



CORSO DI PSICOLOGIA GENERALE

**LEZIONE 26
18.05.17**

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



**Elementi di psicopatologia
- seconda parte -**



Vedremo insieme :

- DISTURBI DELL'**UMORE**

- DISTURBI DELLO SPETTRO DELL'**AUTISMO**

Statistica e salute mentale oggi

IL MODELLO FUNZIONALE (C. HOSMAN)

FATTORI DI PREDISPOSIZIONE

- Fattori genetici
- Fattori collegati alla gravidanza e alla nascita
- Esperienze della prima infanzia
- Ambiente familiare
- Circostanze sociali
- Ambiente fisico
- Educazione
- Occupazione
- Condizioni di lavoro
- Abitazione

FATTORI DI PARTECIPAZIONE

ad esempio eventi della vita

SALUTE MENTALE

Risorse individuali

CONTESTO SOCIALE ATTUALE

ad es. sostegno sociale

CONSEGUENZE

- Livello di benessere
- Salute fisica
- Sintomi
- Conoscenza e abilità
- Qualità delle relazioni
- Soddisfazione sessuale
- Uso dei servizi
- Produttività
- Sicurezza pubblica

SOCIETÀ E CULTURA

DEFINIZIONE OMS:

La **salute mentale** è uno **stato di benessere emotivo e psicologico** nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue **capacità cognitive o emozionali**, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni

QUALCHE DATO STATISTICO

Dal sito della **Fondation FondaMental** di Parigi

+300
millions

La Depressione è una malattia psichiatrica comune che colpisce più di 300 milioni di persone nel mondo.

4,5 milioni di persone in Italia.

Secondo l'OMS è la prima causa di incapacità (soprattutto in riferimento al lavoro).

30 à
50 %

La percentuale di pazienti con disturbo bipolare ha dei deficit cognitivi anche al di fuori delle fasi acute.

6
SUR
10

In quasi 6 articoli di cronaca su 10 il termine « schizofrenia » è utilizzato per descrivere situazioni di Contraddizione, ambivalenza o doppio discorso (ma la schizofrenia NON è caratterizzata da uno « sdoppiamento di personalità »).

12/25
ans

I disturbi mentali appaiono nella maggior parte dei casi tra i 12 e i 25 anni e spesso lo sviluppo dei primi sintomi appare ancora prima. Secondo l'OMS nella metà dei casi i disturbi iniziano prima dei 14 anni. Le stime indicano che il 20% dei bambini e degli adolescenti nel mondo presentano dei disturbi o dei problemi mentali di natura simile e indipendentemente dalla loro cultura.

L'importanza della diagnosi e della presa in carico precoce sono fondamentali dal momento che sappiamo che **i primi 5 anni** della malattia costituiscono una fase critica nel corso della quale le risposte ai farmaci sono nettamente migliori e le « chances » di remissione sono molto più grandi.

Si stimano :

