

PSICOLOGIA CLINICA

Università degli Studi di Bari - Scuola di Medicina

Corso di Laurea in infermieristica

Corso integrato: Scienze Umane

1° anno – 2° semestre

A.A. 2020-21

Sede di Lecce

TERZA PARTE



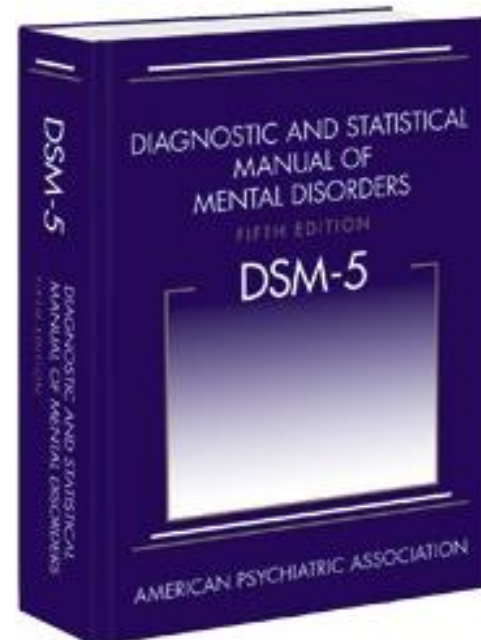
Docente: Pietro DURANTE

Dipartimento Salute Mentale A.S.L. LECCE

Responsabile C.S.M. Maglie

Classificazione dei Disturbi Mentali

- Classificazione categoriale
 - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (APA)
 - International Classification of Disease (OMS)
- Aspetti di base
- Utilità e limitazioni



Disturbi presenti nel DSM V

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Disturbi del Neurosviluppo• Spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici• Disturbi Bipolari e disturbi correlati• Disturbi Depressivi• Disturbi d'ansia• Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati• Disturbi correlati a trauma e stressors• Disturbi dissociativi• Sintomi somatici e disturbi correlati• Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione• Disturbi dell'eliminazione• Disturbi del ritmo sonno-veglia | <ul style="list-style-type: none">• Disfunzioni sessuali• Disforia di genere• Disturbi distruttivi, del controllo degli impulsi e della condotta• Disturbi correlati alle sostanze e alle dipendenze• Disturbi neurocognitivi• Disturbi di personalità• Parafilie• Altri disturbi mentali• Disturbi del movimento indotti da farmaci e altri effetti avversi ai farmaci• Altre condizioni che possono meritare attenzione clinica |
|--|--|

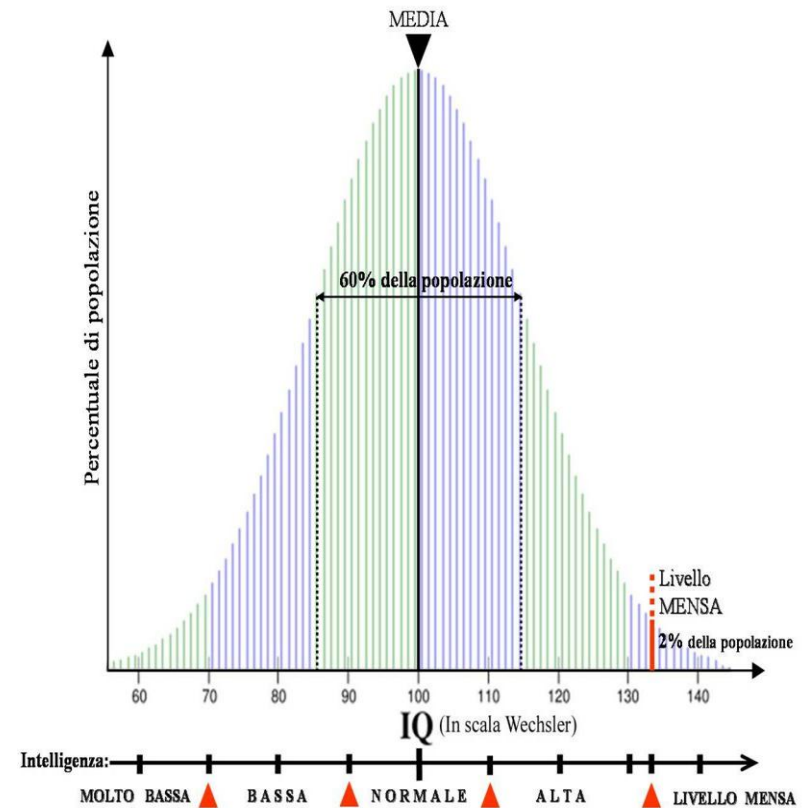
Disturbi del neurosviluppo

Appaiono nelle prime fasi del periodo evolutivo, in genere prima che il bambino inizi la scuola. I deficit che ne derivano causano difficoltà nel funzionamento personale, sociale e scolastico.

1. Disabilità intellettive
2. Disturbi della comunicazione
3. Disturbi dello spettro autistico
4. Disturbo da deficit di attenzione /iperattività
5. Disturbo specifico dell'apprendimento
6. Disturbi del movimento

Disturbo dello sviluppo intellettuale

- Il ritardo mentale è una **disabilità** caratterizzata da limitazioni significative, sia nel **funzionamento intellettuale** che nel **comportamento adattivo**, che si manifestano nelle **abilità adattive concettuali, sociali e pratiche**. Tale disabilità insorge **prima dei 18 anni**.



DSM V - Disabilità intellettiva

- **CRITERIO A : Deficit delle funzioni intellettive come:** ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico, apprendimento dall'esperienza. **Confermati sia dalla valutazione clinica che dai test di intelligenza**
- **CRITERIO B: Deficit del funzionamento adattivo** con mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. **Senza un supporto costante** limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma , in molteplici ambienti.
- **CRITERIO C: esordio durante il periodo dello sviluppo** (presenza di deficit intellettivi ed adattivi durante l'infanzia o l'adolescenza)

Grado specifico di DI e codici

DSM 5 (ICD-10)

- 317 (F70) Lieve *QI 50-69 ?*
- 318.0 (F71) Moderato *QI 35-49 ?*
- 318.1 (F72) Grave *QI 20-34 ?*
- 318.2 (F73) Estremo *QI <20 ?*

PREVALENZA

1% Nella popolazione generale

6 su 1000 per i livelli gravi

Schizofrenia

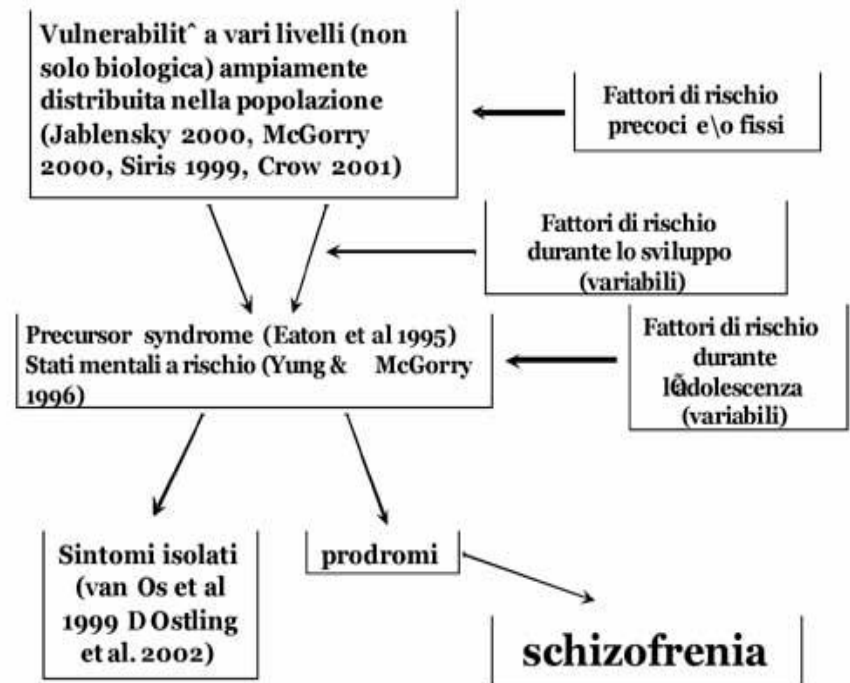
*Patologia cronica, processuale dalle globali
caratteristiche di progressione di un deficit funzionale*



Emil Kraepelin: Demenza precoce

Le ipotesi attuali sulla Schizofrenia

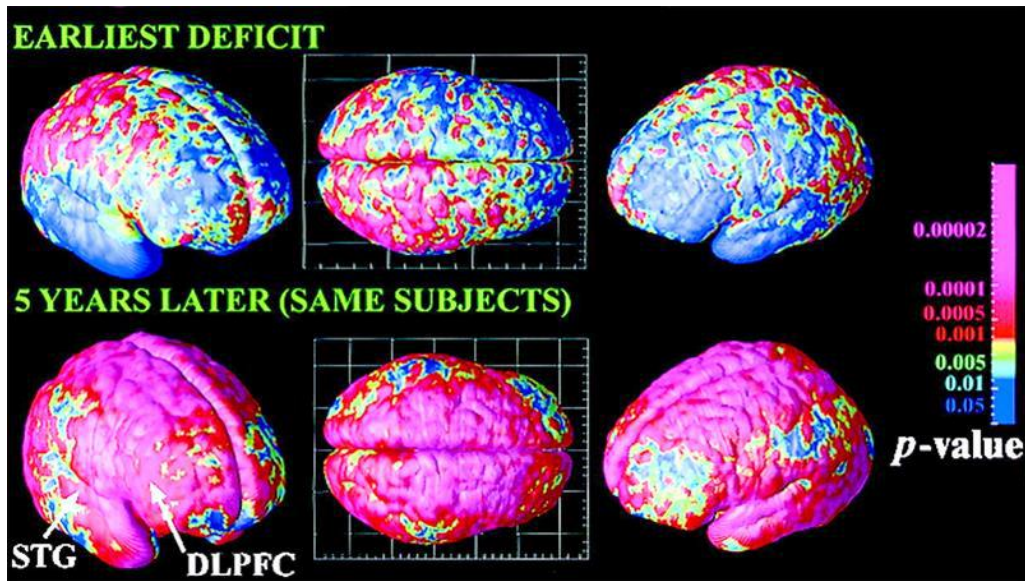
- La schizofrenia è in realtà un **disturbo del neurosviluppo a carattere degenerativo**, ad insorgenza dalla nascita (Nasrallah, 2011), e con manifestazioni cliniche molto diverse
- L'insorgenza è dovuta ad una *suscettibilità genetica multipla*
- L'evoluzione e le differenti manifestazioni del disturbo sono influenzate da fattori ambientali di rischio e protettivi, che agiscono anche con meccanismi epigenetici (Van Os, 2010)



Schizofrenia

- Il disturbo si esprime primariamente nell'ambito motorio, sensoriale, affettivo e cognitivo, con alterazioni specifiche e riconoscibili (quali l'adinamia e la goffaggine motoria, il deficit della working memory e della consonanza emozionale, la disorganizzazione, ecc.)
- La psicosi costituisce un esito aspecifico tardivo e non obbligato
- Sintomi di base e prodromi sarebbero **già espressione del disturbo schizofrenico che può evolvere o meno a psicosi.**

Deficit precoci e tardivi di materia grigia nella schizofrenia



Thompson, Rapoport et al. (2001) Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 98, 11650-11655

