



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione

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

DOTT.SSA ELISA NOSELLA
ELISA.NOSELLA@GMAIL.COM

LEZIONE 5



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
- ▶ Allucinazioni
- ▶ Pensiero (eloquio) disorganizzato
- ▶ Comportamento motorio grossolanamente disorganizzato e anormale
- ▶ Sintomi negativi

DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

- ▶ **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 a 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.



DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

- ▶ **Pensiero disorganizzato (eloquio):** si deduce dall'eloquio dell'individuo che può passare da un argomento all'altro mostrando un deragliamento o allontanamento dei nessi associativi, e talvolta può risultare incomprensibile in quanto gravemente disorganizzato, le risposte alle domande possono essere completamente non correlate.
- ▶ **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.

DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

- ▶ **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=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 alle 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

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 BIPOLOARE



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.

FUNZIONI ESECUTIVE E DISTURBO BIPOLOARE

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



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 premestruale
- ▶ 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.



DISTURBI DEPRESSIVI

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

- ▶ **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.
- ▶ 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



DISTURBI D'ANSIA

DISTURBI D'ANSIA

Questo capitolo racchiude le seguenti macro-categorie diagnostiche:

- ▶ Disturbo d'ansia di separazione
- ▶ Mutismo selettivo
- ▶ Fobia specifica
- ▶ Disturbo d'ansia sociale
- ▶ Disturbo di panico
- ▶ Agorafobia
- ▶ Disturbo d'ansia generalizzata
- ▶ Disturbo d'ansia indotta da sostanze/farmaci

ANSIA

«Anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnato da sentimenti di disforia o da sentimenti fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno» (APA, 1995)



ANSIA

L'ansia coinvolge:

- ▶ Sensazioni soggettive (per es., preoccupazione e spavento)
- ▶ Risposte cognitive: mancata performance
- ▶ Risposte fisiologiche (per es., sudorazione, tachicardia, mal di stomaco)
- ▶ Risposte comportamentali (per es., evitamento e fuga)



ANSIA



ANSIA DI
STATO



ANSIA DI
TRATTO

Ansia di stato: è stato-dipendente

Ansia di tratto: stabile → sviluppo disturbo ansioso

PSICOFARMACOLOGIA PER L'ANSIA

Ansiolitici (es. benzodiazepine) sono STATO-DIPENDENTI (emivita breve) → questo NON significa che il paziente È GUARITO



PSICOFARMACOLOGIA PER L'ANSIA

Antidepressivi (es. SSRI: inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) → farmaci di prima scelta per i disturbi d'ansia e depressivi



FOBIA SPECIFICA

PAURA: è un fenomeno adattivo e normale atto a proteggere l'individuo da situazioni pericolose

Nei b/i ha funzione evolutiva di protezione dell'individuo e della specie: senza tale meccanismo il b/o non imparerebbe a tenersi lontano dai numerosi pericoli e ad evitarli

FOBIA SPECIFICA

Quando si parla di **PAURA** si fa riferimento ad uno stato **TRANSITORIO** dell'individuo di fronte a situazioni – stimolo specifiche e definite



FOBIA SPECIFICA

- ▶ Paura estrema, persistente e irragionevole
- ▶ Stimolata all'apparire di uno specifico oggetto o situazione

Specifici oggetti comprendono:

Animali (ragni, serpenti)

Ambienti naturali (altezze, acqua, temporali)

Sangue, iniezioni, ferite (possono provocare gravi risposte vaso- vagali con svenimento)

Situazioni specifiche: guidare, volare, gallerie, ponti, spazi chiusi



LA FOBIA

Ha caratteristiche peculiari:

- ▶ È sproporzionata rispetto alla realtà della situazione
- ▶ Non è intaccata da spiegazioni razionali
- ▶ Trascende la capacità di controllo volontario del soggetto
- ▶ Conduce all'evitamento sistematico della situazione - stimolo

LA FOBIA

...ancora...

