

# LABORATORIO DI PSICOLOGIA GENERALE PER L'ADOLESCENZA E L'ETA' ADULTA

LEZIONE 5

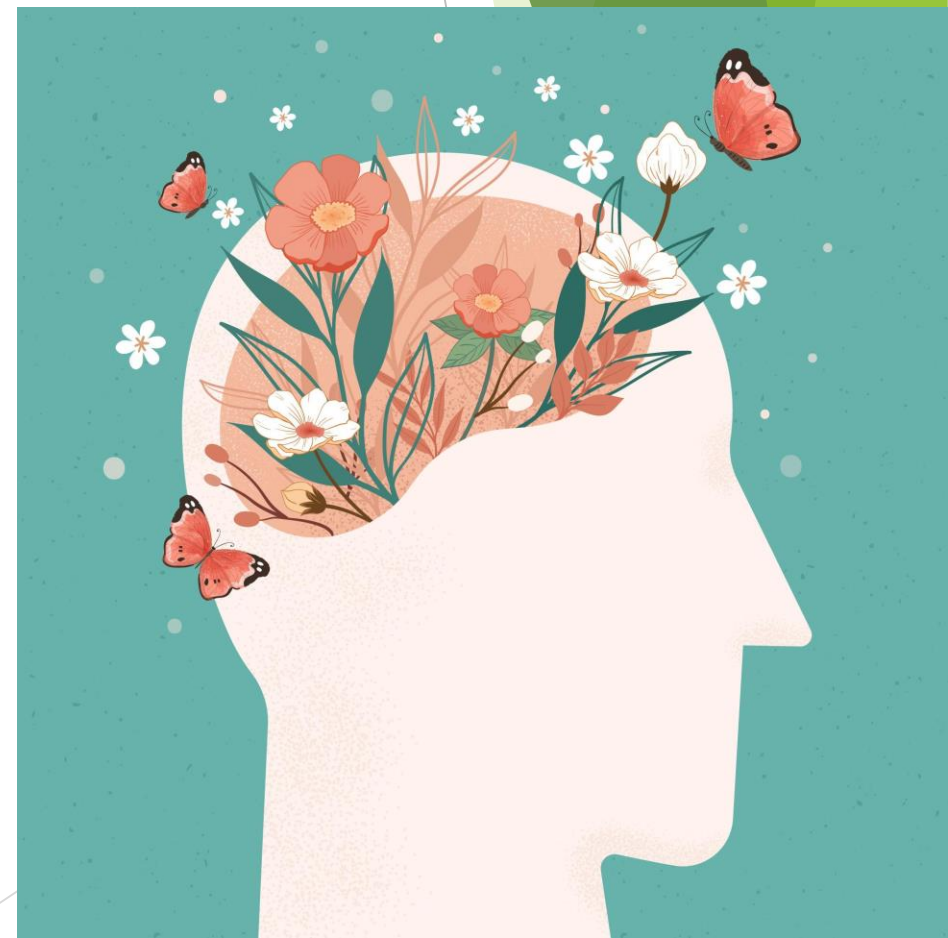
DOTT.SSA ELISA NOSELLA

[elisa.nosella@gmail.com](mailto:elisa.nosella@gmail.com)

# SALUTE MENTALE

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 e rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno».

(Merriam-Webster, 2007)



# 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 - la sofferenza si basa su soglie soggettive

# QUANDO SI PARLA DI PSICOPATOLOGIA?

- ▶ 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).

# DEFINIZIONI DI PSICOPATOLOGIA...

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. **Disabilità/Pervasività del danno**: interferenza con il normale funzionamento dell'individuo

# CRITERI Più FREQUENTI PER LA DIAGNOSI

**ATTENZIONE**

Nessun indicatore è sufficiente.

È la combinazione di questi a fornire un indice di gravità, insieme alla durata della condizione e alle risorse soggettive.

# SINTOMO



**Sintomo:** manifestazione di uno stato patologico, avvertita soggettivamente dal malato

- ▶ sentirsi agitato
- ▶ avere difficoltà ad addormentarsi
- ▶ sentirsi triste

...sono esempi di sintomi...

**I sintomi possono non essere direttamente osservabili da un esaminatore.**



# SEGNO

**Segno:** alterazione direttamente osservabile, che appare spontaneamente o può essere elicitato per mezzo dell'esame fisico o mentale, o può essere evidenziato con strumenti di laboratorio.

# ...RIASSUMENDO...

## Differenza

### Segno

- Obiettivo
- Basato sulla diagnosi del medico
- Oggettivabile all'esterno
  
- Esempi: manifestazioni fisiche, deliri, dichiarazioni suicidarie

### Sintomo

- Soggettivo
- Basato sul racconto del soggetto
- Percepito dai sensi del paziente
  
- Esempi: umore depresso, allucinazioni visive/uditive

# UTILITA' 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**

# PREVALENZA E INCIDENZA

**PREVALENZA:** misura la proporzione di "eventi" presenti in una popolazione in un dato momento. Per «evento» si intende un qualsiasi carattere ricercato; ad esempio: infezione, presenza di anticorpi, stato di gravidanza ecc...

