

PSICOSI – DEFINIZIONE

Psicosi: da psico- (dal greco «anima») con il suffisso -osi, («degenerazione»): «degenerazione dell'anima»

- compromissione della percezione della realtà, con creazione di una nuova realtà; le persone affette da psicosi percepiscono il mondo esterno a sé in maniera differente rispetto a chi gli sta attorno.
- incapacità di distinguere ciò che è reale da ciò che non lo è.

Disturbo psicotico:

Condizione caratterizzata da sintomi soggettivi che riflettono il disturbo di valutazione della realtà a cui sono associati una serie di segni oggettivabili

GLOSSARIO

Allucinazioni

False percezioni sensoriali non associate a uno stimolo esterno reale

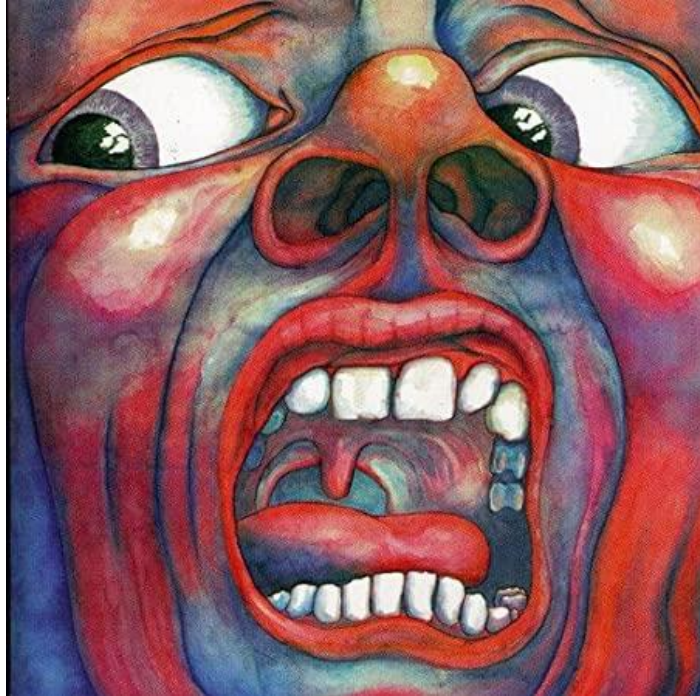
- *Vivide e chiare*
 - *Non sono sotto il controllo volontario*
- uditive (musica, voci commentanti, dialoganti, di comando, etc.)*
- visive (persone, immagini, luci)*
- olfattive e gustative (in genere sgradevoli)*
- Tattili*

- *Sensorio integro*

GLOSSARIO

Deliri

Perdita della capacità di riconoscere ciò che è reale da ciò che invece non lo è.



IDEE FISSE, CHIARAMENTE NON POSSIBILI E NON COMPRENSIBILI;

BASATE SU SENSAZIONI ERRATE;

NON DERIVANTI DA UN SISTEMA CONDIVISO DI CREDENZE CULTURALI.

Per essere definito tale, il delirio deve avere delle conseguenze pratiche nella vita quotidiana della persona, conseguenze che dipendono dal tipo e dalla gravità del delirio (ad esempio l'individuo può perdere il lavoro, può venire perseguito legalmente o può nuocere se stesso e gli altri).

Il contenuto del delirio può variare fra i diversi pazienti e anche nello stesso paziente nel corso della malattia.

GLOSSARIO

Deliri

Deliri - Contenuto

Persecuzione:

“ Ci sono delle telecamere che mi stanno filmando per sapere tutto quello che faccio”

Controllo del pensiero:

“ I miei pensieri vengono controllati dall'esterno”

Rimozione del pensiero :

“ Loro mi stanno cancellando i pensieri dalla mente”

Inserzione del pensiero :

“ Mi mettono nella testa pensieri che non sono i miei”

Trasmissione del pensiero:

“ Tutti leggono quello che penso perché la mia mente è trasparente”



GLOSSARIO

Deliri

Deliri - Contenuto

Grandezza:

“ La mia missione è salvare il mondo ”

Religioso:

“ Io sono la Vergine Maria ”

errori di identificazione:

Sdr. di Capgras

“ mia sorella è stata rimpiazzata da un sosia ”

Sdr. di Fregoli

“ tu sei mia sorella, non fare finta di essere un'altra ”



GLOSSARIO

ALOGIA: Caratteristica povertà di linguaggio che si manifesta con risposte brevi, laconiche, vuote. Il linguaggio è poco fluido e sembra riflettere una diminuzione dei pensieri.

APATIA: Incapacità nel programmare, progettare e portare a termine qualsiasi attività. Il paziente trova difficile – impossibile a formulare e seguire piani a lungo termine

ANEDONIA: Incapacità a provare piacere anche in attività nelle quali prima provavano interesse e piacere

APPIATTIMENTO AFFETTIVO: Diminuzione dell'intensità dell'espressione e della risposta Emozionale. Tendenza alla ipomimia facciale, a ridurre i movimenti spontanei, ad uno scarso contatto visivo ...