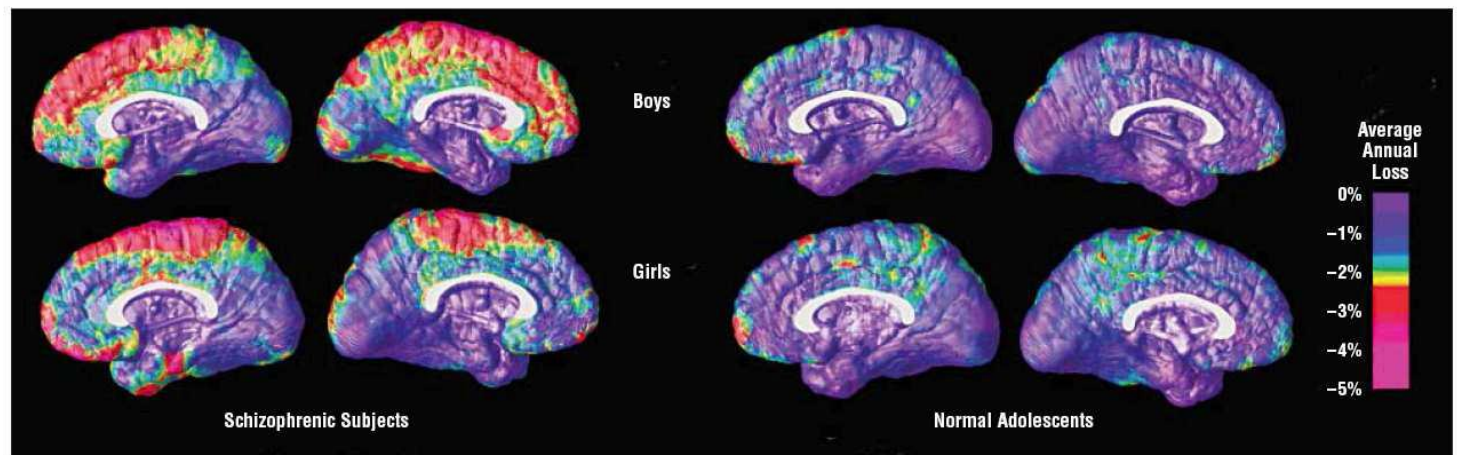


Figure 4. Dynamic changes of gray matter loss in boys and girls in both groups of schizophrenic subjects and normal adolescents. These maps show similar patterns of deficits for both sexes in both groups of subjects.

Fattori ambientali di rischio per la Schizofrenia

Pre/perinatali

- Traumi da parto
- Malattie virali della madre

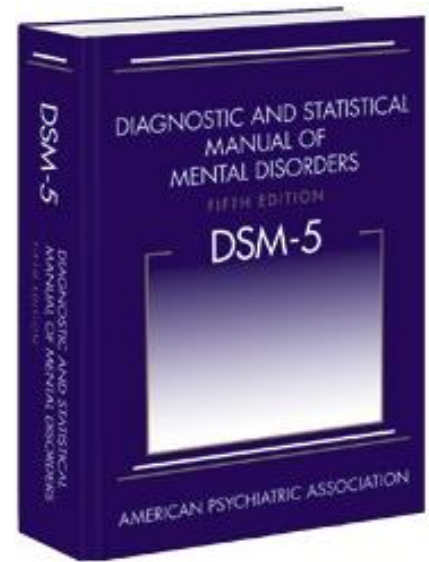
Postnatali e puberali (Van Os, 2010)

- Traumi psichici (deficit di accudimento, neglect)
- **Uso di sostanze psicoattive**
- Appartenenza ad una minoranza etnica
- Sovraffollamento urbano

SCHIZOFRENIA

DSM V criteri diagnostici

- A. Sintomi Caratteristici (almeno due per almeno 1 mese)
 - 1) Deliri
 - 2) Allucinazioni (voci commentanti o dialoganti)
 - 3) Linguaggio disorganizzato (deragliamenti e incoerenza)
 - 4) Comportamento catatonico o gross. disorganizzato
 - 5) Sintomi negativi (appiattimento affettivo, alogia etc.)
- B. Alterato Funzionamento Sociale od Occupazionale.
- C. Durata superiore ai 6 mesi.
- D. Esclusione Disturbo dell'Umore o Schizoaffettivo.
- E. Esclusione di altra Patologia Medica/ Uso di Sostanze.
- F. Relazione con Dist. Pervasivo dello Sviluppo (deliri o allucinazioni preminenti per almeno un mese)



Deliri

Idea **falsa** ed **immodificabile** caratterizzata da salda **convinzione e certezza soggettiva, non modificabile dalla critica**. Il contenuto può comprendere una varietà di temi:

- **Persecuzione**: convinzione di poter essere oggetto di aggressioni, danneggiamenti, molestie. Sono i più comuni
- **Riferimento**: convinzione che certi gesti, commenti, stimoli ambientali sono diretti a se stessi. Comuni
- **Grandezza**: convinzione di avere eccezionali capacità, ricchezza, fama
- **Erotomanici**: credenza erronea di essere oggetto dell'amore di un'altra persona
- **Nichilistici**: convinzione che il mondo e ogni cosa correlata ad esso ha cessato di esistere
- **Somatici**: preoccupazioni che riguardano la salute o il funzionamento degli organi
- **Paranoidei**: perdita di controllo sulla mente e sul corpo (Furto del pensiero, Inserzione del pensiero, Controllo)

Allucinazioni

- **False percezione sensoriali** non associate a stimoli esterni reali.
- Vivide, chiare come delle percezioni
- Non sotto controllo volontario
- Possono presentarsi in qualsiasi modalità sensoriale, ma le allucinazioni uditive sono le più comuni nella schizofrenia e nei disturbi correlati
- Le allucinazioni uditive si presentano solitamente come voci, familiari o non familiari, percepite come distinte dai propri pensieri

Pensiero disorganizzato (eloquio)

- Il pensiero disorganizzato (disturbo formale del pensiero) è tipicamente dedotto dall'eloquio
- Alcune delle alterazioni più comuni della forma del pensiero sono:
 - Deragliamento o allentamento dei nessi associativi: alterazione della progressione logica dei pensieri, si manifesta come incapacità di comunicare in modo adeguato verbalmente; idee non correlate o non connesse che passano da un argomento all'altro
 - Tangenzialità: maniera obliqua, digressiva o irrilevante di parlare, in cui l'idea centrale non viene comunicata
 - Incoerenza: comunicazione sconnessa, disorganizzata o incomprensibile, fino a ->
 - Insalata di parole: miscuglio incoerente ed essenzialmente incomprensibile di parole e frasi, che si osserva comunemente nei casi molto avanzati di schizofrenia

Sintomi negativi

- I principali sono:
 - Appiattimento dell'affettività: grave riduzione dell'espressione di emozioni e sentimenti (espressioni facciali, contatto visivo, prosodia)
 - Abulia: ridotto impulso ad agire e pensare, mancanza di volontà
 - Apatia: tono emozionale appiattito associato a distacco o indifferenza
 - Anedonia: diminuzione della capacità di provare piacere da stimoli positivi, perdita di interesse in attività piacevoli
 - Alogia: diminuzione della produzione verbale
 - Asocialità: apparente mancanza di interesse nelle relazioni sociali

Tipi di Schizofrenia

- Paranoide
- Disorganizzato
- Catatonico
- Indifferenziato
- Residuo

Epidemiologia

- Incidenza e prevalenza
 - Nel mondo ogni anno circa 2 mln di nuovi casi
 - Prevalenza lifetime 1-1,5% circa
- Sex Ratio M:F=1:1
- Condizioni socioeconomiche
 - Maggiore prevalenza in gruppi socioeconomici inferiori
 - Uguale incidenza nelle diverse classi socioeconomiche
 - Teoria della deriva verso il basso
- Età di esordio
 - Comune tra i 15 e i 35 anni
 - 50% casi al di sotto dei 25 aa
 - Raramente esordio prima dei 10 o dopo i 40 aa
 - Esordio più precoce nei maschi che nelle femmine
- Stagionalità: incidenza maggiore nei nati in tardo inverno/inizio primavera

Esordio della schizofrenia

- **Personalità premorbosa.**
 - 50%: non si riscontrano tratti di personalità, carattere o comportamento patologici.
 - 25%: tratti generici ed aspecifici, come "eccessiva sensibilità emotiva", "instabilità", "difficoltà a stare con gli altri."
 - 25%: personalità schizoide o schizotipica.
- **Prodromi**
 - Ritiro e isolamento sociale.
 - Riduzione della capacità di comportamento finalizzato.
 - Modificazioni del pensiero.
 - Comportamento con impulsività, stranezza e bizzarria,
 - Ansia, perplessità, preoccupazioni somatiche, depersonalizzazione.

Psicosi acuta e schizofrenia

- L'episodio psicotico acuto può essere il quadro d'esordio della schizofrenia o comparire tardivamente e subdolamente dopo una lunga fase di disadattamento
- L'episodio psicotico acuto si osserva in numerose altre patologie psichiatriche:
 - Disturbi bipolari
 - Bouffées deliranti
 - Uso di sostanze
 - Delirium

Consapevolezza di malattia

- Spesso vi è scarsa consapevolezza di malattia
 - Evidente e grossolana nelle fasi deliranti
 - Subdola nelle fasi di compenso e riconducibile ai deficit cognitivi perduranti
- Vari livelli di inconsapevolezza, dal rifiuto ostile alla disattenzione verso le cure
- Effetto demoralizzante e stigmatizzante della diagnosi di schizofrenia
- Interventi: psicoterapia, psicoeducazione, alleanza terapeutica, lotta allo stigma

Disturbo Psicotico Breve

(PSICOSI REATTIVA)

Poco comune, più frequente in soggetti giovani, di bassa estrazione socio-culturale e con preesistenti disturbi della personalità.

A. Possono presentarsi (necessario per la diagnosi uno 1-3):

1. Deliri
2. Allucinazioni
3. Eloquio disorganizzato (deragliamenti, incoerenza)
4. Comportamento disorganizzato o catatonico

B. Durata di almeno 1 giorno ma inferiore a 1 mese, con successivo ritorno al livello di funzionamento premorbo

C. Non dovuto ad altre condizioni psichiche o mediche, né all'utilizzo di sostanze

Disturbo Delirante

- A. Idee deliranti presenti per almeno 1 mese
 - Di persecuzione, di gelosia
- B. Non raggiunto il criterio A per la schizofrenia
- C. Funzionamento integro, salvo le aree coinvolte nel delirio
- D. Se presenti episodi depressivi o maniacali, essi debbono essere relativamente brevi rispetto alla durata del delirio
- E. Il disturbo non è attribuibile a effetti di sostanze, condizioni mediche e non è meglio spiegato da altri disturbi mentali (es. dismorfismo corporeo)

DISTURBI DELL'UMORE

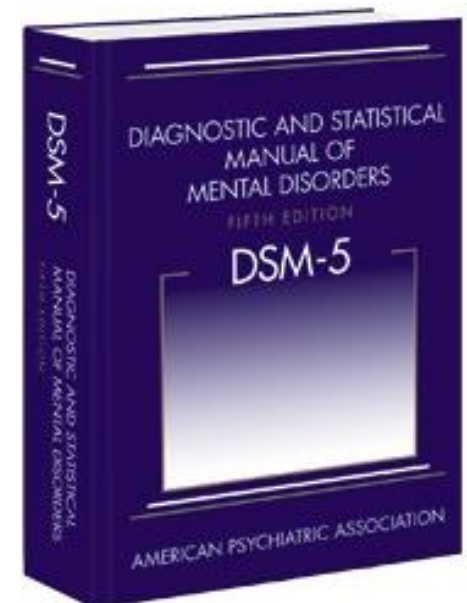
CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DELL'UMORE

Disturbi Depressivi:

- . Disturbo Depressivo Maggiore
- . Disturbo Depressivo Persistente (Distimia)
- . Disturbo distruttivo da disregolazione dell'umore
- . Disturbo premenstruale disforico