Molto spesso l'evento che si ricerca è rappresentato dalla malattia o dall'infezione, e pertanto possiamo dire che **la prevalenza misura la proporzione di individui di una popolazione che, in un dato momento, presentano la malattia.**

Poiché il fattore «tempo» - a rigore - non è importante nel calcolo della prevalenza, questa misura è di tipo statico e quindi non è un «tasso»; si tratta invece di una «proporzione» (che assume un valore compreso fra 0 e 1).



# PREVALENZA E INCIDENZA

**INCIDENZA:** misura la proporzione di "nuovi eventi" che si verificano in una popolazione in un dato lasso di tempo. Anche in questo caso, per "evento" si può intendere la comparsa di un qualsiasi carattere. Tuttavia, quasi sempre l'incidenza si utilizza per misurare la comparsa di nuovi casi di *malattia*.

Per questo motivo, possiamo dire che l'incidenza rappresenta la proporzione di individui che *vengono colpiti dalla malattia in un determinato periodo di tempo*.

L'incidenza, è bene sottolinearlo, misura il numero di nuovi casi nel periodo di tempo e individua il rischio (cioè la probabilità) che ha un animale di contrarre la malattia in quel periodo di tempo.

Può essere vista come un modo per misurare la velocità di transizione dallo stato di salute (assenza di malattia) allo stato di malattia in una popolazione.

Rappresenta la variazione di una quantità (i nuovi ammalati) rispetto alla variazione di un'altra quantità (il tempo); essa quindi è una misura dinamica e costituisce un vero «tasso».



# PREVALENZA E INCIDENZA

**PREVALENZA = TUTTI (in un istante)**

**INCIDENZA = NUOVI (in un lasso di tempo)**

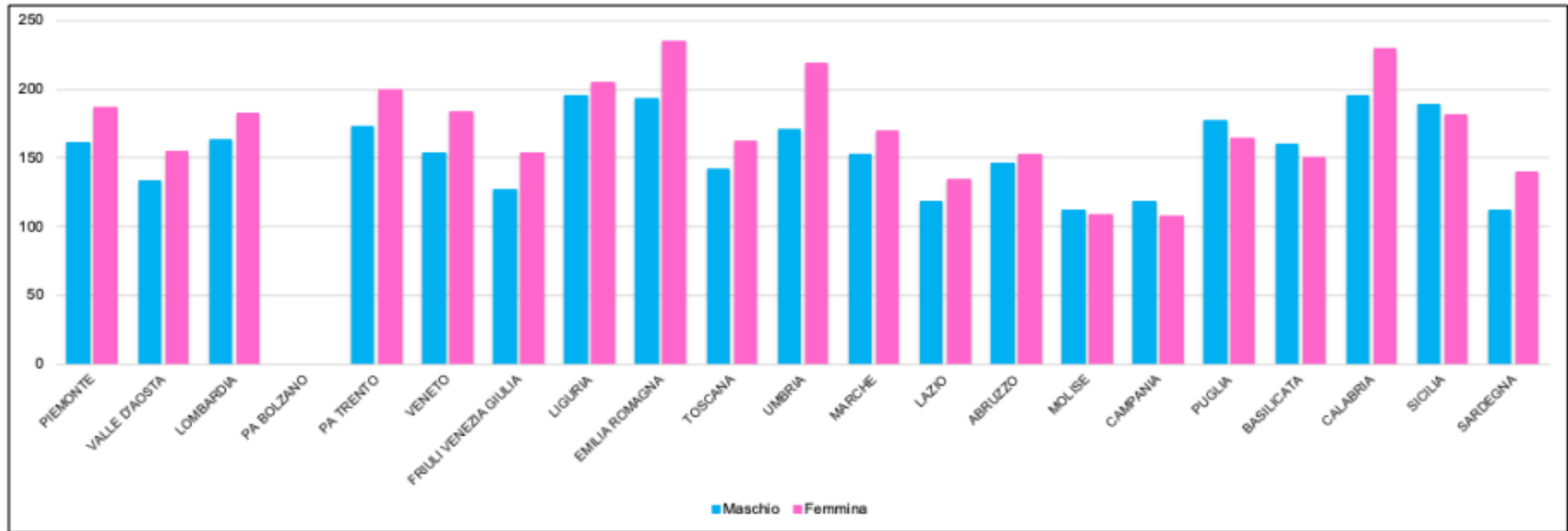
# PREVALENZA IN ITALIA (2019)

La prevalenza trattata in un determinato anno è data dal **numero di pazienti con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e le Strutture Private accreditate**. In questo contesto il riferimento è agli **utenti trattati nei servizi psichiatrici**. Gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2019 ammontano a **826.465 unità**.