DISTURBI DELL' ATTENZIONE : facile distraibilità, difficoltà di concentrazione

GLOSSARIO

Pensiero disorganizzato

Comprende una serie di disturbi della forma e del processo del pensiero

Viene compromessa la comunicazione efficace della persona

DERAGLIAMENTO : la direzione del pensiero cambia repentinamente; i pensieri sono interpolati senza alcuna connessione

TANGENZIALITÀ: risposte oblique o irrilevanti a una domanda

CIRCOSTANZIALITÀ: incapacità di concentrare l'oggetto del pensiero su una figura centrale rispetto ai dettagli periferici

INCOERENZA È una forma di pensiero dissociato per alterazione dello stato di coscienza; Il corso del pensiero è disgregato in frammenti sconnessi, eterogenei, fugaci

ASSOCIAZIONE PER ASSONANZA I concetti non sono più associati secondo criteri logici ma attraverso assonanze sonore, giochi di parole, somiglianze linguistiche.

DISTURBI PSICOTICI (DSM5)



Disturbo psicotico breve (*< 1 mese*)

Disturbo schizofreniforme (*1-6 mesi*)

Schizofrenia



Disturbo Schizoaffettivo (*psicosi + e.umore*)

Disturbo schizotipico di personalità

(*psicosi, pensiero magico, ansia sociale, eccentricità*)

Disturbo delirante

SCHIZOFRENIA

La Schizofrenia è una malattia mentale “primitiva”
(non dipendente da altre malattie del SNC)
caratterizzata da

DELIRI

(una distorsione soggettiva della realtà)

ALLUCINAZIONI

(disturbi percettivi caratteristici)

DISSOCIAZIONE IDEATIVA

(alterazioni del pensiero e della comunicazione)

Il decorso è peggiorativo con impoverimento delle
capacità di funzionare adeguatamente a livello
familiare, lavorativo e sociale.

Epidemiologia della schizofrenia

1:10.000 soggetti in età evolutiva

Raro prima dei 13 anni, ma l'incidenza aumenta costantemente durante l'adolescenza

Il picco di esordio è di età compresa tra 15 e 30 anni

2:1 rapporto M/F

Kraepelin



- la storia concettuale della schizofrenia risale alla fine del XIX secolo, alla descrizione della “dementia praecox” da parte di Kraepelin.
- i sintomi caratteristici includevano le allucinazioni, le esperienze di influenzamento, i disturbi dell’ attenzione, della comprensione e del flusso del pensiero, l’ appiattimento affettivo e i sintomi catatonici
- l’ eziologia era endogena, vale a dire il disturbo originava da cause interiori
- la “dementia praecox” fu distinta dal disturbo maniaco-depressivo e dalla paranoia in base ai sintomi e al decorso
- Kraepelin prese in considerazione la possibilità che la multiformità psicopatologica con cui si presentavano all’ osservazione clinica fosse in realtà non sostanziale, dato che comunque tutte queste forme progressivamente si avviavano a una particolare qualità di indebolimento psichico.

DEMENTIA PRAECOX ODER GRUPPE SCHIZOPHRENIEN

EUGEN BLEULER – VIENNA 1911



Con il nome di DEMENTIA PRECOX, O SCHIZOFRENIA indichiamo un gruppo di psicosi dal corso ora cronico ora a poussè, le quali ad ogni stadio possono arrestarsi o regredire, ma non consentono mai una completa restitutio ad integrum . Il gruppo nosologico è caratterizzato da un'alterazione specifica, non riscontrabile altrove, del:

PENSIERO
SENTIMENTO
RAPPORTO COL MONDO ESTERNO

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA SCHIZOFRENIA

DSM-5 American Psychiatric Association

A

Sintomi caratteristici: due o più dei sintomi seguenti, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo)

1. Deliri

2. Allucinazioni

3. Eloquio disorganizzato (ad es. frequenti deragliamenti o incoerenza)

4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico

5. Sintomi negativi

B

Disfunzione sociale/lavorativa per un periodo di tempo significativo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (oppure quando l'esordio è nell'infanzia o nella adolescenza, si manifesta un'incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile)

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA SCHIZOFRENIA

DSM-5

C Durata: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfano il criterio A (cioè sintomi nella fase attiva) e può includere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestati soltanto da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati nel criterio A presenti in forma attenuata. (ad es convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

D Esclusione dei Disturbi Schizoaffettivo e dell' Umore: Il Disturbo Schizoaffettivo ed il Disturbo dell' Umore con Manifestazioni Psicotiche sono stati esclusi poiché:

1. nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva
2. oppure, se si sono verificati episodi di alterazione dell' umore durante la fase dei sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo e residuo

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA SCHIZOFRENIA

DSM-5

E Esclusione di sostanze o di una condizione medica generale: il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es una sostanza di abuso, un farmaco) o ad una condizione medica generale

F Relazione con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo: se c'è una storia di Disturbo Autistico o di altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, la diagnosi addizionale di Schizofrenia si fa soltanto se sono pure presenti deliri o allucinazioni rilevanti per almeno un mese (o meno se trattati con successo)

Classificazione di decorso longitudinale e di sottotipo:

- 🏠 Primo Episodio Singolo in Fase Acuta
- 🏠 Primo Episodio Singolo in Remissione Parziale
- 🏠 Primo Episodio Singolo in Remissione Completa
- 🏠 Episodi Multipli (Acuto, in Remissione Parziale, Completa)
- 🏠 Modalità Non Specificata
- 🏠 Con Catatonia

IL DSM, prevede che:

① LA SCHIZOFRENIA ESISTE COME REALTA' CLINICA

**② PER FARE DIAGNOSI DI SCHIZOFRENIA BASTA
ATTENERSI AI CRITERI DEL BUON VECCHIO
KRAEPELIN:**

**Deliri
Allucinazioni
Disorganizzazione
Apatia - Alogia - Abulia**



**≥ 2 dei sintomi
per almeno 6 mesi**

CRITERI DIAGNOSTICI E SCHIZOFRENIA: “PRO” E “CONTRO”

DEFINIZIONE “CATEGORIALE”

E' una definizione basata sulla costellazione sintomatologica trasversale. Risulta insufficiente poiché:

- Nessuno dei sintomi della schizofrenia è specifico per essa
- Molti sintomi associati alla sindrome schizofrenica possono essere assenti rispetto alle varie fasi del disturbo

DEFINIZIONE DIMENSIONALE

L' approccio dimensionale considera gruppi di sintomi giustificati da una comune alterazione di funzione a loro volta sostenuta da un meccanismo patofisiologico specifico. Tra i vantaggi ha:

- La possibilità di avere un modello validabile sul piano clinico
- Permette di correlare in modo specifico quadri psicopatologici con alterazioni biologiche
- Permette di adattare in modo più selettivo la farmacologia disponibile al quadro clinico in funzione delle dimensioni dominanti

SCHIZOFRENIA: DIMENSIONI CLINICHE

PSICOTICA

DELIRI
ALLUCINAZIONI

Rappresentano la “ perdita dei confini dell’ego”. Il paziente non riesce a distinguere tra i pensieri e le proprie percezioni da quelli che derivano dalla sua osservazione del mondo esterno

NEGATIVA

ALOGIA
APPIATTIMENTO AFFETTIVITA’
ANEDONIA
AVOLIZIONE- APATIA
DISTURBI ATTENZIONE

Talvolta possono creare difficoltà nella diagnosi differenziale con disturbi dell’ Umore

DISORGANIZZAZIONE

LINGUAGGIO DISORGANIZZATO
DISTURBI FORMALI DEL PENSIERO
COMPORTAMENTO DISORGANIZZATO
INCONGRUITA’ DELL’ AFFETTIVITA’