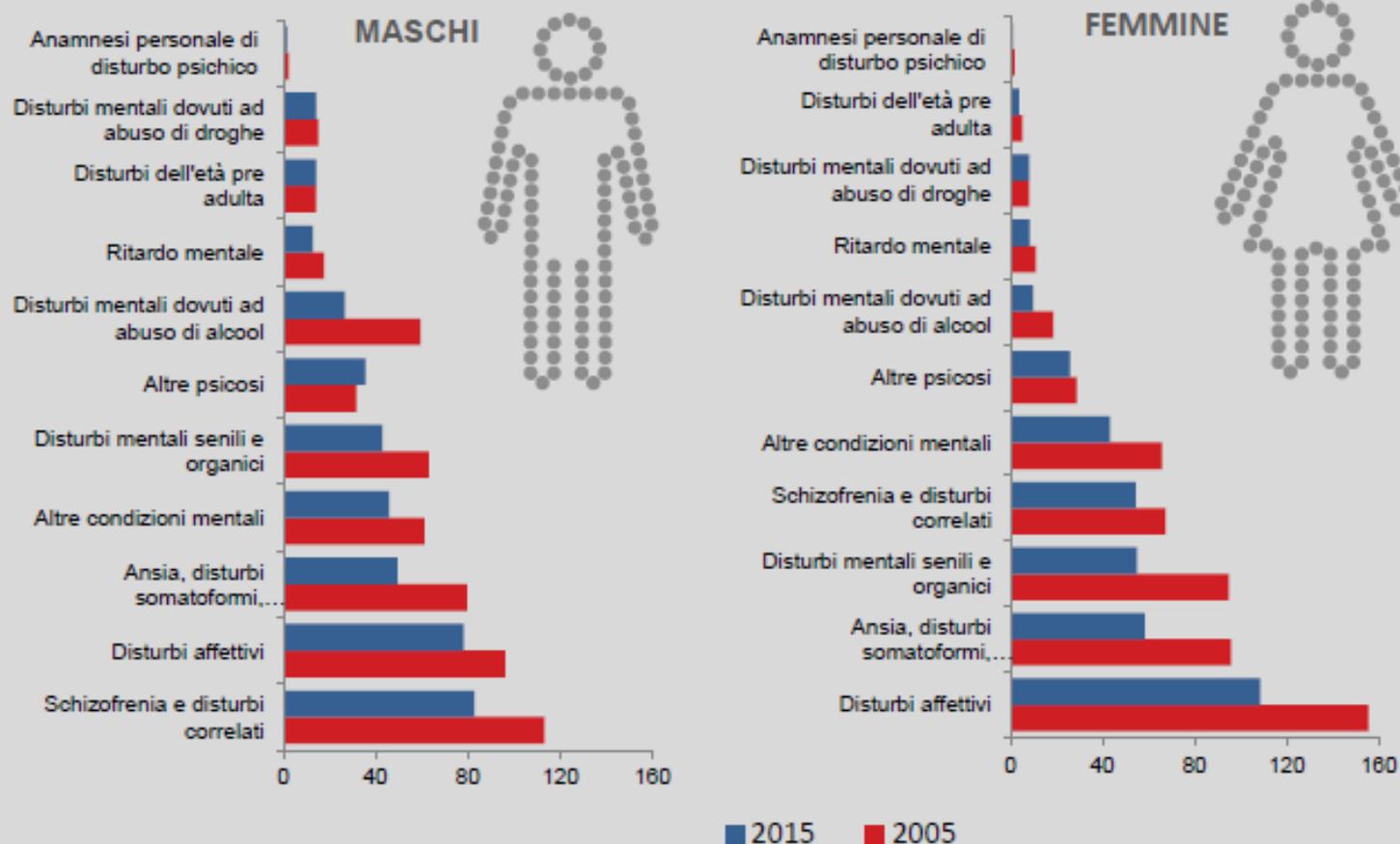
- almeno 2 anni di ritardo per una diagnosi di depressione
- almeno 5 anni di ritardo per una diagnosi di disturbo bipolare
- 10 anni di ritardo per una diagnosi di schizofrenia

Ogni ritardo nella presa in carico ha un **forte impatto sulla qualità di vita delle persone** così come il rispetto delle modalità e dei tempi di assunzione dei farmaci.

Le dimissioni ospedaliere: i risultati

PRINCIPALI ASPETTI NOSOLOGICI

Tassi per 100.000 abitanti. Anni 2005 e 2015.



Gli **uomini** si ricoverano più frequentemente per **schizofrenia e disturbi correlati**, mentre nelle donne queste patologie sono in quarta posizione

Dimezzati i tassi di ricovero per disturbi legati all'abuso di alcool

Disturbi affettivi prima causa nelle **donne**, seconda negli uomini ma con tassi molto più bassi



Disturbi dell'umore

- **depressione**
- **disturbo bipolare**



DEPRESSIONE

No, la depressione non è tristezza. E non si combatte “dandosi una mossa”

DEPRESSIONE (unipolare)

E' un disturbo nascosto, a volte ignorato.

La depressione è **difficile da diagnosticare** anche perché in un gran numero di casi i pazienti sono i primi a rifiutare la loro condizione. Spesso trascorrono mesi tra comparsa dei primi sintomi e la decisione di rivolgersi a un medico.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) **entro il 2030 sarà la malattia cronica più diffusa.**

Nonostante ci siano delle strategie terapeutiche efficaci per combattere la depressione, la mancanza di risorse, di personale qualificato e la stigmatizzazione sociale rappresentano un **ostacolo**.