Bisogna tenere conto del fatto che una quota di persone con disagio psichico non si rivolge ai servizi specialistici ma in parte viene trattata nella medicina di base o in ambito privato ed in parte rimane fuori dal sistema sanitario.

# PREVALENZA IN ITALIA (2019)

Figura 7.1.1 - Prevalenza degli utenti trattati – tassi standardizzati per 10.000 abitanti



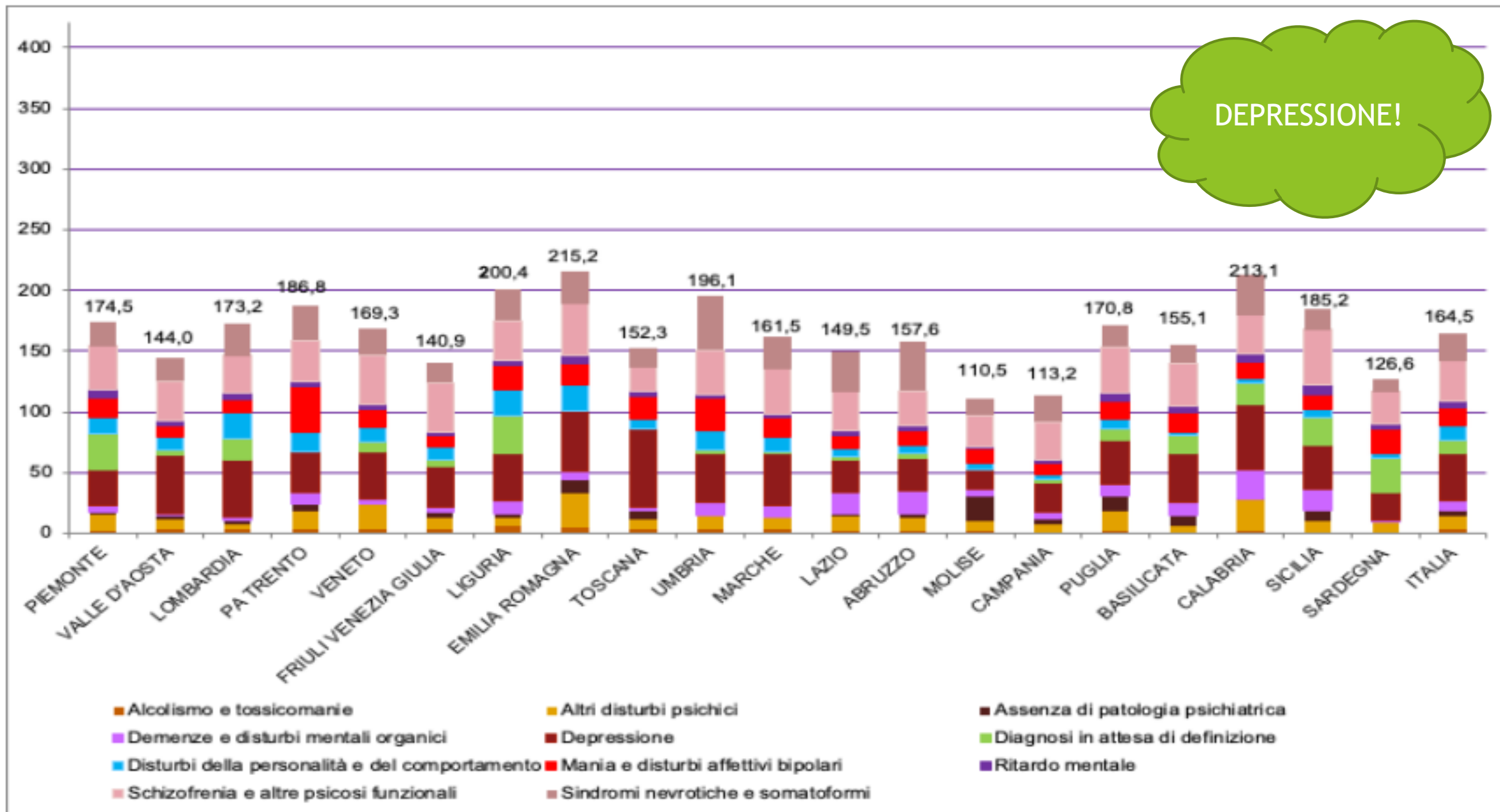
Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2019



# PREVALENZA IN ITALIA (2019)

Gli utenti sono di  **sesso femminile nel 54,3% dei casi**, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'**ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni** (68,7%). In entrambi i sessi risultano **meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni** mentre la più alta concentrazione si ha nelle classi 45-54 anni e 55-64 anni (45,8% in entrambi i sessi); le femmine presentano, rispetto ai maschi, una percentuale più elevata nella classe > 75 anni (7,3% nei maschi e 11,7% nelle femmine) (Tabella 7.1.2).