Disturbi Bipolari:

- . Disturbo Bipolare I
- . Disturbo Bipolare II
- . Disturbo Ciclotimico



Depressione

Confini fra normalità e patologia

- Disagio esistenziale comune
- Depressione “normale”, esempi: malattia, lutto

- Carattere eccessivo, invalidante
- Lunga durata
- Fissità dell’umore
- Reazione sproporzionata rispetto ad avvenimenti o mancanza di associazione con eventi di vita
- Aspetti qualitativi: sentimento di vuoto, perdita di autostima, senso di colpa e/o di vergogna immotivato o esagerato
- Copresenza di disturbi vegetativi e somatici gravi

Episodio depressivo maggiore (DSM 5)

- A - **Cinque (o più)** dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di almeno **2 settimane** e rappresentano un **cambiamento** rispetto al precedente livello di funzionamento; **almeno uno** dei sintomi è costituito da **1) umore depresso** o **2) perdita di interesse o piacere**. **Nota** Non includere sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.
 - **1 - umore depresso** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso).
 - **2 - marcata diminuzione di interesse o piacere** per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno

Episodio depressivo maggiore (DSM 5)

- (segue) A :

- **3** - significativa ***perdita di peso***, senza essere a dieta, o **aumento** di peso oppure ***diminuzione o aumento dell'appetito*** quasi ogni giorno
- **4** - ***insonnia*** o ***ipersonnia*** quasi ogni giorno
- **5** - ***agitazione*** o ***rallentamento psicomotorio*** quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato)
- **6** - ***faticabilità*** o ***mancaza di energia*** quasi ogni giorno
- **7** - sentimenti di ***autosvalutazione*** o di ***colpa*** eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno
- **8** - ***ridotta capacità di pensare o di concentrarsi***, o ***indecisione***, quasi ogni giorno
- **9** - ***pensieri ricorrenti di morte*** (non solo paura di morire), ricorrente ***ideazione suicidaria*** senza un piano specifico, o un ***tentativo di suicidio***, o l'ideazione di un ***piano specifico per commettere suicidio***.

Disturbo depressivo maggiore

- Disturbo depressivo episodico grave. Sintomi presenti per almeno 2 settimane, modificazione rispetto a funzionamento precedente. Più comune nelle donne (2:1). In almeno il 25% dei casi è presente un evento precipitante. Variazione diurna dei sintomi (peggioramento al mattino). Rallentamento o agitazione psicomotoria. Associato a segni vegetativi e deliri congrui con tono umore. Possibili allucinazioni. Età media di esordio: 40 aa, ma può manifestarsi in ogni età. Presente un fattore genetico
 - Cronico: presente per almeno 2 anni.
 - Con andamento stagionale: insorge in autunno/inverno e scompare in primavera/estate. Ipersonnia, iperfagia, rallentamento psicomotorio.
 - Con esordio nel post-partum: depressione grave che inizia entro 4 settimane dal parto. Sintomi variano da insonnia, labilità, affaticabilità fino al suicidio. Possibili idee deliranti/omicide nei confronti del bambino

Disturbo Distimico

- Umore depresso > 2aa, durante i quali intervalli liberi < 2 mesi
- Almeno 2 sintomi: scarso appetito/iperfagia, disturbi del sonno, affaticabilità, scarsa autostima, difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni, sentimenti di disperazione
- Meno grave del disturbo depressivo maggiore. Più comune e cronico nelle donne. Esordio insidioso. Più spesso in storia di stress cronico o perdite improvvise. Spesso coesiste con altri disturbi psichiatrici (abuso sostanze, d. di personalità, d. ossessivo-compulsivo). Sintomi tendono a peggiorare nel corso della giornata. Esordio frequente 20-35 aa. Forme ad esordio precoce <20 aa.

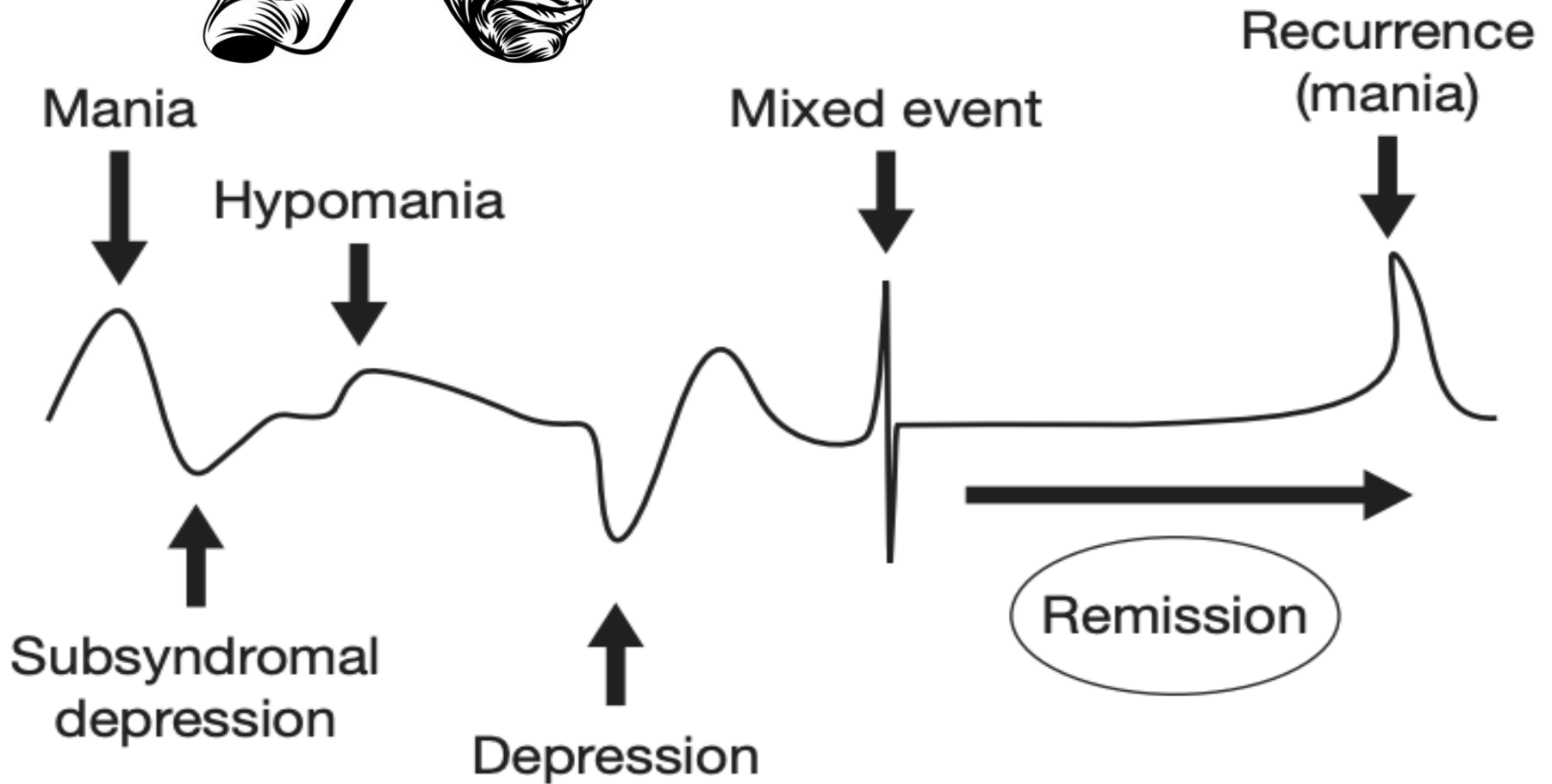
Gestione del paziente depresso

- Validare la sofferenza del paziente
 - La depressione non è segno di debolezza, di scarsa volontà, di pazzia
- Incoraggiare il paziente dando una ragionevole speranza
 - Le cure per la depress. sono efficaci, la situazione migliorerà col tempo
 - Non di dire al pz che deve farsi forza e superare la situazione (colpevolizzazione)
- Valutare la situazione familiare del paziente
 - I parenti si rendono conto del problema del paziente
 - Lo incoraggiano a curarsi o remano contro?
 - Ci sono situazioni familiari e non che mantengono lo stato di stress del paziente
- Ascoltare il pz, mostrando interesse e comprensione, anche in silenzio
- Il pz depresso spesso è “difficile”, non apprezza i trattamenti, è lamentoso, dice che non c’è nulla da fare e che tutto è inutile

DISTURBI DELL'UMORE

(Disturbi Bipolari)

Depressione e mania



Episodio Maniacale (DSM 5)

- **Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile**, della durata di almeno **una settimana** (o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione).

Durante il periodo di alterazione dell'umore, **tre (o più) dei seguenti sintomi** sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (quattro se l'umore è solo irritabile):

- autostima ipertrofica o grandiosità
- diminuito bisogno di sonno (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno)
- maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare
- fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente
- distraibilità (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti)
- aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure agitazione psicomotoria
- eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).

Episodio Ipomaniacale (DSM 5)

- Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura ininterrottamente per **almeno 4 giorni**, e che è chiaramente diverso dall'umore non depresso abituale.
- Sintomi sovrapponibili a quelli dell'episodio maniacale ma meno gravi
- L'episodio si associa ad **un chiaro cambiamento** nel modo di agire, che non è caratteristico della persona quando è asintomatica.
- L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel modo di agire sono **osservabili dagli altri**.
- ***Non è abbastanza grave da provocare una marcata compromissione lavorativa o sociale, o da richiedere l'ospedalizzazione , e non sono presenti manifestazioni psicotiche***

Episodio Misto

- Risultano **soddisfatti i criteri sia per l'Episodio Maniacale che per l'Episodio Depressivo Maggiore** (eccetto per la durata), quasi ogni giorno, **per almeno 1 settimana**.
- L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata **compromissione del funzionamento** lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere **l'ospedalizzazione** per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti **manifestazioni psicotiche**.

Disturbi Bipolari

- **Disturbo bipolare I**: almeno un episodio maniacale o misto, di solito sufficientemente grave da richiedere il ricovero. Può presentarsi con episodio depressivo maggiore, episodio ipomaniacale
- **Disturbo bipolare II**: almeno un episodio depressivo e almeno uno ipomaniacale, ma nessun episodio maniacale
- **Disturbo bipolare a cicli rapidi**: alternanza di episodi maniacali e depressivi separati da intervalli di 48-72 h.
- **Mania negli adolescenti**: segni di mania mascherati da abuso di alcol e sostanze, comportamenti antisociali

Disturbo Ciclotimico

- A) Presenza per almeno **due anni** di numerosi periodi con sintomi ipomaniacali che non raggiungono i criteri per episodi ipomaniacali e di numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore.
- B) Durante questo periodo di **due anni** la persona non è mai stata senza i sintomi del criterio A per più di **due mesi** alla volta.
- C) I criteri per episodi depressivi, maniacali ed ipomaniacali non sono mai stati raggiunti .
- D) I sintomi non sono meglio spiegabili da altri disturbi psichiatrici, dall'utilizzo di sostanze, o da condizioni mediche.