Si riscontrano ancora enormi **errori diagnostici** e un numero importante di diagnosi non effettuate.

DEFINIZIONE E SINTOMI

E' un disturbo dell'umore, caratterizzata da **un insieme di sintomi, che alterano il funzionamento vitale della persona che ne soffre, compromettendo anche la sua vita sociale.**

Secondo il DSM – IV la depressione può presentare :

- perdita di interessi
- cambiamenti nell'appetito (aumento o diminuzione)
- perdita di energia
- disturbi del sonno
- senso di agitazione o rallentamento
- sentimenti di auto svalutazione o di colpa
- difficoltà a pensare
- problemi di memoria, attenzione, concentrazione e rapidità
- nei casi più gravi anche tendenze suicide



La depressione, può presentarsi sotto forma di singoli episodi (EPISODIO DEPRESSIVO), oppure avere una tendenza ciclica e con una durata del periodo depressivo anche piuttosto lunga (DISTURBO DEPRESSIVO).

Le cause della depressione ancora oggi non sono del tutto chiare.

E' accertato che tra le cause ci sono **fattori biologici, psichici, ambientali e genetici.**



Tra i **fattori biologici** le ricerche indicano il disequilibrio di alcuni neurotrasmettitori:

- la serotonina (che regola i ritmi biologici, l'appetito, l'ansia)
- la noradrenalina (che controlla il sonno, la risposta allo stress e l'attenzione)
- la dopamina (che influisce sull'umore e la motivazione).

La maggior parte degli antidepressivi agisce su questi neurotrasmettitori.

La depressione, è quindi scatenata, non da un singolo, ma da **una moltitudine di fattori, collegati fra loro.**

Fattori genetici

Numerosi studi hanno mostrato che **una persona, i cui genitori soffrono o hanno sofferto di depressione, presentano un maggior rischio (da 2 a 4 volte superiore alla media) di soffrire anch'essa di depressione nel corso della sua vita** suggerendo quindi l'esistenza di una vulnerabilità genetica.

Dal punto di vista genetico sarebbero implicati i geni che codificano il trasporto della serotonina o quelli che intervengono nel funzionamento, nella crescita e nella sopravvivenza dei neuroni.

Tuttavia l'impatto di queste variazioni genetiche dipenderebbero dall'esposizione a fattori ambientali diversi: si parla in questo caso d'interazioni gene-ambiente.

Queste persone sarebbero più vulnerabili delle altre nelle situazioni di stress e d'ansia.



Questa patologia è uno dei disturbi dell'umore a più elevata comorbidità e rappresenta **una delle principali cause di invalidità temporanea e permanente**, comportando un costo molto elevato in termini di risorse economiche e umane.

Traumi (69%) e stress (60%) sono riconosciuti come le cause principali della malattia da chi ha già ricevuto la diagnosi, mentre chi non ne ha avuto esperienza ritiene che la depressione sia originata principalmente da una personalità emotivamente fragile (67%).



Secondo un'indagine su un campione di popolazione, i principali sintomi associati alla depressione sono di natura emotiva come i pensieri negativi (69%), la solitudine (67%) e la tristezza (63%).

L'impatto della malattia sulla qualità di vita è drammatico per il paziente così come per tutta la famiglia, poiché incide sul funzionamento individuale e sociale della persona, riducendo la capacità di interpretare un ruolo “normale” nelle diverse attività in ambito familiare, socio-relazionale e lavorativo.

Per 1 intervistato su 3 anche i disturbi di natura cognitiva, come la difficoltà a prendere decisioni e a mantenere la concentrazione, provocano un forte impatto sulla qualità della vita.



Aumentare la conoscenza e la consapevolezza di questa malattia, e ridurre lo stigma nella popolazione, avvicinando i pazienti a una diagnosi precoce e a cure tempestive e contribuendo a migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi ospedalieri e territoriali dedicati.



Anche gli stili di vita hanno un forte impatto su questa patologia.