Figura 7.1.2 - Prevalenza degli utenti trattati per gruppo diagnostico – tassi per 10.000 abitanti

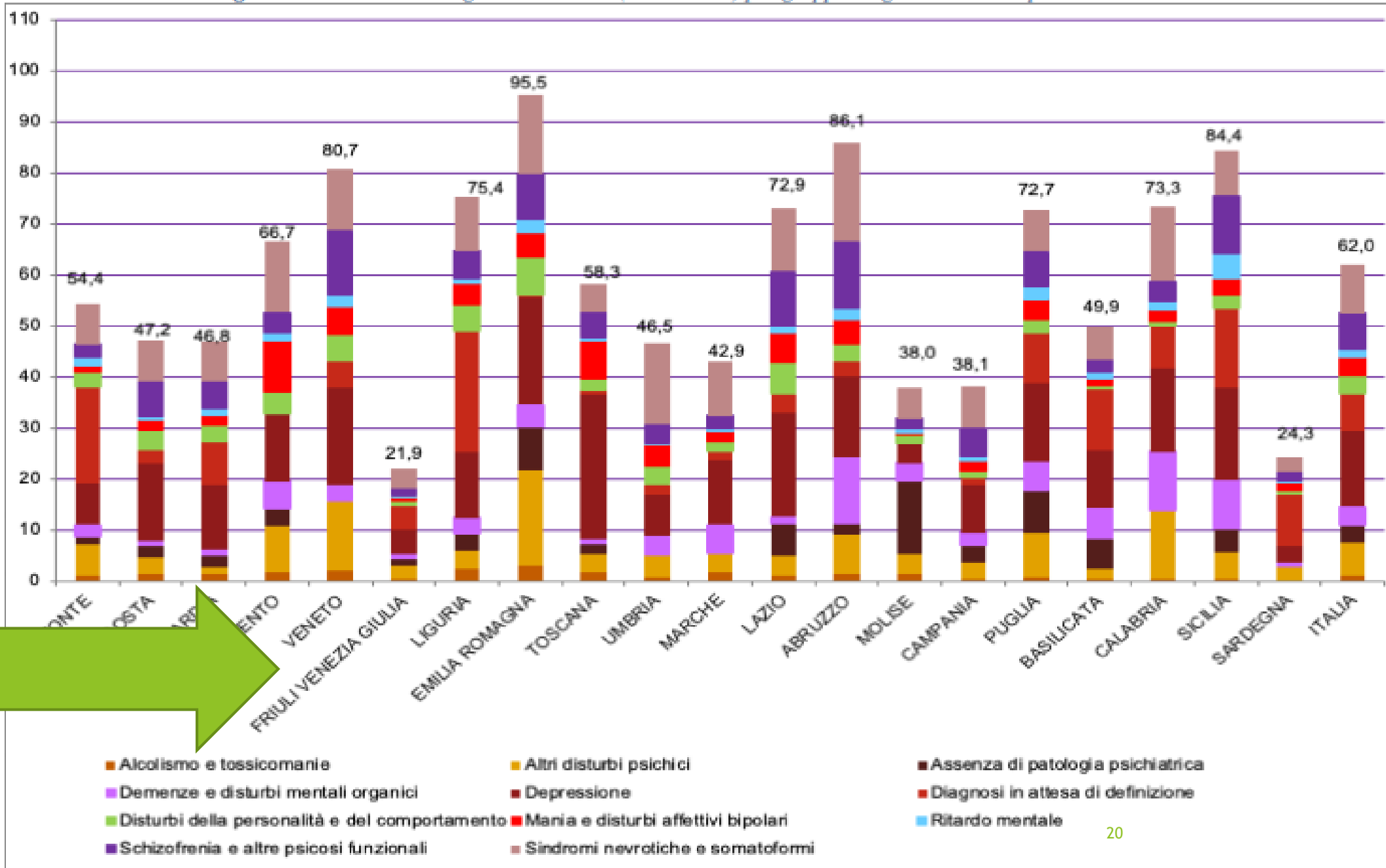


Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2019

# INCIDENZA IN ITALIA (2019)

Nel 2019 i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno (utenti al primo contatto) con i Dipartimenti di Salute Mentale ammontano a 314.120 unità di cui il 92,9% ha avuto un contatto con i servizi per la prima volta nella vita (first ever pari a 291.695 unità). La percentuale di nuovi utenti sul totale dei trattati è molto variabile territorialmente: si va dal 15,6% del Friuli Venezia Giulia al 57,7% del Lazio.

Figura 7.2.2 - Incidenza degli utenti trattati (nuovi utenti) per gruppo diagnostico – tassi per 10.000 abitanti



Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2019



# *Ministero della Salute*

- ▶ Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2019
- ▶ A cura di Ministero della Salute

# LEGISLAZIONE PSICHIATRICA IN ITALIA

# Legge 14 febbraio 1904, n. 36

## Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.

- ▶ Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.
- ▶ L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.
- ▶ Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni. esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo.