Per Bleuler sono i sintomi principali della Schizofrenia

SPETTRO DEI DISTURBI PSICOTICI

Esordio più acuto, outcome migliore

Esordio più insidioso, outcome peggiore



deliri, allucinazioni

mania

sintomi negativi

depressione

sintomi cognitivi

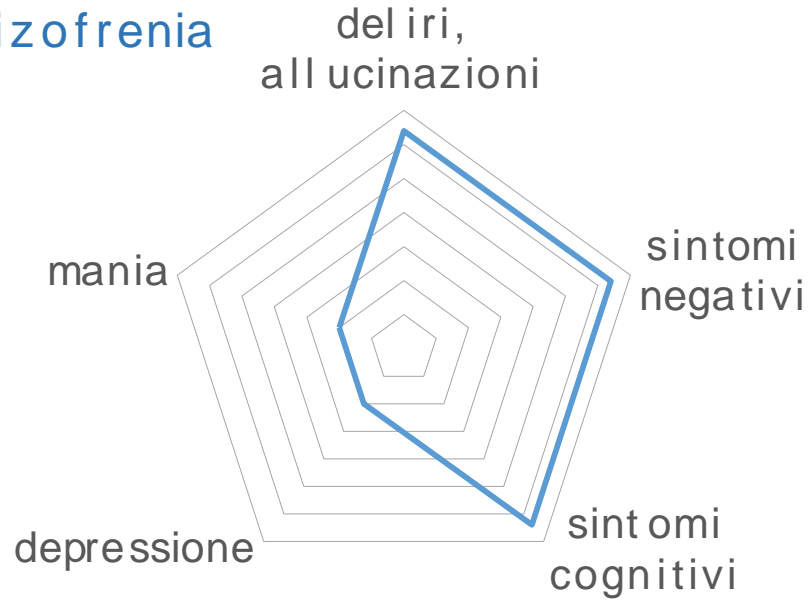


Disregolazione affettiva

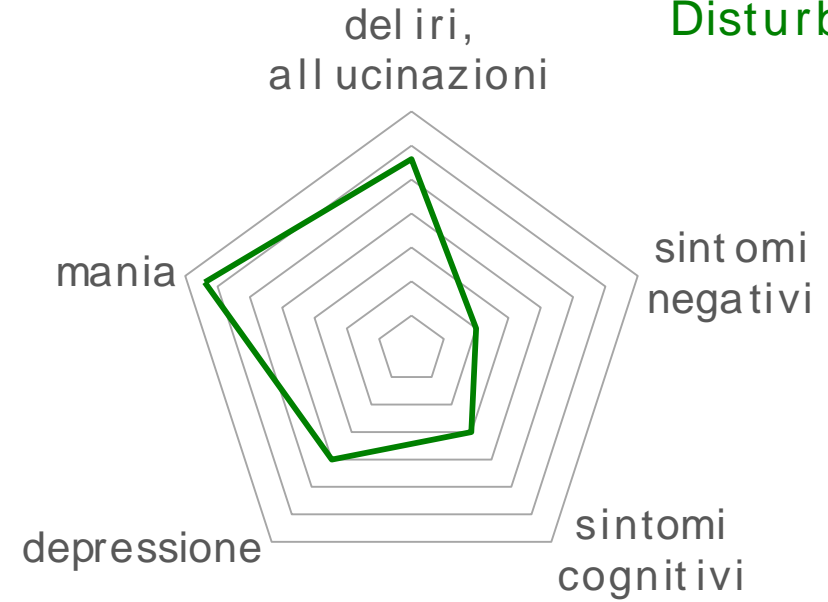
Disturbi neuro-evolutivi

SPETTRO DEI DISTURBI PSICOTICI

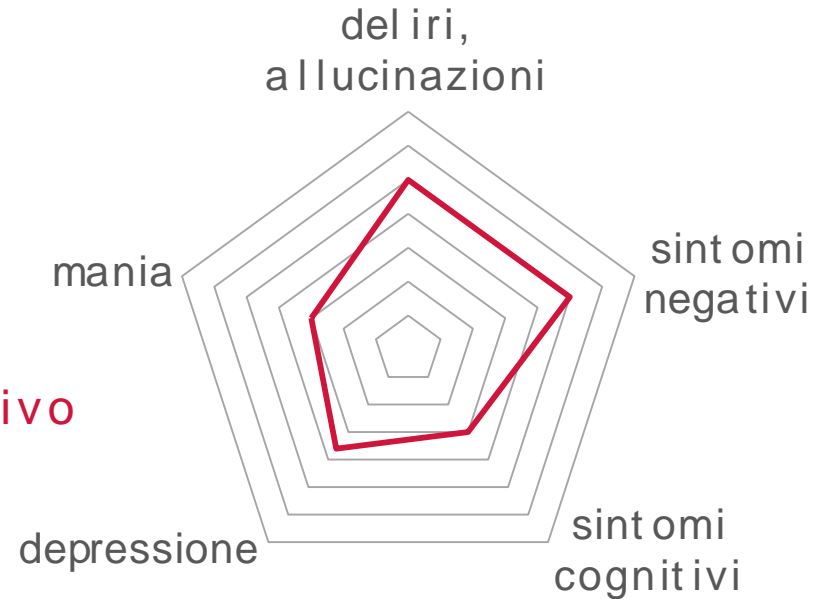
Schizofrenia



Disturbo bipolare



Disturbo schizoaffettivo



Fasi premorbose e prodromiche

Fase premorbose

- Periodo prescolare caratterizzato da preoccupazioni aspecifiche
- Età scolare precoce con menomazioni aspecifiche dell'attenzione e del comportamento (anche possibili problemi comportamentali e ritardi nello sviluppo delle abilità linguistiche/motorie); anche difficoltà nelle relazioni interpersonali e capacità di problem solving; sono stati anche notati QI più basso, gioco solitario, ansia eccessiva

Fase prodromica

- Segue la fase premorbose
- Risultati nello sviluppo della psicosi
- La psicosi è solitamente graduale/insidiosa
- Il miglior predittore di esito è la funzione premorbose

Primi segni di schizofrenia

I bambini ad aumentato rischio di schizofrenia tendono ad avere anomalie dell'andatura, della postura e del tono muscolare (p. es., segni neurologici deboli)

Allucinazioni, disturbi del pensiero e appiattimento affettivo sono comuni

I bambini con schizofrenia mostrano 3 deficit di comunicazione caratteristici:

- Labilità nell'associazione di idee
- Pensiero illogico
- Abilità discorsive compromesse

Cos'è lo sviluppo normale?

La maggior parte dei bambini che presentano sintomi psicotici o simil-psicotici non hanno un vero disturbo psicotico

Occasionalmente si osservano allucinazioni transitorie nei bambini in età prescolare (visive e tattili sono i più comuni) e sono prognosticamente benigne

- Allucinazioni ipnogogiche e ipnopompiche

L'allentamento delle associazioni e del pensiero illogico diminuisce notevolmente dopo circa 6-7 anni nei bambini

Schizofrenia ad esordio molto precoce

Definito come in via di sviluppo prima dei 13 anni di età

0,1-1% di schizofrenia si manifesta prima dei 10 anni di età (" molto, molto raro " prima dei 6 anni)

Preponderanza maschile nei primi anni (circa 2:1 < 14 anni) ma non oltre

Esordio precoce = prognosi sfavorevole

Anomalie della personalità premorbose (p. es., stili di personalità insoliti, anomalie dello sviluppo neurologico, problemi linguistici, problemi motori e una preponderanza di sintomi negativi) determinano una prognosi sfavorevole