I disturbi del sonno hanno un ruolo importante. Si dorme meno e questo è un elemento che può portare a depressione.

Ma ci sono altri fattori: **il consumo di sostanze stimolanti**, non solo le droghe, ma anche un uso eccessivo di caffeina e di theina, gli stimoli sonori, quelli luminosi, la contrazione di tempo e di spazio.

Si vive in una continua “iperstimolazione” e a volte non c'è più separazione fra tempo libero e lavoro, questo provoca stress.

I pregiudizi più diffusi

Solo una minoranza (circa 1 su 5) di chi soffre di depressione, consulta lo specialista di competenza, vale a dire lo psichiatra. Ciò che s'interpone alla cura è la presenza radicata di pregiudizi.

- 1) Uno di essi riguarda **la figura dello psichiatra** e può essere così esemplificato: “Lo psichiatra cura i matti e se mi rivolgo ad uno psichiatra, sono anch'io matto o sono considerato tale”. Questo ostacolo è difficilmente superabile a causa della presenza di un sentimento di vergogna tanto forte da inibire l'acquisizione d'informazioni sia presso amici e conoscenti sia rivolgendosi al medico di base.



2) Un altro pregiudizio è che gli **psicofarmaci siano dannosi**.
In realtà la terapia farmacologica può essere dannosa solo se assunta senza l'assistenza dello specialista. Questo preconcetto, come quello secondo cui gli psicofarmaci danno dipendenza, sono figli del fatto che, a livello d'immaginario collettivo, vi è un'assimilazione tra farmaci e sostanze stupefacenti. In realtà è scientificamente dimostrato che gli antidepressivi non danno dipendenza e che la loro sospensione, graduale e controllata, non determina nessuna sindrome da astinenza.

3) Altro pregiudizio molto diffuso, come testimonia la pratica giornaliera, è quello della “**volontà**”, secondo il quale si ritiene che sarebbe sufficiente uno sforzo di volontà per superare il disturbo depressivo.

Tale pregiudizio prescinde dal livello sociale, culturale ed intellettuale ed è compito dello specialista sottolineare la falsità e i danni che ne derivano, poiché alimenta i già presenti sensi di colpa.

La sua infondatezza risulta evidente dalle seguenti considerazioni:

- la volontà è la quantità d'energia psichica che una persona ha a disposizione e che, quindi, può investire nelle proprie attività quotidiane;
- fa parte, però, del quadro depressivo, vale a dire dello stato di malattia, una netta riduzione della quantità d'energia di cui un soggetto può disporre.

Risulta quindi evidente che non si può puntare sulla volontà per il superamento di una crisi depressiva.

10 Segnali da non sottovalutare

DEPRESSIONE



Perdita d'interesse
in attività che prima
davano soddisfazione



Difficoltà a concentrarsi,
a ricordare,
a prendere decisioni



Aumento o diminuzione
dell'appetito



Sensi di colpa
immotivati



Disturbi del
sonno



Visione totalmente
pessimistica della vita



Irritabilità



Tristezza persistente,
ansia e sensazione di vuoto



Pensieri di morte o di suicidio



Senso di
stanchezza

Psic  **advisor**



<http://www.depressione-ansia.it/>

Per documenti e libri scaricabili gratis in pdf



DISTURBO BIPOLARE

Depressione bipolare o disturbo bipolare

Si tratta di una forma di depressione bipolare poichè si alternano fasi di eccitazione (mania) e fasi di depressione.

Il disturbo concerne tra l'1 e il 2,5% della popolazione.

Oggi esistono delle risposte terapeutiche adatte ma i pazienti soffrono principalmente del ritardo diagnostico e del rischio di mortalità precoce.

L'OMS ha valutato che la speranza di vita per le persone affette è ridotta in media di 10 anni rispetto alla popolazione generale.



Gli episodi depressivi possono sfociare frequentemente in tentativi di suicidio (il 20% dei pazienti che non hanno cure decede per questo motivo).

Spesso le persone soffrono di altre comorbidità come l'alcolismo, il diabete, la disidratazione, ecc.) aumentano così il rischio, per esempio, di patologie cardiologiche.