# Legge 431 del 1968, che prese il nome di Legge Mariotti

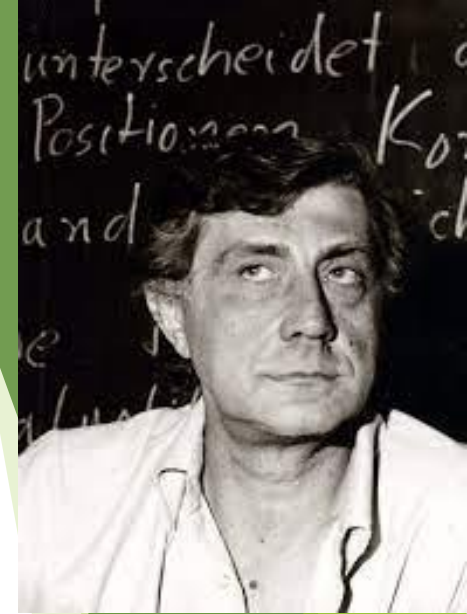
- ▶ consentiva il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza perdere i diritti civili, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati e accomunando l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale, naturalmente solo per quanto riguarda quei pazienti che avevano fatto richiesta di essere ricoverati ai sensi dell'articolo 4 di tale legge;
- ▶ introduceva i Centri di igiene mentale (CIM), quale embrione di servizio comunitario;
- ▶ finanziava l'ampliamento del budget per il personale medico e psicologico a spese dello Stato. In questo punto la norma introduceva l'elemento delle équipes mediche per ogni divisione psichiatrica. Una divisione doveva comprendere 125 posti letto. Le spese supplementari delle Province, che allora reggevano i manicomi, dovevano essere poste a carico dello Stato. Nei manicomi con 1.200 ricoverati (era allora una cifra normale) in cui preesistevano due équipes, una per le donne ed una per gli uomini, poterono essere assunti medici per almeno altre otto divisioni (un primario, un aiuto ed almeno un assistente per ciascuna divisione).

**Si cominciava così a curare e non più soltanto a custodire.**



# Legge 180 del 1978, nota anche come Legge Basaglia

- ▶ Chiusura dei manicomi → ha permesso di restituire dignità e valore ai malati reclusi.
- ▶ Dare dignità ai malati psichici → ha contribuito a riconoscerli come persone a tutti gli effetti. In quanto persone, il riconoscimento dei loro diritti è stata una conquista di civiltà.
- ▶ Centralità della persona → da strategie di tipo custodialistico a presa in carico della persona: ha comportato la valorizzazione di tutti gli aspetti ad essa legati, sia di tipo biologico che di tipo psicologico e sociale. Quest'ultimo aspetto in quell'epoca, risultava prevalente per le evidenti caratteristiche di esclusione e di emarginazione a cui erano sottoposti "i malati".



# Legge 180 del 1978, nota anche come Legge Basaglia

- ▶ Questo approccio ha comportato anche un grosso sforzo, nonché l'assunzione di una importante componente di rischio da parte dei professionisti che hanno contribuito a realizzare la chiusura dei manicomi. Essi hanno necessariamente messo in discussione il proprio sapere e il proprio modo di essere.
- ▶ «Sospensione del giudizio» → ha rappresentato una novità in campo professionale che ha richiesto un grande atto di umiltà ed ha determinato un modo nuovo di approcciarsi alla persona in quanto tale.
- ▶ Tutto ciò ha permesso la nascita del nuovo modello di presa in carico che si realizzava attraverso un incontro autentico tra paziente e terapeuta, in cui l'accoglienza, l'ascolto, il sentire l'altro, rappresentavano la premessa per una collaborazione attiva, ovvero un lavorare insieme per il cambiamento che avrebbe rappresentato l'avvio effettivo della riabilitazione psichiatrica.



Manicomio abbandonato  
«Materdomini» di Nocera  
Superiore



Manicomio abbandonato di Racconigi, Cuneo



Manicomio di  
Bergamo





Io ho detto  
che non so  
cosa sia la follia.  
Può essere tutto  
o niente. È una  
condizione  
umana.  
In noi  
la follia esiste  
ed è presente  
come lo è  
la ragione.

Conferenze brasiliane, 1979

# IL CONSENSO

I TRATTAMENTI E GLI ACCERTAMENTI SANITARI SONO BASATI SUL CONSENSO, che richiede un incontro basato sulla VOLONTA' E PARTECIPAZIONE ATTIVA da parte dell'individuo, tale da produrre un CONSENSO INFORMATO



decisione condivisa nell'ambito di un rapporto Medico- Paziente fondato sulla fiducia

# IL CONSENSO

I DISTURBI MENTALI POSSONO DETERMINARE ASSENZA DI CONSAPEVOLEZZA DI MALATTIA PER CUI IL SOGGETTO RIFIUTA INTERVENTI SANITARI NECESSARI E URGENTI



PROVVEDIMENTI OBBLIGATORI

- Rispetto della dignità dell'individuo
- Garanzia dei diritti

# TSO: TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Mezzo estremo atto a rendere effettivo il diritto alla salute di un individuo con grave patologia psichica di cui non è consapevole