Disturbo ciclotimico



Epidemiologia

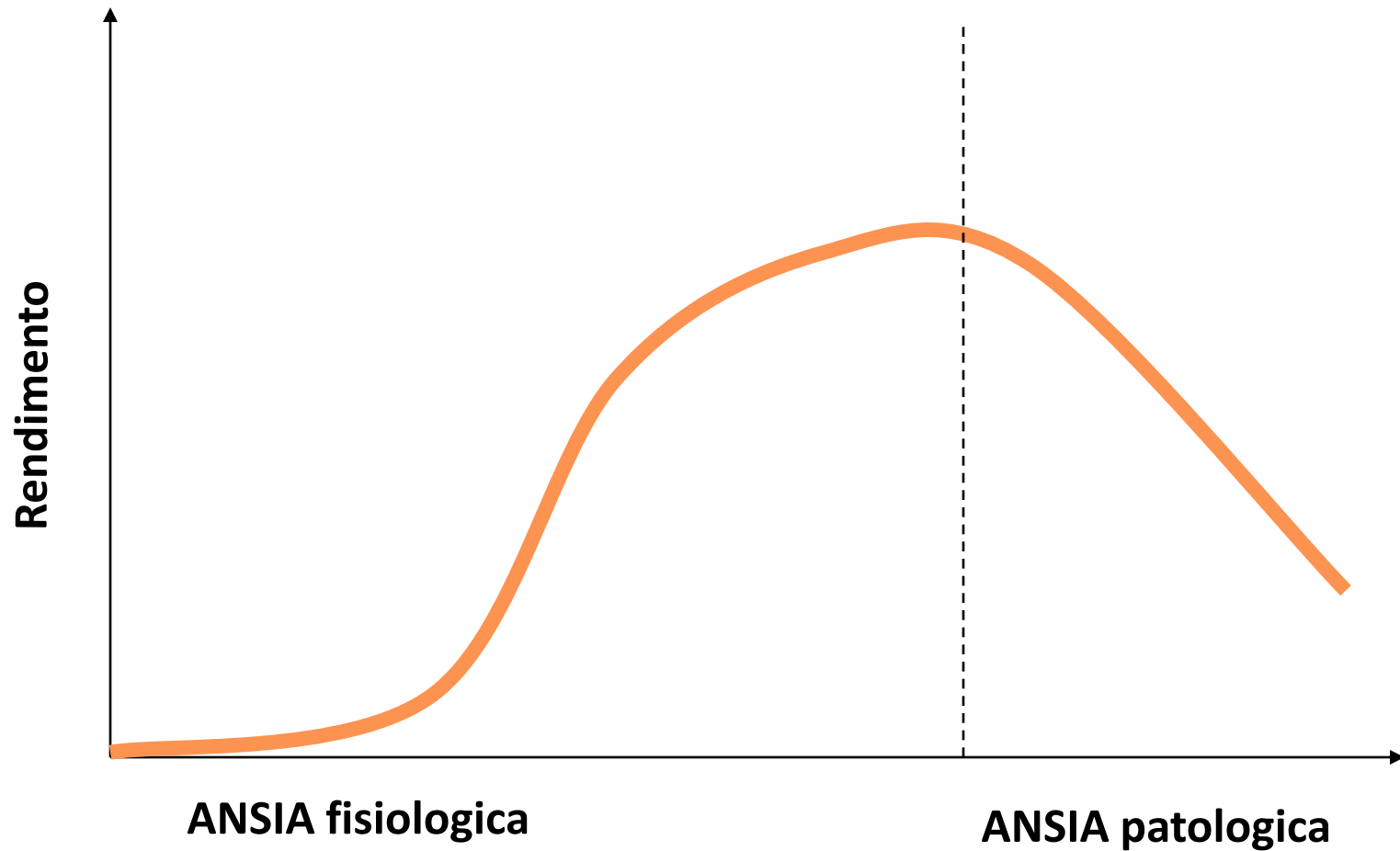
- Disturbo Depressivo maggiore
 - Incidenza: 1/100 M, 3/100 F
 - Età media: 40aa
 - Rischio maggiore in: storia familiare di alcolismo/depressione/perdita dei genitori prima dei 13aa/gruppi socioeconomici inferiori
 - Storia familiare: rischio 10% nei parenti di 1° grado
- Disturbo bipolare I
 - Incidenza: 1,2% M, 1,8% F
 - Età media: 30aa
 - Rischio maggiore in: storia familiare di mania/disturbo bipolare
 - Storia familiare: > familiarità

DISTUBI D'ANSIA

Ansia

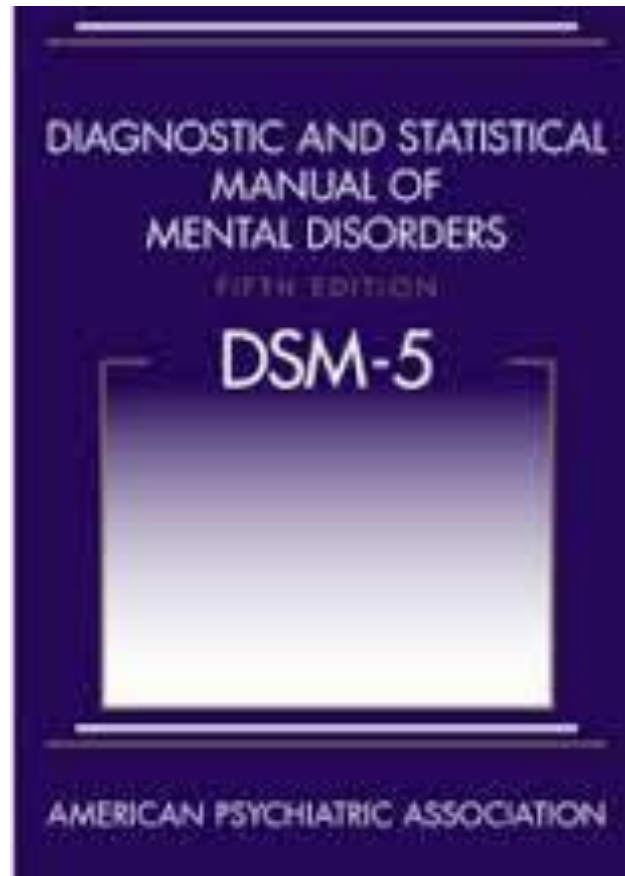
- **Stato emotivo a contenuto spiacevole** associato a condizione di **allarme** e di **paura**, che insorge **in assenza di un pericolo reale** oppure è sproporzionata di fronte allo stimolo scatenante
- Reazione emotiva ubiquitaria comune a tutti (ansia fisiologica)
- Caratterizzata da aumento di tensione con **sintomi psichici e fisici** (tachicardia, ipertensione, secchezza delle fauci, orripilazione ecc.)
 - I sintomi fisici corrispondono alla reazione di allarme dell'animale davanti a un pericolo reale e preparano alla fuga o all'attacco (*ansia fisiologica adattativa*)
 - in assenza di minaccia o quando questa è sconosciuta crea uno stato di disagio psico-fisico (*ansia patologica disadattiva*)

Ansia: Psicopatologia



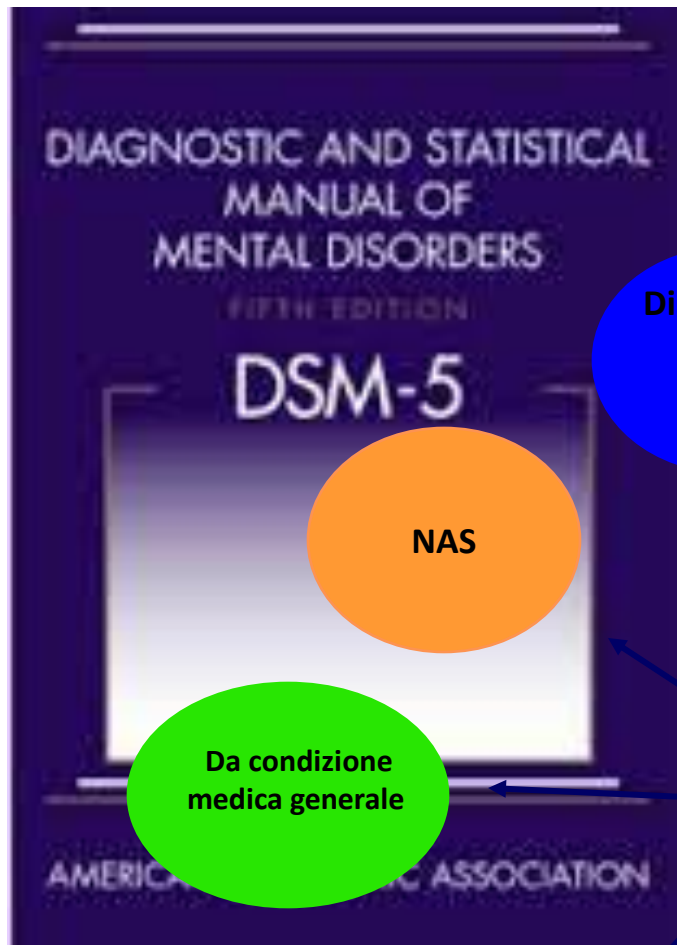
Disturbi d'ansia

- Sono la patologia psichiatrica più diffusa
- In Italia > 2,5 milioni di persone adulte ogni anno ne sono affette (prevalenza a 12 mesi)
- In Italia > 8,5 milioni di persone adulte nel corso della loro vita soffrono di un disturbo d'ansia (prevalenza *lifetime*)



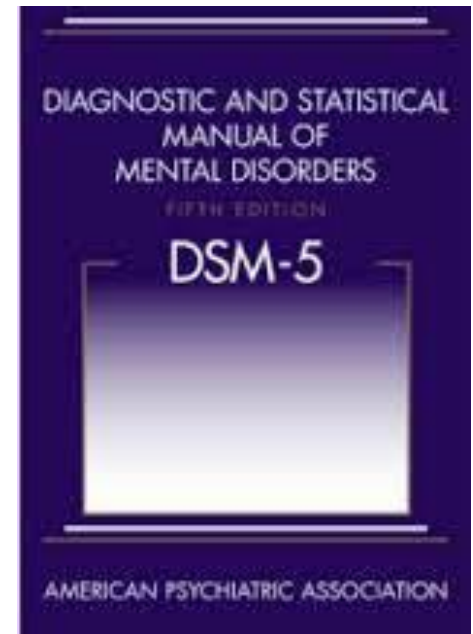
Disturbi d'ansia

DSM-V



Disturbi d'Ansia DSM – V

- Disturbo d'ansia da separazione
- Mutismo selettivo
- Fobia Specifica
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo di panico
- Agorafobia
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Disturbo d'ansia da condizione medica



Disturbo d'ansia di separazione

- E' il DA più diffuso prima dei 12 anni; è caratterizzato dalla difficoltà di allontanarsi dalle figure di riferimento (genitori, coniuge, amico del cuore, dalla propria abitazione ecc.).
- il disagio psicoemotivo associato al **DAS** è così marcato e disturbante da indurre l'individuo a evitare in tutti i modi di allontanarsi da casa o di restare solo.
- L'ansia di separazione è un fenomeno normalmente presente durante lo sviluppo neuropsicologico che, in genere, si attenua dopo i 2 anni, per scomparire pressoché completamente prima della pubertà.
- Si ritiene "patologica" la persistenza di un'ansia di separazione significativa dopo i 5-6 anni.

Mutismo selettivo

- Apparentemente raro, colpisce prevalentemente i bambini; è caratterizzato dall'incapacità di parlare in alcuni contesti sociali, nonostante lo sviluppo e la comprensione del linguaggio siano nella norma.
- Non è dovuto a disfunzioni organiche o ad incapacità correlata allo sviluppo, ma è la risposta ad un forte stato emotivo legato all'ansia.
- I bambini muto-selettivi NON riescono a parlare fuori casa o in presenza di estranei, in particolare in luoghi pubblici o nei contesti sociali più ansiogeni (ad esempio, asilo o scuola).
- Al contrario, a casa, negli ambienti familiari e con le persone con cui si sentono a loro agio, si esprimono normalmente.