I comportamenti a rischio sono frequentemente associati a questo disturbo (condotte sessuali, additive, perdita di denaro, ecc.)

IL CICLO INFERNALE DEGLI EPISODI DI EUFORIA E DI DEPRESSIONE

In passato questa patologia era identificata con il termine di psicosi maniaco-depressiva ma il termine disturbo bipolare descrive oggi in modo migliore le diverse forme in cui si può manifestare.

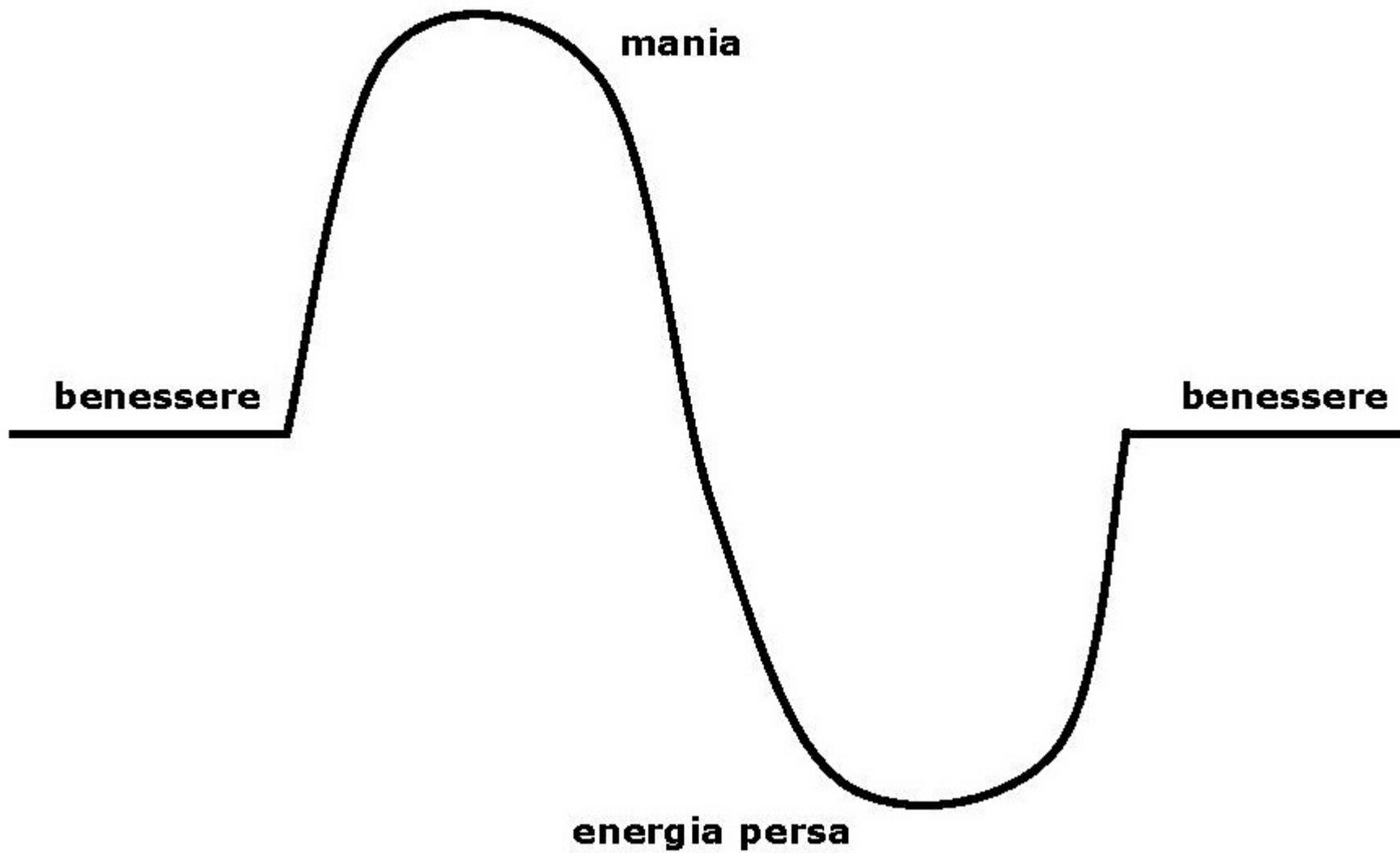
I disturbi dell'umore si manifestano con l'alternanza di fasi di euforia (fasi maniache) e fasi depressive.

