazioni ambientali oltre che biologiche e soggettive**
- il valore sociale di « etichettatura » con le sue conseguenze va considerato e reso **trasparente e comprensibile** al paziente e alla sua famiglia



**LEZIONE 26**  
**18.05.17**

**13h – 15h**  
**Aula D**