Possono esserci almeno due fenotipi clinici di schizofrenia: uno caratterizzato da difficoltà neurocomportamentali di lunga data ad esordio precoce e l'altro tipo si sviluppa in una persona precedentemente

Schizofrenia a esordio precoce (EOS)

Schizofrenia a esordio precoce (si sviluppa dopo la pubertà fino a 18 anni)

Il 4% si presenta prima dei 15 anni di età

Il contenuto delle delusioni e delle allucinazioni in questo gruppo di età riflette spesso preoccupazioni relative allo sviluppo (es: le allucinazioni possono avere a che fare con mostri, animali domestici o giocattoli e le delusioni ruotano attorno ad aspetti dell'identità e sono meno complesse e sistematiche rispetto agli adulti)

Le allucinazioni sono relativamente comuni

Le allucinazioni uditive sono più frequenti (le allucinazioni somatiche e visive meno)

I deliri sono presenti in circa il 50% dei casi

Il pensiero irrazionale o magico e l'allentamento delle associazioni sono relativamente comuni

Sia l'esordio prescolare (molto precoce) che l'infanzia (precoce) sono comunemente insidiosi; acuto solo nel 25% circa dei casi

Schizofrenia ad esordio adolescenziale

La frequenza di insorgenza della malattia psicotica aumenta notevolmente e la sintomatologia è simile a quella degli adulti

La predominanza maschile si estende fino all'adolescenza

Esame clinico

Poiché i bambini e gli adolescenti di solito non hanno esperienza di conoscenza dei fenomeni psicotici, possono fraintendere le domande durante un colloquio psichiatrico

Le domande relative a fenomeni rari, come i sintomi psicotici, hanno in genere i tassi più alti di falsi positivi nelle interviste strutturate

I normali processi di pensiero e memoria umani includono l'ascolto di voci interne e l'esperienza di false credenze

Esame clinico (2)

Sono necessarie informazioni collaterali

Le osservazioni comportamentali sono spesso più utili delle osservazioni interpersonali e delle domande del colloquio

- ad esempio, il bambino inizia a litigare con altri bambini che sono chiaramente molto più grandi e minacciosi (dimostrando un costante scarso giudizio)

Test proiettivi possono essere utili

La validità dell'autovalutazione

La validità dei sintomi psicotici dovrebbe essere messa in discussione quando:

- 1) I rapporti sono incoerenti e non ci sono altre prove documentate oltre all'auto-segnalazione
- 2) La natura qualitativa dei resoconti non è tipica della psicosi (p. es., descrizioni molto dettagliate o resoconti più suggestivi di fantasia o immaginazione)
- 3) I sintomi riportati si verificano solo in momenti specifici o sono chiaramente rafforzati da circostanze ambientali (p. es., sentire voci solo dopo un combattimento)

Risultati degli studi sulla schizofrenia degli adulti

Alterazioni delle dimensioni e della struttura del cervello (in particolare l'ippocampo) e disfunzione dopaminergica fronto-striatale

Complicanze perinatali

Anomalie fisiche minori (segni morbidi neurologici)

Interruzione dello sviluppo fetale durante il 2 ° trimestre di gravidanza (suggerito dalla mancanza di gliosi, che dimostrerebbe un danno che si verifica entro il 3 ° trimestre)

Studi di neuroimaging in età evolutiva

I risultati più coerenti degli studi di neuroimaging sono l'allargamento ventricolare e la riduzione del volume cerebrale totale

Studi longitudinali su pazienti con EOS hanno dimostrato un progressivo allargamento ventricolare

I fratelli dei pazienti con EOS hanno un volume cerebrale totale e volumi totali di materia grigia frontale e parietale inferiori rispetto ai volontari (suggerendo un possibile marcatore del tratto genetico)

Nei bambini con schizofrenia sono state dimostrate anche differenze misurabili nel metabolismo del glucosio, nell'eccitazione irregolare del SNA e problemi con il tracciamento visivo di oggetti in movimento

Perdita di materia grigia

Le scansioni cerebrali MRI di adolescenti rivelano aumento della dimensione dei ventricoli cerebrali che si ingrandiscono in modo anomalo tra i 14 ei 18 anni di età negli adolescenti con schizofrenia a esordio precoce, suggerendo un restringimento del volume del tessuto cerebrale. Questi Ragazzi perdono 4-5 volte più materia grigia nei loro lobi frontali rispetto agli adolescenti normali.

Questa perdita di materia grigia avvolge il cervello in un'onda progressiva da dietro a davanti per 5 anni, iniziando dalle strutture posteriori coinvolte nell'attenzione e nella percezione, diffondendosi infine alle aree frontali responsabili dell'organizzazione, della pianificazione e di altre funzioni "esecutive" compromesse nella schizofrenia. Il modello di perdita finale è coerente con quello osservato nella schizofrenia adulta.

Perdita di materia grigia continua

Mentre gli adolescenti sani perdono in media l'1% di sostanza grigia all'anno, i pazienti schizofrenici perdono fino al 5% all'anno, con una perdita maggiore tra gli individui con i sintomi più gravi (p. es., allucinazioni, deliri, pensieri bizzarri e psicotici e depressione) e diffondersi in aree che controllano le funzioni sensoriali e motorie.