Fobie Specifiche (isolate)

- 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 vasovagali con svenimento)
- Situazioni specifiche: guidare, volare, gallerie, ponti, spazi chiusi



Tratto da: Anthony S Hale. **ABC of mental health: Anxiety**. BMJ, Jun 1997; 314: 1886

Fobia Specifica

Tipo animali: paura provocata da animali o insetti; esordisce generalmente nell'infanzia

Tipo Ambiente Naturale: provocata da elementi dell'ambiente naturale (temporali, altezze, acqua); esordisce generalmente nell'infanzia

Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite: è caratterizzata da imponente risposta vagale ed ha elevata familiarità

Tipo situazionale: paura provocata da una situazione specifica come trasporti pubblici, tunnel, ponti, ascensori, volare, guidare, o luoghi chiusi

Altro tipo: paura scatenata da altri stimoli; ad es: paura di vomitare, di contrarre una malattia, fobia dello spazio (cioè paura di cadere da muri, scale)

Fobia Sociale

(Disturbo da Ansia Sociale)

Paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali la persona è esposta a persone non familiari o al possibile giudizio degli altri

L'individuo teme di agire (o di mostrare sintomi di ansia) in modo umiliante o imbarazzante.

L'esposizione alla situazione temuta, quasi sempre, provoca ansia, che può assumere le caratteristiche di un attacco di panico causato dalla situazione.



STRESS

SOFFOCARE

TACHICARDIA

SCAPPARE

DOLORI AL PETTO

FOBIA

DEPERSONALIZZAZIONE

FORMICOLIO

INFARTTO

FUGGIRE

TACHICARDIA

IMPAZZIRE

DOLORE

ANSIA

CAPOGIRI

CORRERE

SVENIRE

TERRORE

STOMACO

GAMBE MOLLI

ANSIA

PAURA

ANSIA

STRESS

FUGGIRE

PAURA

TRAUMA

AIUTO

ANSIA

SVENIRE

STRESS

PANICO

ANSIA

ATTACCHI DI PANICO

RESPIRO

PRESSIONE

ANSIA

SUDORE

AIUTO

AIUTO

TREMORI

SOFFOCARE

STRESS

TACHICARDIA

FUGGIRE

PAURA

TORPORE

STRESS

TERRORE

TACHICARDIA

MUSCOLITESI

PAURA

AGORAFOBIA

TREMORE

AFFANNO

TESTA LEGGERA

DOLORE

PANICO

PANICO

Attacco di Panico

Episodio di **intensa paura o disagio** durante il quale 4 o più dei seguenti sintomi sono comparsi **improvvisamente** ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti

- SENSAZIONE DI MORTE IMMINENTE
- TACHICARDIA
- BRIVIDI O VAMPATE DI CALORE
- TREMORI
- DISPNEA
- NAUSEA
- VERTIGINI
- DEREALIZZAZIONE o DEPERSONALIZZAZIONE
- PAURA di PERDERE il CONTROLLO e delle CONSEGUENZE
- PARESTESIE

Disturbo di Panico

Diagnosi

- Ricorrenti inaspettati attacchi di panico (cioè, senza specifici stimoli)
- Preoccupazione riguardante altri attacchi (fobofobia)
- Preoccupazioni riguardanti le conseguenze possibili degli attacchi (perdita del controllo, “impazzire”)
- Cambiamenti nel comportamento in relazione agli attacchi

Escludere i seguenti

- Intossicazione acuta o astinenza da alcool, caffeina o sostanze illecite (amfetamine, cannabis, cocaina)
- Epilessia

Agorafobia

- Ansia in situazioni dove la fuga è difficile o dove è impossibile trovare aiuto
- Paura di situazioni specifiche, quali
 - Trovarsi soli in casa
 - Trovarsi nella folla
 - Trovarsi sui trasporti pubblici
 - Trovarsi su ponti, ascensori
- Evitamento attivo delle situazioni temute, o, laddove esposti, di prova una grave ansia
- Limitazione del funzionamento (fare spese, lavoro, vita sociale)



Disturbo d'Ansia generalizzata

- Attesa apprensiva persistente, eccessiva ed irrealistica con marcate preoccupazioni per svariate circostanze esistenziali ed anticipazione pessimistica di eventi negativi
- Persistente (>6 mesi) ansia "libera fluttuante" o apprensione
- Sonno disturbato (insonnia precoce e centrale)
- Tensione muscolare, tremori, impossibilità di rimanere "fermi"
- Iperattività autonoma (sudorazione, tachicardia, epigastralgia)
- Può essere secondaria ad altri disturbi psichiatrici quali depressione o schizofrenia



Disturbi dello spettro Ossessivo-compulsivo

- 1) DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (OCD)
- 2) DISTURBO DA DISMORFISMO CORPOREO
- 3) DISTURBO DA ACCUMULO
- 4) TRICOTILLOMANIA (Tirarsi i capelli)
- 5) DISTURBO DA ESCORIAZIONE (sulla pelle)
- 6) OCD indotto da sostanze o farmaci
- 7) OCD indotto da patologie mediche
- 8) Altri o non specificati OCD



Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)

A. Presenza di ossessioni, definite come:

1. Pensieri, impulsi, o immagini ricorrenti che vengono vissuti come intrusivi e inappropriati e che determinano ansia e disagio marcata (ruminazioni e ideazioni coatte egodistoniche)
2. Le ossessioni, come sopra definite, non sono semplicemente preoccupazioni eccessive per problemi della vita reale
3. La persona cerca (spesso infruttuosamente) di ignorare tali pensieri o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni
4. La persona riconosce che queste ruminazioni e ideazione coatte sono un prodotto della propria mente

B. Presenza di compulsioni, definite come:

1. Condotte o operazioni mentali ripetitive che il paziente deve mettere in atto in risposta alle ossessioni o secondo uno schema di regole che vanno rigidamente applicate
2. Le compulsioni sono volte a prevenire o a ridurre il disagio derivante da eventi o situazioni temute (non necessariamente oggetto delle ossessioni)
3. Le compulsioni non sono però realisticamente correlate a ciò che devono neutralizzare o prevenire o sono palesemente esagerate rispetto a queste

Principali sintomi ossessivo-compulsivi

- Ossessioni di contaminazione
 - Lavaggio corporeo, pulizie degli oggetti ed evitamento compulsivi (frequenti escoriazioni e abrasioni corporee; complesse condotte ritualistiche)
 - Fobia del contatto
 - Pensiero magico (contaminazione anche solo con lo sguardo)
- Dubbio patologico
 - Continuo dubbio circa l'aver effettuato specifiche operazioni
 - Frequente senso di colpa per avere dimenticato o commesso qualcosa
 - Compulsioni di controllo, spesso particolarmente complesse ed invalidanti
- Ossessioni di simmetria e di precisione
- Compulsioni di calcolo
- Compulsione di richiesta e di confessare
- Ideazione coatta di aggressività e di sessualità
- Ossessioni religiose
- Tricotillomania – Onicofagia compulsiva

Disturbo da Dismorfismo Corporeo

- Intensa preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico
- Frequentemente il difetto è localizzato al volto
- Tale preoccupazione causa disagio clinicamente significativo
- Il paziente attribuisce a questo presunto difetto la causa di ogni insuccesso (ricorre frequentemente alla chirurgia estetica)



Disturbo da Accumulo Patologico

- Disturbo caratterizzato dal bisogno ossessivo di accumulare una notevole quantità di oggetti o animali
- Spesso sono oggetti non utili o non utilizzabili
- Il paziente è incapace di disfarsene
- A seconda dell'entità, l'accumulo compulsivo provoca una limitazione più o meno grave dello svolgimento delle attività quotidiane



LO STRESSSS

LO STRESS

Reazione aspecifica dell'organismo a specifiche sollecitazioni provenienti dall'esterno



Reazione allo stress

- Sindrome generale di adattamento
- Capacità dell'organismo di adeguarsi alle pressioni ambientali con l'obiettivo di sopportarle e superarle
- La mente umana valuta il significato dell'impulso (reazione cognitiva) e vi fa seguire un'attivazione emozionale più o meno intensa.
- L'attivazione emozionale induce le modificazioni biologiche e comportamentali proprie della reazione da stress.

Segnali specifici dello stress

- Variazioni del ritmo cardiaco e respiratorio;
- Aumento o contrazione della peristalsi intestinale;
- Bocca secca;
- Tremori;
- Crampi allo stomaco.

Trauma

Esperienza di particolare gravità che compromette il senso di stabilità e continuità fisica o psichica di una persona



LA RISPOSTA AL TRAUMA

Ogni persona reagisce in modo differente, la risposta individuale dipende da:

- tipo di evento stressante
- caratteristiche di personalità della vittima
- modalità individuali di reagire allo stress
- supporto e risorse sociali

DISTURBI CONNESSI AI TRAUMI

La risposta al trauma comporta sintomi e emozionali e comportamentali:

✓ che comportano un grave disagio, superiore a quanto atteso

e/o

✓ una significativa alterazione del funzionamento sociale, lavorativo o scolastico

Disturbi connessi ai Traumi

possono manifestarsi (30-35%):

- Disturbo dell'Adattamento
- Disturbo psicotico breve
- Disturbo post-traumatico da Stress

Possono insorgere altri disturbi:

- ansia, umore, sessualità, disinibizione comportamentale, alimentazione, somatoformi, uso di sostanze



Disturbo dell'adattamento

- con UMORE DEPRESSO
- con ANSIA
- con ANSIA E UMORE DEPRESSO misti
- con ALTERAZIONE DELLA CONDOTTA
- con ALTERAZIONE dell'EMOTIVITA' e della CONDOTTA misti

Disturbo dell'adattamento

- E' più comune negli adolescenti ma si manifesta a tutte le età
- Il rapporto femmine a maschi è 2:1

Fattori precipitanti più frequenti:

- Adolescenti: problemi scolastici, rifiuto da parte dei genitori, divorzio dei genitori
 - Adulti: problemi coniugali, divorzio, trasferimento in un nuovo ambiente, problemi finanziari
- **PROGNOSI**
In genere remissione veloce con un buon trattamento.

Negli adolescenti, un disturbo dell'adattamento può precedere lo sviluppo di disturbi dell'umore o disturbi correlati all'uso di sostanze

Disturbo Post-traumatico da stress

- A. Esposizione ad un evento traumatico
- B. L'evento viene rivissuto in modo persistente
- C. Evitamento di stimoli che possano ricordare l'evento e attenuazione della reattività generale
- D. Aumentata reattività (arousal)



Caratteristiche cliniche del PTSD

- I principali aspetti clinici del PTSD sono:
 - Riesperienza dolorosa dell'evento traumatico
 - Evitamento
 - Paralisi emozionale
 - Aumento della vigilanza
- Spesso presenti vissuti di colpa, indegnità, umiliazione
- Possono essere presenti quadri dissociativi ed attacchi di panico
- In casi più gravi, si possono verificare disturbi del controllo degli impulsi, aggressività e violenza, depressione, disturbi correlati all'uso di sostanze

Disturbi del comportamento alimentare



Definizione di *eating disorder*

- Marcata distorsione delle abitudini alimentari del soggetto o di un comportamento anomalo finalizzato al controllo del peso
- Presenza di atteggiamenti di accompagnamento ai disturbi della condotta alimentare come ad esempio sovra-stima della propria immagine corporea e del proprio peso corporeo

Il Dr. Ernst Charles Lasegue così la descrive:



“Ella prova innanzitutto un disturbo dopo avere mangiato.....né lei né chi assiste vi attribuisce alcun disagio duraturo.....l’indomani la stessa sensazione si ripetee la malata si convince che il miglior rimedio a questo disturbo indefinito consiste nel diminuire l’alimentazione.....l’isterica riduce gradatamente il cibo talvolta con il pretesto del mal di testa talvolta con il timore che si presentino le impressioni dolorose che seguono dopo il pastodopo qualche settimana non si tratta più di ripugnanze da ritenersi passeggera: è un rifiuto dell’alimentazione che si prolungherà indefinitamente.....la malattia è conclamata e seguirà il suo decorso così fatalmente.....”