- ▶ Permane per un diverso periodo di tempo
- ▶ Comporta un certo grado di disadattamento per l'individuo
- ▶ L'individuo riconosce che la paura è irragionevole e che non è dovuta ad effettiva pericolosità dell'oggetto

TEORIA DELLA TRASMISSIONE SOCIALE DELLE FOBIE

Alcune ricerche sulle fobie infantili evidenziano che:

- ▶ Le madri di bambini fobici sono più ansiose e fobiche rispetto a un gruppo di controllo
- ▶ Esiste una corrispondenza tra il contenuto delle paure dei bambini e quello delle madri
- ▶ I bambini rispondono meglio ad un trattamento se le loro madri sono state decondizionate

IL CASO DEL PICCOLO ALBERT

STIMOLO NEUTRO

+

RUMORE VIOLENTO

=

**FOBIA (C'È ASSOCIAZIONE
ACCIDENTALE, NO NESSO SIMBOLICO)**

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

NUc8UuGwHU



DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

- ▶ Estrema, persistente paura delle situazioni sociali
- ▶ Paura dell'umiliazione o dell'imbarazzo
- ▶ L'esposizione provoca estrema ansia
- ▶ La paura è riconosciuta come eccessiva e irragionevole
- ▶ Evitamento delle situazioni
- ▶ Ansia anticipatoria



DISTURBO DI PANICO

L'**attacco di panico** è caratterizzato dall'insorgenza improvvisa di intensa paura o disagio e da almeno quattro dei seguenti sintomi psicofisici:

- ▶ dolore o malessere a livello toracico
- ▶ senso di soffocamento
- ▶ vertigini, tendenza all'instabilità o allo svenimento
- ▶ paura di morire
- ▶ paura di impazzire o di perdere il controllo
- ▶ sensazioni di irrealtà, estraniamento o distacco dalla realtà circostante
- ▶ vampate di calore o brividi
- ▶ nausea, mal di stomaco o diarrea
- ▶ intorpidimento o sensazioni di formicolio
- ▶ palpitazioni o battito cardiaco accelerato
- ▶ respiro affannoso o sensazione di soffocamento
- ▶ sudorazione
- ▶ Tremore o fascicolazione

DISTURBO DI PANICO

Il **disturbo di panico** viene diagnosticato quando il soggetto manifesta attacchi di panico imprevisti, non provocati e almeno uno degli aspetti seguenti per almeno un mese:

- ▶ timore persistente di avere altri attacchi di panico o timore delle conseguenze dell'attacco (ad esempio timore di perdere il controllo o di impazzire)
- ▶ modifiche nel comportamento a causa degli attacchi di panico (ad esempio si evitano situazioni che potrebbero causare un attacco).



DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

Il disturbo d'ansia generalizzata è un disturbo psichiatrico molto diffuso. Studi epidemiologici negli Stati Uniti hanno stimato la prevalenza del GAD nell'arco della vita del 9% (APA, 2013).

Rispetto ad altri **disturbi d'ansia**, come ad esempio **la fobia sociale o il disturbo da attacchi di panico**, che sono spesso riconducibili a preoccupazioni specifiche e circoscritte, nel **GAD** le **preoccupazioni** non riguardano un tema specifico ma sono **estese ai diversi ambiti della vita** del paziente. Sono appunto “generalizzati”.

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

Stato d'ansia persistente che si caratterizza per un'attesa apprensiva, eccessiva ed irrealistica con marcate preoccupazioni per svariate circostanze esistenziali ed anticipazione pessimistica di eventi negativi



ANSIA E FUNZIONI COGNITIVE

- ▶ la memoria
- ▶ la concentrazione
- ▶ il ragionamento
- ▶ l'attenzione
- ▶ il linguaggio
- ▶ le **funzioni esecutive**...secondo voi, quali?

ESERCITAZIONE: IL CASO DI SONIA

Sonia è una donna di 40 anni in cura presso un CSM.

Vive con i suoi genitori perché non completamente autosufficiente: ha una lavoro part-time presso un panificio, dove è stata attivata una borsa lavoro che la vede occupata 5 ore a settimana.

Dal lunedì al giovedì frequenta il CSM, dove vengono organizzate attività di varia natura alle quali lei presenza con un grado di partecipazione minimo.

È solita utilizzare la bicicletta per gli spostamenti, quindi nei giorni di pioggia spesso resta a casa sia dal lavoro che dal CSM.

Sonia porta agli educatori del CSM il desiderio di superare il “problema pioggia”, che percepisce come limitante e invalidante.

- ▶ Quali sono le risorse disponibili? Di quali informazioni avreste bisogno per stilare un progetto ad hoc per Sonia? Come aiutare Sonia nel raggiungimento del suo obiettivo?

BIBLIOGRAFIA

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