La durata degli episodi può variare, da qualche giorno a qualche settimana o mese.

Conoscere la durata e l'intensità degli episodi acuti e identificare i sintomi che vi si accompagnano è essenziale per determinare la forma di bipolarità di cui il paziente soffre.

La fase euforica (o maniacale) si caratterizza per la presenza di:

- disinibizione eccessiva
- comportamenti socialmente inappropriati
- persona si sente molto euforica, sensazione di avere enormi potenzialità personali fino a delirio di onnipotenza (es. tutto appare possibile e fattibile, spesso azioni impulsive anche pericolose per sè stessa o per gli altri o azioni avventate)
- la persona non riesce a portare a termine alcun progetto
- la persona ha una grande energia, tanto da non sentire il bisogno di mangiare né dormire
- il comportamento diventa disorganizzato e inconcludente, azioni senza alcuna direzione apparente (es. Inizia un'attività, e lascia a metà per passare ad altro, o più cose insieme)
- i pensieri e le parole vanno veloci, difficili da seguire
- i sensi sembrano affinarsi e la percezione diventa più vivida
- il desiderio sessuale può aumentare, diventando quasi impellente, con comportamenti impulsivi



Disturbo Bipolare I

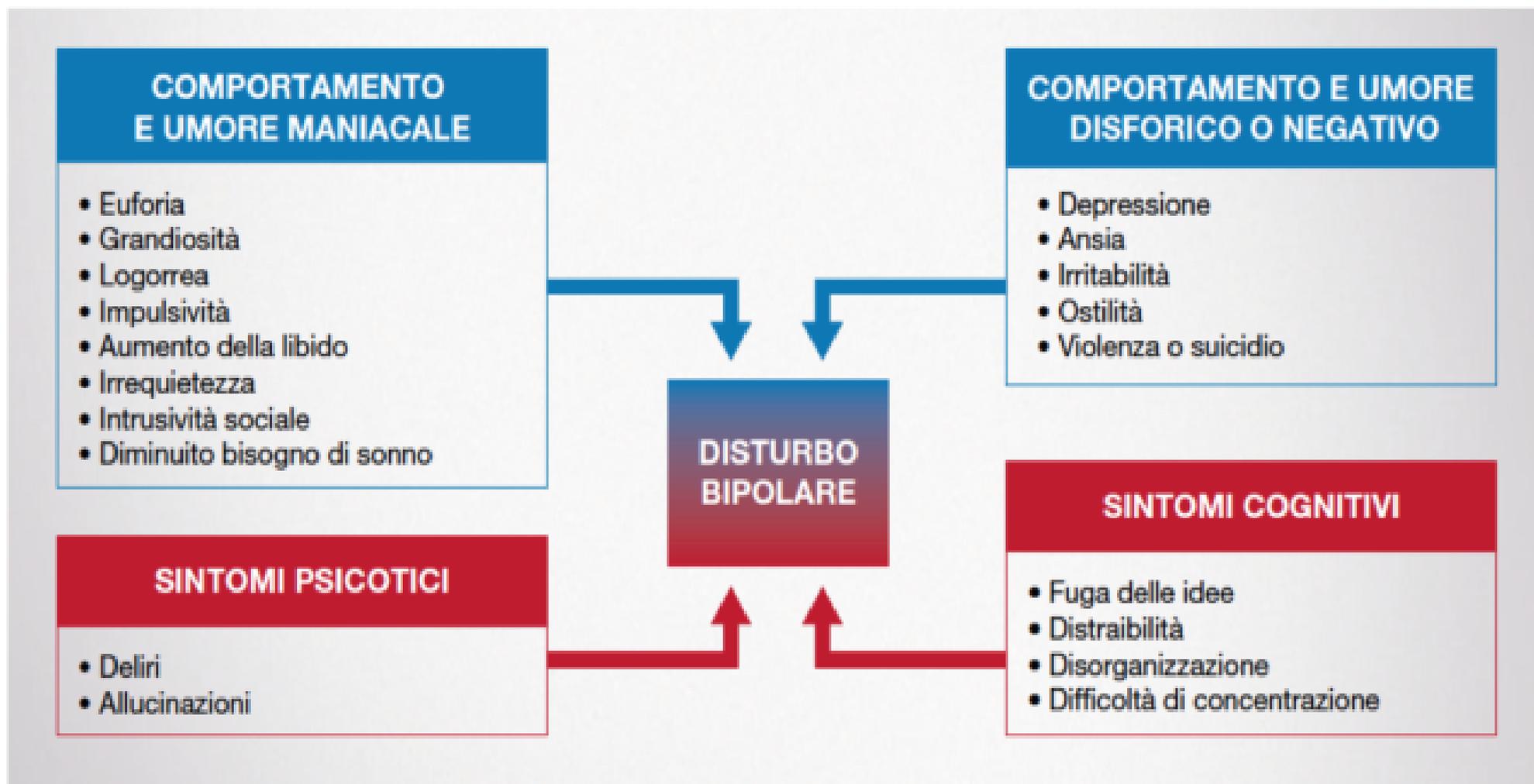


Figura 1. Sintomi bersaglio nel disturbo bipolare nell'episodio critico.



Nella vita quotidiana i sintomi risultano molto invalidanti.

Si osservano difficoltà cognitive come perturbazioni nelle capacità di memoria, di attenzione, di capacità esecutive, e disfunzioni legate al sonno (l'insonnia senza affaticamento può essere un sintomo di un episodio di euforia).

Il disturbo si caratterizza anche dall'estrema difficoltà a gestire le proprie emozioni : si osserva un iper-reattività emotiva che si manifesta con comportamenti irritabili e collerici.

Anche i disturbi d'ansia possono essere presenti.