Classificazione DSM-5 dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

- 1) Anoressia Nervosa
- 2) Bulimia Nervosa
- 3) Binge-Eating Disorders
- 4) Disturbo Evitante / Restrittivo dell'assunzione di cibo (Ortoressia, Anoressia inversa)
- 5) Disturbo della ruminazione
- 6) Pica
- 7) Altri disturbi specifici della nutrizione e dell'alimentazione (es. Night Eating Syndrome)
- 8) Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati

Criteri diagnostici DSM-5

Anoressia Nervosa

- CRITERIO A

Restrizione dell'apporto energetico relativo al bisogno, che induce un significativo basso peso relativamente all'età, sesso, evoluzione dello sviluppo e salute fisica. Un *significativo basso peso* è definito come un peso minore del minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, minore del minimo atteso.

- CRITERIO B

Intensa paura di aumentare di peso o d'ingrassare, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante un peso significativamente basso.

- CRITERIO C

Anomalia nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo; inappropriata influenza del peso e della forma del corpo sulla propria autostima, o persistente perdita della capacità di valutare la gravità della attuale perdita di peso.

Due sottotipi:

- Con Restrizioni durante gli ultimi tre mesi (la perdita di peso è ottenuta soprattutto con dieta, digiuno o attività fisica eccessiva)
- Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione durante gli ultimi tre mesi.

ABBUFFATA:

- 1) mangiare in un definito periodo di tempo (es. 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone nelle stesse condizioni mangerebbe in quello stesso tempo
- 2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si mangia)



CONDOTTE DI ELIMINAZIONE

Uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclistmi o vomito autoindotto

RISCHI AMBIENTALI

Nella cultura occidentale il problema del peso corporeo ha ricevuto un'attenzione progressivamente crescente :

- standard culturali di magrezza = successo, competenza, autocontrollo e attrazione sessuale

Lo stare a dieta è uno dei fattori precipitanti dei DCA:

sia AN che BN sono preceduti da un tentativo apparentemente normale di perdere peso

Bulimia Nervosa

- CRITERIO A: Ricorrenti episodi di abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti.
 - 1) Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
 - 2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- CRITERIO B: Ricorrenti comportamenti di compenso volti a prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- CRITERIO C: Le abbuffate compulsive e utilizzo improprio di mezzi di compenso avvengono in media almeno una volta a settimana per tre mesi.

Sottotipi

Condotte di eliminazione il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici enteroclistmi

Senza Condotte di eliminazione: il soggetto ha presentato altri comportamenti compensatori inappropriati, come DIGIUNO, esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente a vomito autoindotto etc

Bulimia Nervosa

- Più frequente della anoressia nervosa
- Colpisce l'1-3% delle giovani donne
- È più frequente nelle donne che negli uomini
- Ha un esordio più tardivo rispetto alla anoressia, in seconda adolescenza o nella giovane età adulta
- Sintomi bulimici isolati, abbuffate e condotte di eliminazione, sono descritti nel 40% delle ragazze in età universitaria
- In genere il peso è mantenuto normale; possono esserci delle “puntate” sottopeso o sovrappeso, oppure obesità

Binge Eating Disorder

- **A - Episodi ricorrenti di abbuffate. Un'abbuffata è definita da:**
 1. Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
 2. Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- **B - Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti caratteri:**
 1. Mangiare molto più rapidamente del normale;
 2. Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno;
 3. Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame;
 4. Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite;
 5. Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo
- **C - Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.**
- **D - Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno una volta la settimana per almeno sei mesi.**
- **E –Non vengono usati comportamenti compensatori inappropriati e il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di anoressia o di bulimia nervosa.**

Ortoressia

- **Osessione per il cibo “sano”**. Focalizzazione non sulla quantità ma sulla “qualità”. Evitamento ossessivo di cibi non controllati. Evitamento delle situazioni sociali che espongono al non controllo del cibo. Convinzione fideistica delle proprie scelte.

Nel DSM-V viene fatta rientrare nel capitolo:

“ Disturbo Evitante/Restrittivo dell’assunzione di cibo.”

Disturbi di Personalità

PERSONALITA'

Con il termine “Personalità” si intende “una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell’esperienza sociale” (W.H.O., 1992, cap.V par. F60)

Disturbi di personalità

Definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:
“pattern di comportamento profondamente radicati e durevoli, che si manifestano come risposte inflessibili ad una larga gamma di situazioni sociali e personali.”

- **pattern:** i pazienti tendono ad esibire un limitato repertorio di risposte stereotipate in diversi contesti sociali e personali, e i modi di pensare, percepire e di rispondere emotivamente differiscono sostanzialmente da quelli generalmente accettate
- **radicati e durevoli:** i pattern solitamente sono evidenti durante la tarda infanzia o l'adolescenza ma la necessità di verificarne la loro permanenza nel tempo, limita l'uso del termine “disturbo” ai soli adulti

Prerequisiti per la diagnosi del disturbo di personalità

il paziente presenta un pattern di...

- comportamento
- risposta emotiva
- percezione di se, degli altri e del mondo

che è ...

- evidente presto nella vita
- persiste nell'età adulta
- pervasivo
- inflessibile
- una deviazione rispetto la normale cultura del paziente

Prerequisiti per la diagnosi del disturbo di personalità

e porta a ...

- Distress a se stesso, agli altri o alla società
- Disfunzionamento nelle relazioni interpersonali, sociali o lavorative

ma non è attribuibile a...

- altri disturbi psichiatrici (schizofrenia, depressione, uso sbagliato dei farmaci)
- altri disturbi fisici (intossicazione acuta, malattie organiche del cervello)

ABC of mental health: Disorders of personality. M Marlowe and P Sugarman, 1997;

Epidemiologia

- Prevalenza nella popolazione generale varia dal **2%** al **13%**, più alta negli istituti (ospedali, case di cura, e prigioni)
- Alcune diagnosi sono più frequenti nei **maschi** (come il Disturbo Dissociativo di Personalità), altre più frequenti nelle **donne** (come il Disturbo Istrionico e quello Borderline della Personalità)

Disturbi di Personalità DSM 5

- Cluster A — i pazienti spesso sembrano bizzarri o eccentrici
 - paranoide
 - schizoide
 - Schizotipico
- Cluster B — i pazienti possono sembrare drammatici, emotivi, o erratici
 - istrionico
 - narcisistico
 - borderline
 - Antisociale
- Cluster C — i pazienti si presentano come ansiosi o impauriti
 - evitante
 - dipendente
 - ossessivo compulsivo

Disturbi di Personalità DSM 5

Cluster A

Disturbi caratterizzati dal comportamento bizzarro:

- PARANOIDE: quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità, chi ne soffre tende ad interpretare il comportamento degli altri come malevolo, comportandosi così sempre in modo sospettoso.
- SCHIZOIDE: quadro caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva, chi ne soffre non è interessato al contatto con gli altri, preferendo uno stile di vita riservato e distaccato dagli altri.
- SCHIZOTIPICO: quadro caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive ed eccentricità nel comportamento, chi ne soffre ha scarso contatto con la realtà e tende a dare un'assoluta rilevanza e certezza ad alcune intuizioni magiche.

Disturbi di Personalità DSM 5

Cluster B

Disturbi caratterizzati da un'alta emotività:

- **ISTRIONICO:** è un quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca dell'attenzione, chi ne soffre tende a ricercare l'attenzione degli altri, ad essere sempre seduttivo e a manifestare in modo marcato e teatrale le proprie emozioni.
- **NARCISISTICO:** sentimento di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia caratterizzano questo disturbo di personalità. Chi ne soffre tende a sentirsi il migliore di tutti, a ricercare l'ammirazione degli altri e a pensare che tutto gli sia dovuto, data l'importanza che si attribuisce.
- **BORDERLINE:** vi è instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e marcata impulsività. Solitamente chi ne soffre presenta una marcata impulsività ed una forte instabilità sia nelle relazioni interpersonali sia nell'idea che ha di sé stesso, oscillando tra posizioni estreme in molti campi della propria vita.
- **ANTISOCIALE:** è un quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri. Chi ne soffre è una persona che non rispetta in alcun modo le leggi, tende a violare i diritti degli altri, non prova senso di colpa per i crimini commessi.

Disturbi di Personalità DSM 5

Cluster C

- ***Disturbi caratterizzati da una forte ansietà:***
- **EVITANTE:** quadro di personalità in cui dominano inibizione, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità ai giudizi negativi. Chi ne soffre tende a evitare in modo assoluto le situazioni sociali per la paura dei giudizi negativi degli altri, presentando quindi una marcata timidezza.
- **DIPENDENTE:** quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad eccessivo bisogno di essere accuditi. Chi ne soffre presenta un marcato bisogno di essere accudito e seguito da parte degli altri, delegando quindi tutte le proprie decisioni.
- **OSSESSIVO-COMPULSIVO:** quadro caratterizzato preoccupazione per l'ordine. Chi ne soffre presenta una marcata tendenza al perfezionismo ed alla precisione, una forte preoccupazione per l'ordine e per il controllo di ciò che accade.

Disturbi di Personalità DSM 5



- Aggressività
- Abuso di alcool e sostanze
- Ansia e depressione
- Considerevole autolesionismo
- Abbuffate, vomito, purging, ed altri disturbi dell'alimentazione

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

Disturbi da uso di sostanze

Si parla di disturbo da uso di sostanze quando sono presenti alterazioni comportamentali, psicologiche e cognitive correlate all'assunzione più o meno continuata di una sostanza.

Il soggetto continua ad assumere tale sostanza nonostante ricorrenti o persistenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza.

Possono instaurarsi fenomeni di:

1. *Tolleranza* → 1. bisogno di incrementare le dosi della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; 2. effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa sostanza
2. *Astinenza* → 1. caratteristica sindrome di astinenza della sostanza specifica; 2. la stessa sostanza è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza

Disturbi da uso di sostanze

- Dipendenza fisica: sviluppo di tolleranza (tendenza all'aumento delle dosi) e di sd da astinenza.
- Sindrome da astinenza: segni e sintomi che insorgono dopo la brusca sospensione dell'uso della sostanza. I sintomi tendono ad essere opposti rispetto a quelli che sono prodotti dalla esposizione acuta alla sostanza
 - causa di ricaduta a breve termine e di comportamenti compulsivi alla ricerca della sostanza
- Craving (dipendenza psicologica): intenso desiderio di riesperire gli effetti di una sostanza psicoattiva. Si definisce *craving* il desiderio irresistibile, intrusivo di assumere una sostanza, che comporta la perdita di controllo e la messa in atto di una serie di azioni tese alla sua soddisfazione
 - causa di ricaduta dopo lungo periodo di astinenza

Doppia diagnosi

- **Tipo I:** Disturbo psichiatrico → Abuso di sostanze
 - Autoterapia ?
- **Tipo II:** Abuso di sostanze → Disturbo psichiatrico
 - Danno sul SNC (acuto, cronico)
- **Tipo III:** Copresenza dei due aspetti che hanno un'eziologia indipendente

Classificazione

OPPIOIDI

Oppio e derivati: *eroina, morfina, codeina*

Derivati di sintesi: *meperidina, metadone, fentanil*

Agonisti parziali ed agonisti-antagonisti: *pentazocina, buprenorfina*

CANNABINOIDI

Tetraidrocannabinolo

DEPRESSORI

Alcol, Barbiturici, Cloralio, Meprobamato, Benzodiazepine

PSICOSTIMOLANTI

Cocaina

Amfetamine e derivati: *destroamfetamina, metamfetamina, metilfenidato*

Nicotina e Caffeina

ALLUCINOGENI CLASSICI

LSD, Mescalina, Psilocibina,
Dimetiltriptamina, Fenciclidina,
Ketamina

INALANTI

(solventi volatili)

Toluene, Acetone, Benzene,
Tricloroetilene, 1,2
dicloropropano, Idrocarburi
alogenati, Nitriti organici
(popper)

ALLUCINOGENI AMFETAMINICI E “DESIGNER DRUGS”

MDMA, (“ecstasy”), MDEA, MMDA, DOM,
PMA, 2-CT-2, 2-CT-7

Alcolismo

Epidemiologia

- Nel nostro paese il consumo di alcool inizia generalmente attorno ai **15 anni** e successivamente diventa regolare attorno ai **18 anni**.
- Per quanto riguarda la Dipendenza alcolica la percentuale di popolazione affetta da questo disturbo si aggira attorno al **10-15%**.