## CONDIZIONI NECESSARIE PER ATTUARE UN TSO

- 1) ALTERAZIONI PSICHICHE GRAVI TALI DA RICHIEDERE INTERVENTI TERAPEUTICI URGENTI NON DIFFERIBILI
- 2) GLI INTERVENTI NON VENGONO ACCETTATI DAL SOGGETTO, IL DISTURBO è CORRELATO ALLA PATOLOGIA PSICHIATRICA
- 3) NON ESISTONO CONDIZIONI E/O CIRCOSTANZE IDONEE PER ATTUARE INTERVENTI UTILI IN AMBITO EXTRAOSPEDALIERO

# TSO: TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

## PROCEDURA:

- ▶ UN MEDICO VISITA IL PAZIENTE E PROPONE IL TSO QUALORA SUSSISTANO LE TRE CONDIZIONI DI LEGGE NECESSARIE
- ▶ UN SECONDO MEDICO VISITA IL PAZIENTE E REDIGE IL DOCUMENTO DI CONVALIDA DELLA PROPOSTA
- ▶ I documenti di proposta e convalida vengono recapitati tramite la POLIZIA MUNICIPALE al SINDACO che emette L'ORDINANZA DI TSO. Il TSO viene effettuato dalla Polizia Municipale e dal personale sanitario Il trasporto avviene tramite ambulanza fino all'ospedale dove avviene il Ricovero nei servizi psichiatrici



# TSO: TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

L'ordinanza di TSO deve essere notificata alla persona che conserva **TUTTI I DIRITTI**

NON È POSSIBILE OBBLIGARE UN SOGGETTO AD ESEGUIRE ESAMI DIAGNOSTICI O AD ASSUMERE TERAPIE PER PATOLOGIE DIVERSE DA QUELLE PSICHIATRICHE ( INTERNISTICHE-CHIRURGICHE)

# DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il 10% della popolazione generale si rivolge ai DSM nel corso della vita

## Strutture del DSM

1. Centri di salute Mentale (CSM)
2. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
3. Strutture Intermedie non residenziali → Day Hospital e Centro Diurno
4. Strutture Intermedie Residenziali → Centro residenziale terapeutico riabilitativo e Comunità protetta
5. Servizi di consulenza ospedaliera

# DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

# DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

Questo capitolo racchiude le seguenti macro-categorie diagnostiche:

- ▶ Disturbo schizotipico (di personalità)
- ▶ Disturbo delirante
- ▶ Disturbo psicotico breve
- ▶ Disturbo schizofreniforme
- ▶ Schizofrenia
- ▶ Disturbo schizoaffettivo
- ▶ Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci
- ▶ Catatonia

# DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

La categoria di disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici comprende quell'insieme di anomalie psicopatologiche registrate nei seguenti cinque ambiti:

- ▶ **Deliri:** convinzioni non modificabili anche alla luce di evidenze contrastanti il quale contenuto può comprendere un'ampia varietà di tematiche tra cui: persecuzione, convinzione di essere oggetto di aggressioni, molestie e/o danneggiamenti, che rientra tra le forme deliranti più comuni; riferimento, convinzione che stimoli ambientali, commenti, gesti siano rivolti a se stessi; grandezza, la credenza di avere eccezionali capacità, fama, potere; erotomanici, convinzione infondata di essere destinatario dell'amore di qualcuno; nichilistici, convinzione che si verifichi un evento catastrofico; somatici preoccupazioni riguardo la salute e il funzionamento degli organi.



# DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA



- ▶ **Allucinazioni:** esperienze percettive che si verificano senza che vi siano stimoli esterni, sono vivide e chiare e sfuggono al controllo volontario in quanto sono vissute e percepite come reali. Le più comuni sono quelle uditive che si presentano solitamente come voci, familiari e non, distinte dai propri pensieri.
- ▶ **Pensiero disorganizzato (eloquio):** si deduce dall'eloquio dell'individuo che può passare da un argomento all'altro mostrando un deragliament o allontanamento dei nessi associativi, e talvolta può risultare incomprensibile in quanto gravemente disorganizzato, le risposte alle domande possono essere completamente non correlate.

# DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA



- ▶ **Comportamento motorio grossolanamente disorganizzato e anormale:** tale comportamento può presentarsi in vari modi ed indica una marcata diminuzione della reattività all'ambiente. Altre manifestazioni sono i movimenti stereotipati ripetuti, sguardo fisso, mutismo ed ecolalia.
- ▶ **Sintomi negativi:** particolarmente significativi sono la diminuzione dell'espressione delle emozioni che comprende una riduzione delle espressioni facciali delle emozioni, del contatto visivo, dell'intonazione dell'eloquio e dei movimenti di mani, testa e volto, responsabili solitamente di una maggiore enfasi dell'eloquio. L' abulia si riferisce ad una riduzione nelle attività finalizzate volontarie spontanee, ed un esempio esemplificativo è quando un paziente resta seduto a lungo mostrando scarso interesse nei confronti di attività lavorative e/o sociali. Altri sintomi negativi riguardano l' alogia che implica una riduzione della produzione verbale, l' anedonia cioè la diminuzione della capacità di provare piacere da stimoli positivi, l' asocialità, mancanza di interesse nelle interazioni sociali.

# DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

## ▶ CATATONIA:

<https://www.youtube.com/watch?v=e2y2RDWoiFk>

<https://www.youtube.com/watch?v=iFrqxSWAvNU>

<https://www.youtube.com/watch?v=gYwGmWWxY48>

## ▶ SCHIZOFRENIA

<https://www.youtube.com/watch?v=PcMJ98sNZOk>



# FUNZIONI ESECUTIVE E SCHIZOFRENIA

- ▶ Primi anni del Novecento → studi di Kraepelin: nello schizofrenico compromissione dell'attenzione e della capacità di giudizio
- ▶ 2009 → studi di Bilder : deficit di attenzione, memoria, apprendimento + compromissione elettiva delle FE



Mancanza di flessibilità cognitiva, difficoltà di adattamento alla nuove e diverse situazioni ambientali, difficoltà di selezionare le informazioni rilevanti e di individuare le strategie più efficaci ed economiche per raggiungere gli obiettivi della vita quotidiana, difficoltà a monitorare il proprio comportamento in relazione ai feedback sociali <sup>41</sup>

# FUNZIONI ESECUTIVE E SCHIZOFRENIA



Compromissione della memoria di lavoro correlata ai sintomi negativi e al disturbo formale del pensiero, ma anche ai sintomi positivi



Difficoltà di tradurre l'esperienza in azione e di attribuire valore a differenti scelte e opzioni di comportamento correlata ai sintomi negativi, disorganizzazione e disturbo formale del pensiero

# DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

# DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Questo capitolo racchiude le seguenti macro-categorie diagnostiche:

- ▶ Disturbo bipolare I
- ▶ Disturbo bipolare II
- ▶ Disturbo ciclotimico
- ▶ Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci

# DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Il disturbo bipolare si caratterizza per la presenza di profondi e prolungati periodi di depressione alternati da periodi di umore eccessivamente elevato o irritabile chiamato mania.

Tendenzialmente le **fasi depressive** hanno una durata maggiore, mentre le **fasi maniacali** o ipomaniacali durano meno (da una settimana a poco più di un mese).



Il passaggio tra queste due fasi può essere relativamente lungo, consentendo al paziente un periodo di benessere (eutimia), oppure può essere repentino.

# DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Un **episodio maniacale** è caratterizzato da almeno 7 giorni di iperattività, aumentata autostima, ridotto bisogno di dormire, difficoltà a concentrarsi, umore espanso e in alcuni casi, sintomi psicotici.

Secondo il DSM-5 per definire un episodio maniacale sono necessari almeno tre dei seguenti sintomi:

- ▶ senso di grandiosità
- ▶ diminuito bisogno di dormire
- ▶ logorrea
- ▶ pensiero accelerato o fuga delle idee
- ▶ alta distraibilità
- ▶ sensibile aumento delle attività svolte quotidiane, a casa, al lavoro e aumento dei comportamenti sessuali
- ▶ eccesso di attività potenzialmente rischiose (spese folli, investimenti rischiosi, attività sessuali a rischio etc.)

# DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Alle fasi di mania sono alternate **fasi depressive** durante le quali i sintomi vissuti dal paziente sono sovrapponibili a quelli di una depressione maggiore. Le fasi depressive del disturbo bipolare possono manifestarsi attraverso questi sintomi:

- ▶ Sensazione di tristezza, di essere senza speranza
- ▶ Riduzione delle attività quotidiane
- ▶ Difficoltà nel sonno (dormire o troppo o troppo poco)
- ▶ Perdita di piacere e interesse verso il mondo esterno
- ▶ Sensazione di vuoto o preoccupazione
- ▶ Difficoltà a concentrarsi
- ▶ Mangiare troppo o troppo poco
- ▶ Sentirsi stanchi o rallentati

# DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Entrambe le fasi possono essere molto pericolose, nelle *fasi depressive* il pericolo maggiore si associa ai comportamenti suicidari. Nelle *fasi maniacali*, dove il tono dell'umore porta spesso al rifiuto delle terapie, il paziente **bipolare** può mettere in atto comportamenti rischiosi (ad es. andare forte in auto, abusare di sostanze, avere comportamenti sessuali disinibiti), a mettere in pericolo la propria condizione economica (ad es. spese eccessive). Spesso inoltre il paziente in eccitamento maniacale non riconosce il bisogno di cure e può interrompere la terapia farmacologica, favorendo così una più repentina alterazione dell'umore.