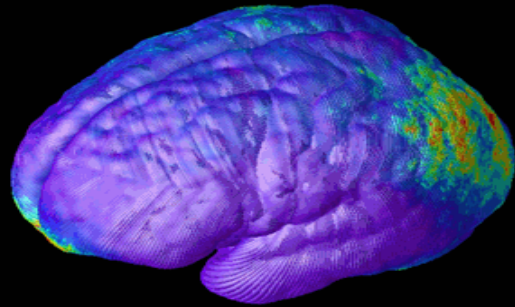
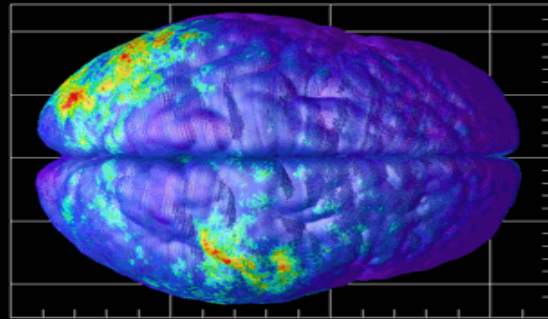
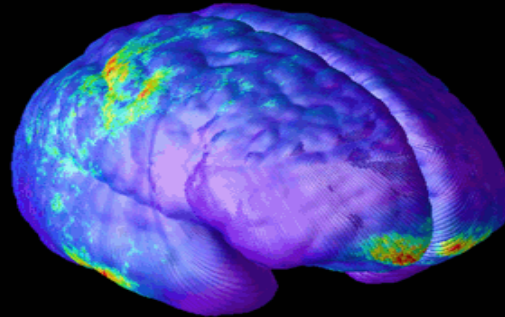
A 18 anni, gli adolescenti in uno studio avevano perso il 25% della loro materia grigia in alcune aree del cervello.

In un altro studio, fratelli non affetti di pazienti schizofrenici avevano una materia grigia significativamente più sottile nelle aree temporali prefrontali e bilaterali di sinistra a partire dall'età di 8 anni con un assottigliamento meno significativo nelle aree prefrontali e parietali inferiori di destra. Questi deficit non erano più presenti all'età di 20 anni. Un funzionamento globale più elevato era associato alla diminuzione del diradamento della sostanza grigia nel gruppo dei fratelli. Questi risultati supportano l'ipotesi che lo sviluppo della sostanza grigia sia per lo più guidato geneticamente nelle aree frontali e temporali e più dipendente dall'ambiente nei domini parietali meno colpiti.

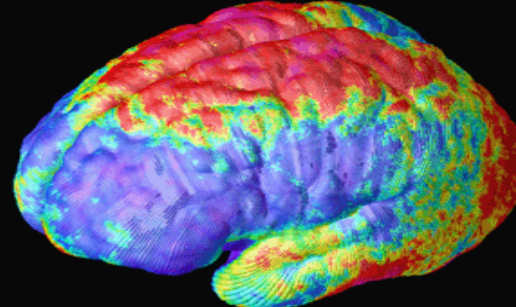
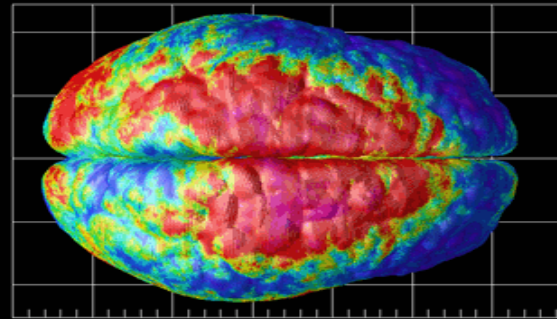
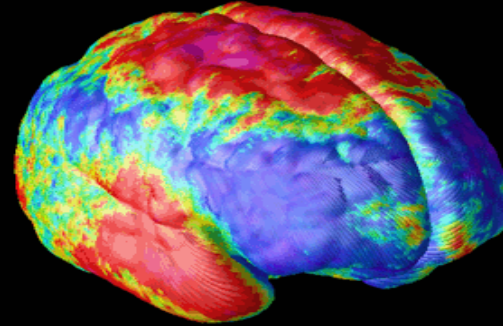
Nelle immagini che vedremo ora, le aree rosse/rosa indicano la perdita di cellule di materia grigia; mentre le aree blu/verdi indicano la stabilità cellulare.