Il ritardo diagnostico può raggiungere una media di 10 anni (lasso di tempo tra il primo episodio e l'inizio di un trattamento farmacologico e di psicoterapia).

La maggior parte dei medici conosce poco questo disturbo che associa spesso alla depressione unipolare.

Inoltre, attualmente, il 40% delle persone depresse potrebbero in realtà soffrire di un disturbo bipolare senza essere diagnosticati.

CAUSE DEL DISTURBO BIPOLARE

Sebbene possa presentarsi in qualunque individuo, esiste una forte vulnerabilità genetica tra i pazienti.

Il rischio di sviluppare questo disturbo è del 10% circa per un bambino di cui uno dei due genitori ne è già affetto.

Se i due genitori ne sono affetti il rischio sale al 30%.



Anche i fattori ambientali hanno molta importanza.

Lo stress è uno dei principali soprattutto quando conseguente a episodi di vita particolarmente dolorosi.

Dei fattori precoci come la nascita prematura o delle difficoltà al momento del parto possono avere un impatto sul neurosviluppo del bambino e contribuire a questa vulnerabilità.

In fase di sviluppo, potenziali stress legati a violenze fisiche, emotive o sessuali possono suscitare l'insorgere del disturbo.

Traumi precoci (abusi, decessi, perdita di un lavoro, ecc.) potrebbero favorire questo disturbo.

Le droghe (cannabis) e gli eccitanti (come l'alcol) hanno anch'esse un impatto potenziale sullo sviluppo della malattia.

LA PISTA IMMUNO-INFIAMMATORIA

Ricerche recenti rivelano che i pazienti con disturbo bipolare presentano un tasso elevato di marcatori immunitari e/o d'infiammazione.

Il processo infiammatorio può spiegarsi a seguito di infezioni contratte precocemente nel corso dello sviluppo, durante la gravidanza o in epoca perinatale.

Attualmente sono in causa infezioni virali quali l'herpes, o parassitarie come la toxoplasmosi.



DISTURBI DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO



**Introduciamo l'argomento partendo da alcuni
video e testimonianze**



LEZIONE 27 – Ultima del corso
19.05.17

13h – 15h
Aula E