Alcolismo

DISTURBI DA USO DI ALCOOL

DISTURBI INDOTTI DALL'ALCOOL

Acuti:

- Intossicazione
- Delirium tremens

Cronici:

- Demenza persistente
- Disturbo amnestico persistente
- Disturbo psicotico indotto
- Disfunzione sessuale indotta
- Disturbo del sonno indotto

Alcolismo

Intossicazione alcolica

- Disinibizione comportamentale (= aggressività, sessualità)
- Labilità emotiva
- Scarsa critica
- Sintomi fisici variabili
 - Incoordinazione motoria
 - disartria
 - nistagno

Delirium tremens

Il delirium è una sindrome mentale organica caratterizzata da **disturbi globali della sfera cognitiva** (attenzione, pensiero, memoria, orientamento, percezione) e con **alterato stato di coscienza, agitazione o ritardo psicomotorio**.

Disturbi psichici

- disturbo di coscienza
- disorientamento rispetto all'ambiente
- microzoopsie
- delirio professionale

Disturbi somatici

- tremore a scosse ampie
- sudorazione profusa
- ipertermia

BENZODIAZEPINE

- Gruppo più ampio di sostanze di cui si fa un utilizzo improprio
- In particolare **lorazepam** e **diazepam**, solitamente a partire da legali prescrizioni del medico o da furti nelle farmacie
- Possono essere assunte singolarmente come sostanza di scelta oppure per potenziare l'effetto degli Oppioidi.
- Fenomeni di tolleranza alle benzodiazepine si possono verificare con dosaggi giornalieri crescenti di 50-100 mg di diazepam
- Dopo appena tre settimane di uso continuativo, se sospese bruscamente può insorgere astinenza caratterizzata da:
 - ↑ ansia
 - ipersensibilità alla luce ed ai rumori
 - allucinazioni
 - confusione mentale

Oppiacei

Producono sensazione di piacere intenso ma fugace. I sintomi legati all'astinenza da Oppioidi cominciano poche ore dopo l'ultima dose, raggiungono il culmine dopo due o tre giorni e scompaiono nell'arco di una settimana.

INTOSSICAZIONE

- Iniziale euforia seguita da apatia
- Rallentamento psicomotorio
- Sonnolenza
- Difficoltà a parlare, parola abburattata
- Miosi pupillare
- Vomito e stipsi



ASTINENZA

- Sindrome intensa e di lunga durata (6-12 h dopo ultima dose, picco dopo 2-3 giorni, risoluzione in 7-10 giorni)
 - Nausea / Vomito
 - Midriasi
 - Sudorazione
 - Diarrea
 - Febbre
 - Insonnia
- Terapia dell'astinenza: Farmaco d'elezione: metadone

Oppiacei

VIE DI ASSUNZIONE DELL'EROINA

- **INIETTATA**



- **INALATA**

Sniffare eroina



- **FUMATA**

"Chasing the dragon" fumo di eroina

Psicostimolanti

- Naturali: **cocaina**
- Di sintesi: **amfetamine**

Manifestazioni: sostanze euforizzanti, energizzanti e socializzanti

Via di somministrazione: usualmente le amfetamine vengono assunte in cpr mentre la cocaina viene inalata (anche e.v. o fumo)

Rischi per la salute: eventi cardiaci e cerebrovascolari, aritmie, miocardiopatia da uso protratto, crisi comiziali, perforazione del setto nasale

Psicostimolanti - Cocaina

La cocaina fumata produce dipendenza fisica con “craving”: lo stato di astinenza si caratterizza per depressione e letargia seguite da “craving” crescente, che può durare fino a tre mesi

L'overdose può provocare morte per infarto miocardico, ipertermia o aritmie ventricolari



Azione farmacologica della cocaina

- anestetica locale (inibizione della conduzione dell'impulso nervoso tramite blocco dei canali del sodio)
- stimolante centrale :
 - aumenta l'attenzione mentale,
 - induce una sensazione di benessere,
 - toglie il senso di fatica
 - provoca euforia
- La cocaina stimola il simpatico
 - tachicardia
 - vasocostrizione periferica
 - ipertensione

Effetti tossici della cocaina

- **Cardiovascolari**

- angina, infarto miocardio, aritmie, ischemia vasi nasali (ed in generale ischemie periferiche)

- **Psichiatriche**

- condotte violente, psicosi, ansiet 

- **Neurologiche**

- incidenti vascolari cerebrali, convulsioni

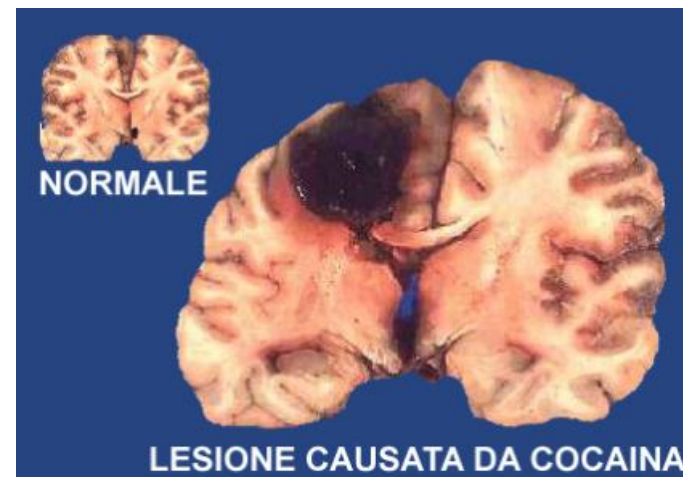
- **Polmonari**: in fumatori di crack

- dispnea, edema polmonare

- **Alterazioni fetali** (↓ dimensione cerebrale, basso peso)

- **Dipendenza**

- depressione (“astinenza”)
- “craving”, desiderio della droga molto intenso




MARIANI WINE

MARIANI WINE Quality Tonic
HEALTH, STRENGTH,
ENERGY & VITALITY.

MARIANI WINE
FURTHER STRENGTHENS
STIMULATES & REFRESHES
THE BODY & BRAIN

HASTENS
CONVALESCENCE
especially after
INFLUENZA.

His Holiness
THE POPE



writes that he has
fully appreciated the
beneficial effects of
this Tonic Wine and
has recommended to the
Bishops as a tonic of
the greatest value
under every condition.

MARIANI

is delivered free to all parts
By the Home Office, London
Street, 43-44, Cannon

VIN MARIANI



**POPULAR
FRENCH TONIC WINE**

*and Refreshes Body & Brain
Restores Health and Vitality*

PLEASE OBSERVE BOTTLE AND LABEL
TO AVOID ERRORS.

AT DRUG, GROCERY AND WINE DEALERS.

For Body and Brain.

SINCE 30 YEARS ALL EMINENT PHYSICIANS
RECOMMEND

VIN MARIANI

The original French Coca Wine; most
popularly used tonic-stimulant in *Hospitals,
Public and Religious Institutions* everywhere.

Nourishes Fortifies Refreshes

Strengthens entire system; most AGREEABLE.
EFFECTIVE and LASTING Renovator of
the Vital Forces.


Every test, strictly on its own merits,
will prove its exceptional reputation.

PALATABLE AS CHOICEST OLD WINES.

Illustrated Book Sent Free, address:

MARIANI & CO., NEW YORK

TRIAL WILL CONVINCE



VIN TONIQUE MARIANI
COCA DU PEROU
PREPAREE PAR MARIANI & CO. A PARIS
PARIS, 41 B^e HAUSSMANNE

MARIANI & CO. A PARIS
PREPAREE PAR MARIANI & CO. A PARIS
PARIS, 41 B^e HAUSSMANNE

DOSE
Un verre de
ce vin
avant
le dîner
et
après
le dîner
est
très
utile
pour
le
stimuler
et
le
rafraîchir.

6 Francs.



COCAINE TOOTHACHE DROPS

Instantaneous Cure!

PRICE 15 CENTS.

Prepared by the

LLOYD MANUFACTURING CO.

219 HUDSON AVE., ALBANY, N. Y.

For sale by all Druggists.

(Registered March 1885.)

See other side.

Psicostimolanti - Anfetamine

- Le anfetamine causano uno stato di **iperattività, tachicardia, midriasi, e fini tremori**
- Alte dosi ed utilizzo cronico possono produrre **psicosi con idee paranoide, allucinazioni ed iperattività.**
- Può verificarsi inoltre Dipendenza fisica ed al termine di un utilizzo prolungato si possono avere profonda **depressione** e passività



Psicostimolanti

Il fenomeno delle droghe sintetiche
(designer drugs)

- Sono legate al mondo del divertimento
- Vengono assunte allo scopo di intensificare le sensazioni individuali, favorire le relazioni e superare le inibizioni
- Uso occasionale (fine settimana)



Ecstasy

- DMHP
- MDE
- MDEA
- MBDB
- MMDA
- PMA
- PCE
- PCPY
- PHP
- A2
- DOB
- DET
- DMT
- TMA
- TMA-2
- DOET
- STP
- MDA
-



MDMA

(3,4METILENDIOSSIMETAMFETAMINA; ECSTASY)

Effetti psicologici e psichiatrici

- stato di benessere, di sintonia con gli altri, disinibizione,
 - aumentata capacità di comunicazione, intensificazione delle percezioni sensoriali, aumentata fiducia in se stessi,
 - alterata percezione temporale,
 - aumento della libido.
-
- dispercezioni uditive e visive (sia elementari che complesse),
 - deficit cognitivi,
 - andatura barcollante,
 - diminuzione del senso di pericolo,
 - comparsa di ossessioni, impulsività, compulsioni.

Cannabis

- Marijuana (foglie superiori essiccate e cime fiorite della Cannabis Sativa) – contiene circa l'1-2% di THC
- Hashish (resina scura delle cime e della parte inferiore delle foglie di Cannabis Sativa) – contiene dal 2 al 5% di THC
- L'olio di hashish (distillato della marijuana) – contiene dal 15 al 30% di THC



Cannabis

- Gli effetti psicotropi della cannabis sono dovuti in gran parte dall'azione del **Δ 9-tetraidrocannabinolo (Δ 9-THC)** sui recettori cerebrali specifici per i cannabinoidi
- Sono stati identificati tre tipi di recettori per i cannabinoidi: CB1, CB2 e CB3. Il **CB1** è quello più rappresentato e ha un'alta densità nelle **regioni cerebrali che regolano il comportamento emotivo e cognitivo**, quali **corteccia prefrontale e cingolata, amigdala, ippocampo, striato e gangli della base**;
- Su tali recettori agiscono i cannabinoidi endogeni o endocannabinoidi, tra cui l'anandamide e il 2-arachidonilglicerolo;



Cannabis

Intossicazione acuta

- euforia,
- ansia,
- sospettosità ed ideazione paranoide fino al disturbo delirante,
- perdita della capacità critica,
- ritiro sociale,
- attacchi di panico con derealizzazione e depersonalizzazione.
- Risoluzione degli effetti generalmente nell'arco delle 24 ore.