Rate of Gray Matter Loss

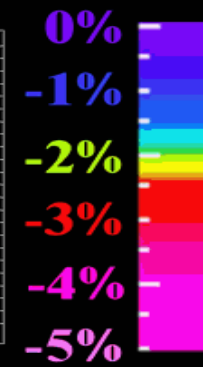
**Normal
Adolescents**



**Schizophrenic
Subjects**



**Average
Annual
Loss**



Thompson et al., 2000

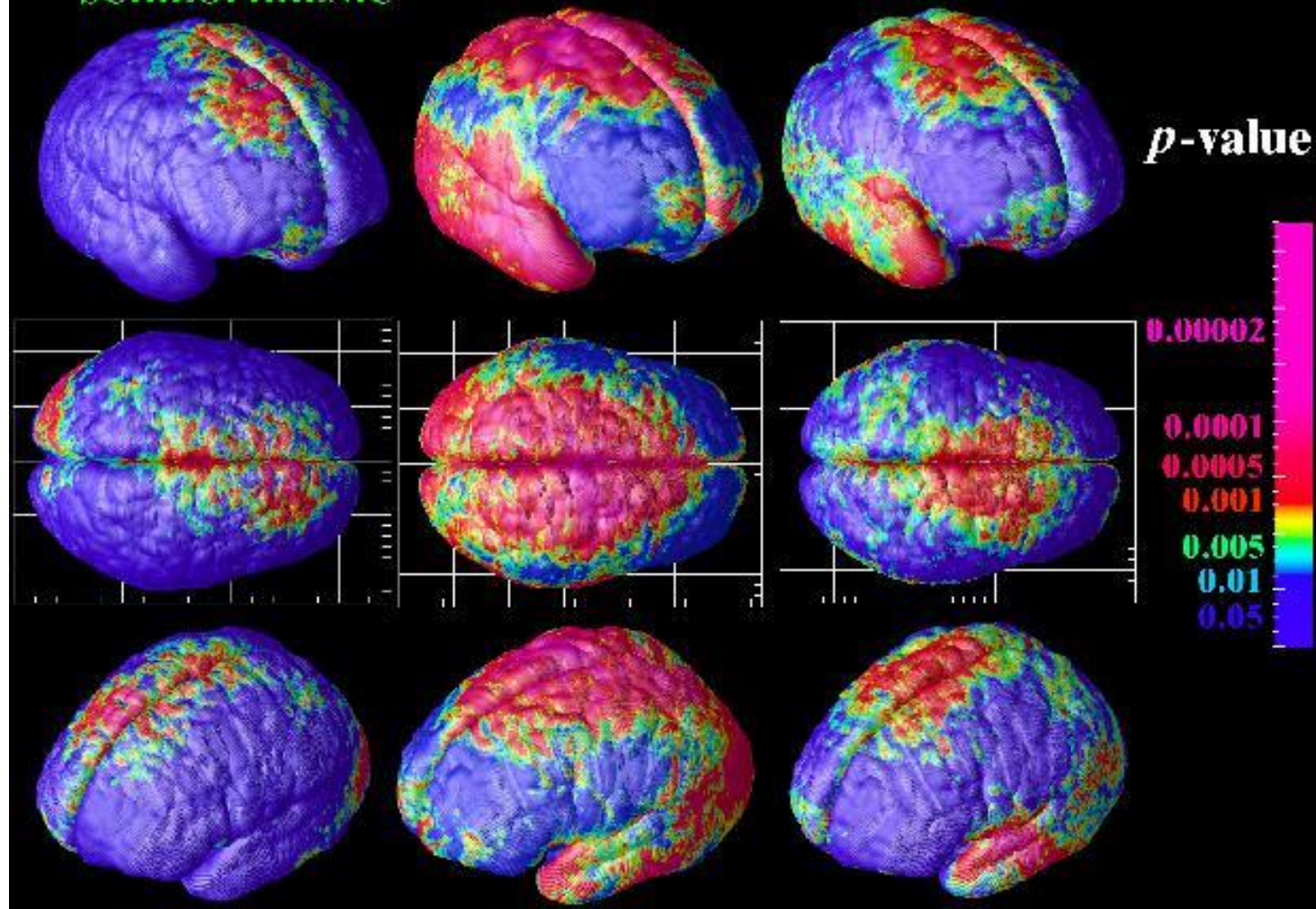
Ruling out Medication Effects