# FUNZIONI ESECUTIVE E DISTURBO BIPOLARE

- ▶ Deficit d'attenzione, d'inibizione della risposta, delle funzioni esecutive, dell'apprendimento, della velocità d'elaborazione delle informazioni e della memoria di lavoro, verbale e visiva sono stati documentati sia in bambini che in adulti affetti da DB. Tali disfunzioni sono state osservate, sia pure in gradi diversi, anche in pazienti in fase di eutimia.
- ▶ La maggior parte dei lavori presenti in letteratura evidenzia deficit cognitivi significativamente più marcati in persone affette da un **DB di tipo I**, in particolare in compiti d'apprendimento, o implicanti memoria o funzioni esecutive.
- ▶ Uno degli ostacoli principali che la ricerca di quest'ambito ha sempre avuto difficoltà ad aggirare è stato rappresentato dall'assunzione di terapie farmacologiche. Numerose evidenze hanno infatti costantemente indicato che dosi elevate di alcuni stabilizzatori dell'umore o di alcuni antipsicotici di vecchia generazione possano esacerbare la compromissione cognitiva, sia in età adulta che in età evolutiva.

# DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

<https://www.youtube.com/watch?v=RCkryJg2dFo>

[https://www.youtube.com/watch?v=snu4BeyuV\\_w](https://www.youtube.com/watch?v=snu4BeyuV_w)

# DISTURBI DEPRESSIVI

# DISTURBI DEPRESSIVI

Questo capitolo racchiude le seguenti macro-categorie diagnostiche:

- ▶ Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- ▶ Disturbo depressivo maggiore
- ▶ Disturbo depressivo persistente (distimia)
- ▶ Disturbo disforico premenstruale
- ▶ Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci

# DISTURBI DEPRESSIVI

- ▶ Quando si parla di un disturbo depressivo è importante sottolineare come **non tutte le modificazioni del tono dell'umore sono da considerarsi patologiche**. A tutti capita di provare, in alcuni momenti della propria vita, sentimenti come tristezza, sconforto, pessimismo. Essere tristi è normale e fa parte della vita. Ma in un soggetto sano queste sensazioni hanno breve durata.
- ▶ **Si parla di depressione quando il disturbo dell'umore è pervasivo e influenza significativamente il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del soggetto**. Riconoscere un disturbo depressivo in fase iniziale è importante in quanto, più rapida è la diagnosi, migliore è la prognosi.



# DISTURBI DEPRESSIVI

Un **episodio depressivo maggiore** è caratterizzato dalla presenza - durante e per almeno un periodo di due settimane - di almeno cinque dei seguenti sintomi:

- ▶ umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come riportato dall'individuo o come osservato dagli altri);
- ▶ marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni;
- ▶ significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito;
- ▶ insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni;
- ▶ agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni;
- ▶ faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni;
- ▶ sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, quasi tutti i giorni;
- ▶ ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni;
- ▶ pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o un piano specifico per commettere suicidio

# DISTURBI DEPRESSIVI: EPIDEMIOLOGIA

- ▶ **Prevalenza:** prevalenza mondiale variabile dal 5% al 25%: nella popolazione italiana tali valori sono del 5,2%
- ▶ **Distribuzione per Sesso:** E' più diffuso nel sesso femminile con un rapporto tra i sessi di 2 a 1
- ▶ **Età di esordio:** Pur potendo esordire a qualunque età, dall'infanzia alla senilità, l'età di massimo rischio si colloca tra i 25 e i 40 anni.
- ▶ **Età di esordio:** Il risultato di studi sulla componente genetica indica che il rischio ad ammalare è 3-4 volte aumentato nei nuclei familiari in cui sono presenti soggetti con disturbi dell'umore rispetto al rischio presente nella popolazione generale.

# La depressione è uno dei più importanti fattori di rischio per il suicidio

- ▶ 15% dei depressi muore suicidandosi
- ▶ 45% dei suicidi era in trattamento antidepressivo al momento del suicidio
- ▶ 66% aveva avuto un contatto con uno psichiatra nei tre mesi precedenti
- ▶ Solo nel 29% dei casi i pensieri suicidari erano stati comunicati durante l'ultima visita
- ▶ Solo il 3% dei suicidi aveva avuto terapia in dosi adeguate
- ▶ 7% faceva psicoterapia



# FUNZIONI ESECUTIVE E DEPRESSIONE

- ▶ Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi
- ▶ Indecisione
- ▶ Le alterazioni cognitive maggiormente presenti nella patologia depressiva riguardano le funzioni esecutive → il problem solving, l'attenzione e la memoria a breve termine e di lavoro
- ▶ Particolarmente compromessa è la set-shifting task

# ESERCITAZIONE

# BIBLIOGRAFIA

- ▶ Slide «**lezione 5**»
- ▶ Cantagallo, A., Spitoni, G., Antonucci, G. (2015) Le funzioni esecutive. Valutazione e riabilitazione. Carocci editore. → **capitolo 5**