L'adolescenza fase critica dello sviluppo neuronale: Il cervello ancora in fase di sviluppo è più vulnerabile agli effetti neurotossici delle droghe

- L'adolescenza è un periodo durante il quale ha luogo un ampio rimodellamento dei circuiti corticali e limbici che conducono all'acquisizione di processi cognitivi e comportamenti sociali da adulto.
- Il sistema degli endocannabinoidi gioca un ruolo chiave in questa critica fase dello sviluppo influenzando la plasticità sinaptica. Pertanto l'esposizione a derivati della Cannabis in tale fase può portare ad alterazioni neurobiologiche che si traducono in disturbi comportamentali in età adulta

I consumatori abituali di cannabis mostrano un declino delle funzioni neuropsicologiche dall'infanzia all'età adulta

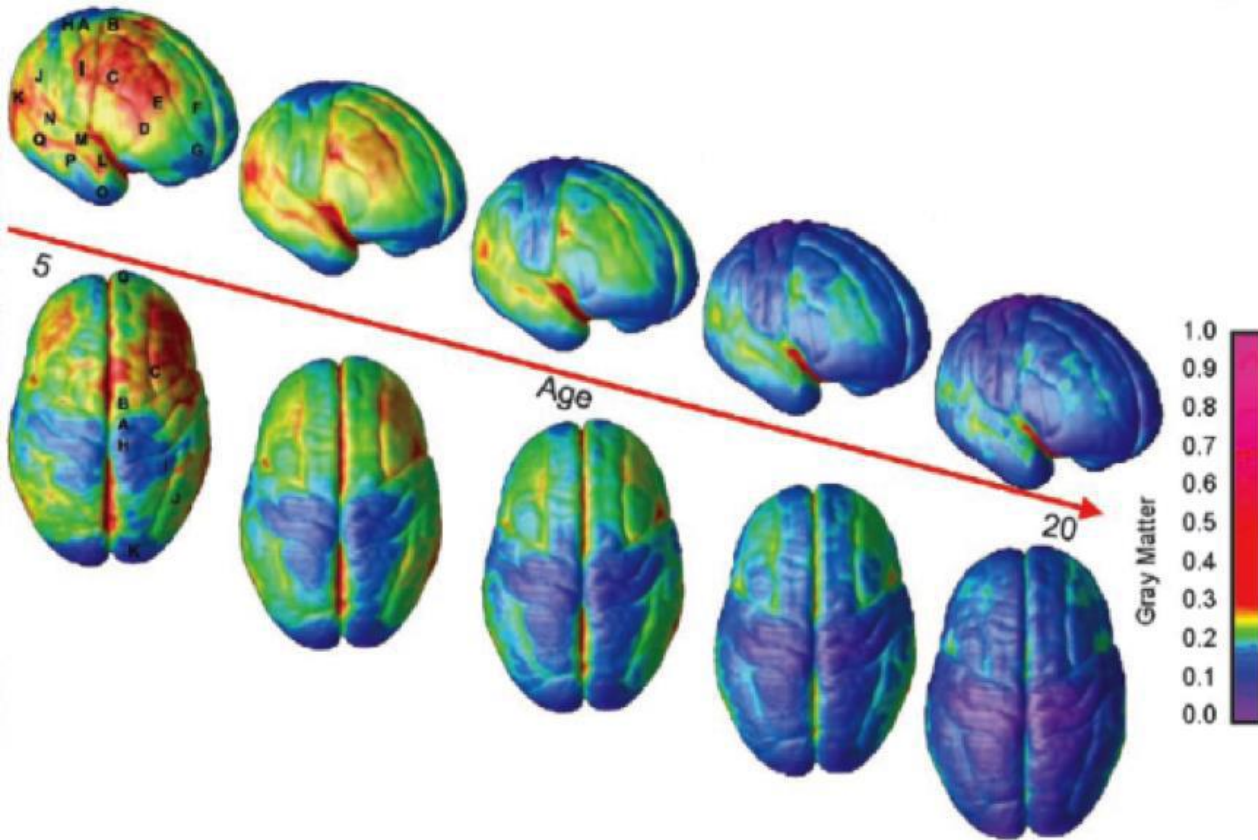
Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife

Madeline H. Meier^{a,b,1}, Avshalom Caspi^{a,b,c,d,e}, Antony Ambler^{e,f}, HonaLee Harrington^{b,c,d}, Renate Houts^{b,c,d}, Richard S. E. Keefe^d, Kay McDonald^f, Aimee Ward^f, Richie Poulton^f, and Terrie E. Moffitt^{a,b,c,d,e}

^aDuke Transdisciplinary Prevention Research Center, Center for Child and Family Policy, ^bDepartment of Psychology and Neuroscience, and ^cInstitute for Genome Sciences and Policy, Duke University, Durham, NC 27708; ^dDepartment of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, NC 27710; ^eSocial, Genetic, and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, London SE5 8AF, United Kingdom; and ^fDunedin Multidisciplinary Health and Development Research Unit, Department of Preventive and Social Medicine, School of Medicine, University of Otago, Dunedin 9054, New Zealand

Edited by Michael I. Posner, University of Oregon, Eugene, OR, and approved July 30, 2012 (received for review April 23, 2012)

Uso precoce di cannabis in adolescenza



Il sistema endogeno dei cannabinoidi gioca un ruolo significativo nello sviluppo cerebrale, influenzando l'azione di diversi neurotrasmettitori e promuovendo la neurogenesi.

La forte esposizione alla cannabis, durante questo particolare periodo, potrebbe portare a significativi cambiamenti neurocognitivi.

CANNABINOIDI SINTETICI

- Allo stato puro, i cannabinoidi sintetici si presentano o in forma di materiale vegetale (fino a 10 tipi di differenti erbe difficili da identificare) o olii.
- Queste miscele vengono di solito fumate e vendute in bustine di lamina contenenti circa 3 g di materia vegetale secca alla quale sono stati aggiunti uno o più cannabinoidi sintetici.
- Queste preparazioni vengono fumate esattamente come la marijuana, ma possono anche essere ingerite o se ne inalano i vapori.
- **I CANNABINOIDI SINTETICI NON POSSONO ESSERE RILEVATI DAGLI ESAMI TOSSICOLOGICI DI ROUTINE.**

Cannabinoidi Sintetici



forte stato di agitazione

-

allucinazioni,

percezione alterata del proprio corpo

-

confusione mentale

-

parestesie

-

attacchi di panico

-

tachicardia



SMART-DRUGS

Letteralmente “droghe furbe”

Sono una serie di composti sia di origine vegetale che sintetica che possono contenere

- Vitamine
- Sostanze psicoattive (le più diffuse: Efedrina, Caffaina, Sinefrina)
- Sostanze con caratteristiche allucinogene

Il Suicidio

Epidemiologia

- Nel mondo circa un milione di persone commette un suicidio ogni anno (1 decesso ogni 40 secondi) e si stima un tentativo di suicidio ogni 3 secondi
- Evento raro nei bambini fino ai 12 anni, più comune dopo la pubertà, aumenta progressivamente con l'adolescenza, ed è molto più frequente dopo i 65 anni
- I paesi dell'Europa dell'est e del nord hanno tassi relativamente alti di suicidio, mentre più bassi sono quelli dell'Europa del sud

Pazienti con maggior rischio suicidario

- Pz con disturbi psichiatrici maggiori
- Pz con disturbi psichici organici
- Pz con intossicazioni o astinenza da sostanze
- Pz sopravvissuti a un TS
- Pz che negano propositi suicidari ma si comportano in modo da poter agire suicidi potenziali
- Pz che riferiscono idee, impulsi o progetti suicidari
- Pz con comportamenti parasuicidari
- Pz con depressione secondaria ad altre patologie (AIDS, cancro, ulcera peptica)
- Pz a cui viene comunicata una diagnosi vissuta come «grave» (sclerosi multipla, corea di Huntington)
- Pz che hanno esperito vissuti traumatici recenti
- Malati terminali
- Malati con dolore cronico

Comportamenti parasuicidari

- Comportamenti a rischio di morte spesso ripetuti, con negazione dell'ideazione suicidaria
- Viene ricercato un rischio estremo ed una sfida con la vita
- Ad esempio: ripetitive e non intenzionali overdose, incidenti stradali poco chiari, attività a rischio senza critica
- Sono più frequenti nelle psicosi croniche (18%) dove i comportamenti parasuicidari sono dei più vari e bizzarri

Ideazione suicidaria

Il 20% dei pazienti a rischio non comunica l'ideazione suicidaria.

Discutere del suicidio in modo diretto non significa spingere il paziente a elaborare in modo più preciso eventuali propositi suicidari.

I pazienti sono spesso sollevati dalla possibilità di parlare liberamente di qualcosa che non possono esprimere altrove o che li fa sentire in colpa.

Valutare il tipo e l'intensità dell'ideazione:

- Desiderio di essere morto
- Pensiero suicidario attivo non specifico senza l'intenzione di agire
- Intento o proposito di suicidio (specifico) senza l'intenzione di agire
- Piani di suicidio (specifici, con qualche intenzione di metterli in pratica)
- Comportamento suicidario
- Comportamento parasuicidario

Suicidio “Dimostrativo”

ATTENZIONE!!!

- Il fatto che chi tenta il suicidio venga interrotto o utilizzi metodi poco letali porta spesso ad identificare questi gesti come «*manipolativi/dimostrativi*».
- Troppo spesso però la necessità di richiamare l'attenzione con un atto suicidario conduce a classificare quel soggetto come uno che non dovrà essere preso sul serio per successive valutazioni del rischio (cadendo in errore)

Fattori di rischio

- Pregressi TS
- Familiarità per il suicidio (grado di parentela)
- Elevati livelli di impulsività
- Vissuti traumatici recenti (abusi, violenze)
- Vissuti di perdita recenti (licenziamento, separazione, lutto)
- Abuso/dipendenza (alcol, stupefacenti, psicofarmaci)
- Isolamento sociale
- Condotte autolesive
- **Effetto Werther**

La depressione è uno dei maggiori fattori di rischio per il suicidio

Il suicidio - prevenzione

- La prevenzione inizia con una corretta valutazione del rischio di suicidio attraverso il colloquio clinico
- Anamnesi ed esame dello stato mentale (con domande dirette sul ideazione, tentativi e propositi suicidari). Identificare i fattori di rischio e i fattori di protezione, valutare le condizioni psicosociali, i cambiamenti delle abitudini del sonno, dell'appetito e del rendimento lavorativo
- E' utile capire che significato ha la vita per il pz, se ha interessi, se ha progetti per il futuro e risorse per sostenerli
- Utilizzare test specifici (Beck Hopelessness Scale, Barratt Impulsiveness Scale, Beck Scale for Suicide ideation e la Columbia Suicide Severity Rating Scale **(C-SSRS)**)

Il suicidio - interventi

- L'operatore che incontra un paziente a rischio nel processo di valutazione del rischio potrà stabilire se è necessario proporre un ricovero o mettere in atto altre strategie assistenziali (farmacologiche, psicoterapiche e psicoeducative...)
- Il ricovero in SPDC avviene quando il tentativo è ad alta letalità, non vi è una sufficiente rete supporto familiare-sociale, vi sono gravi condizioni psicopatologiche
- Approccio cognitivo comportamentale (al fine di aumentare i pensieri positivi e ridurre quelli disfunzionali improntati alla disperazione e alla drammatizzazione *(Application of the APA Practice Guidelines on Suicide to clinical practice)*)
- Approccio farmacologico per migliorare i sintomi depressivi