MEDICATION-MATCHED

NON-
SCHIZOPHRENIC

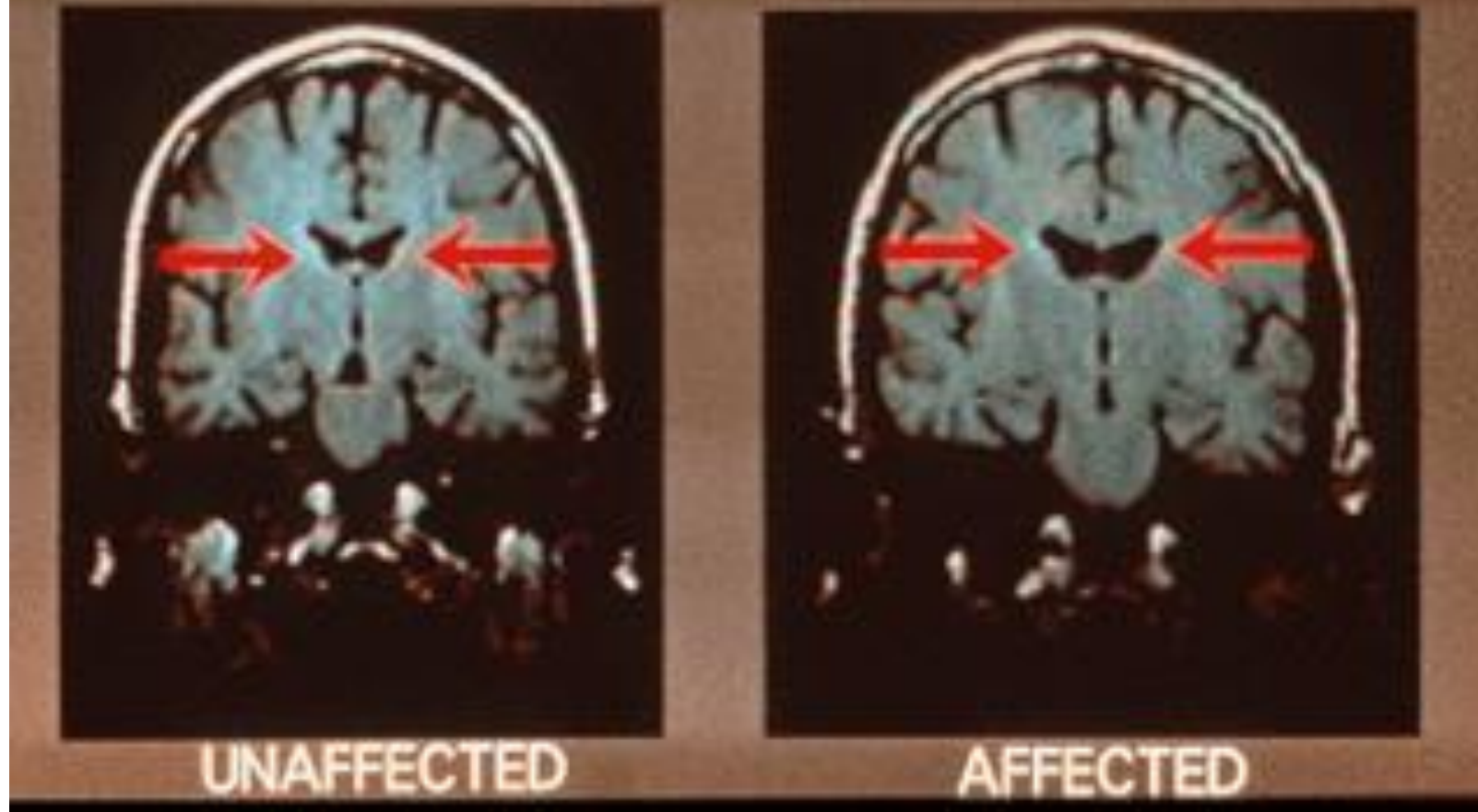
SCHIZOPHRENIC

DIFFERENCE

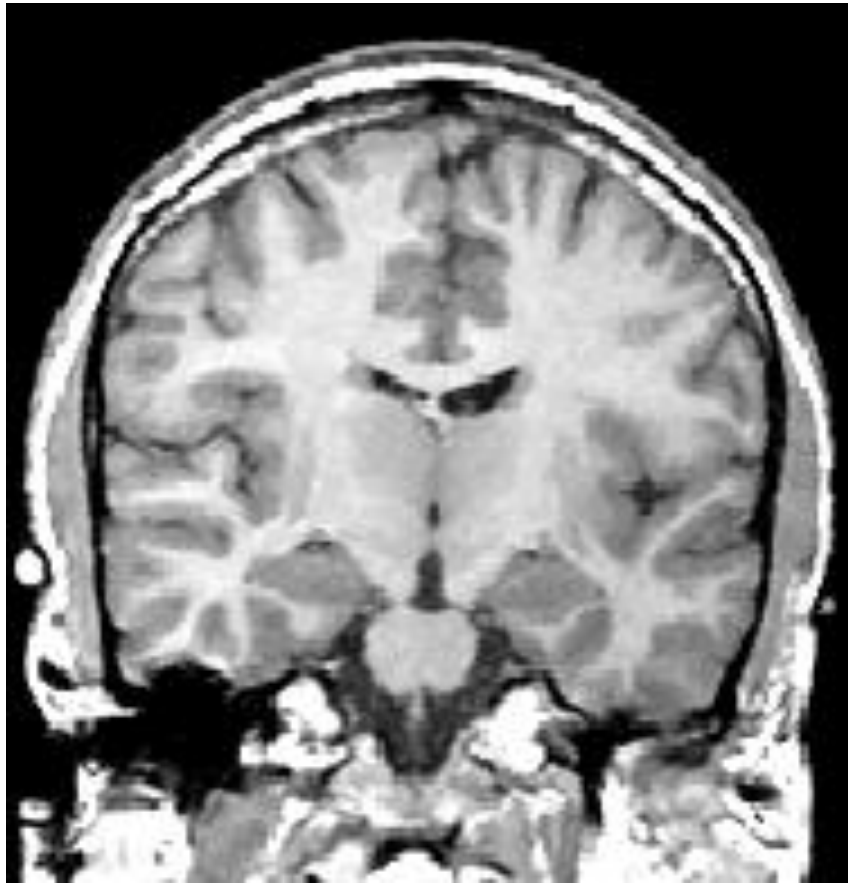


SCHIZOPHRENIA IN MONOZYGOTIC TWINS

Pair no. 2: 44 year old males

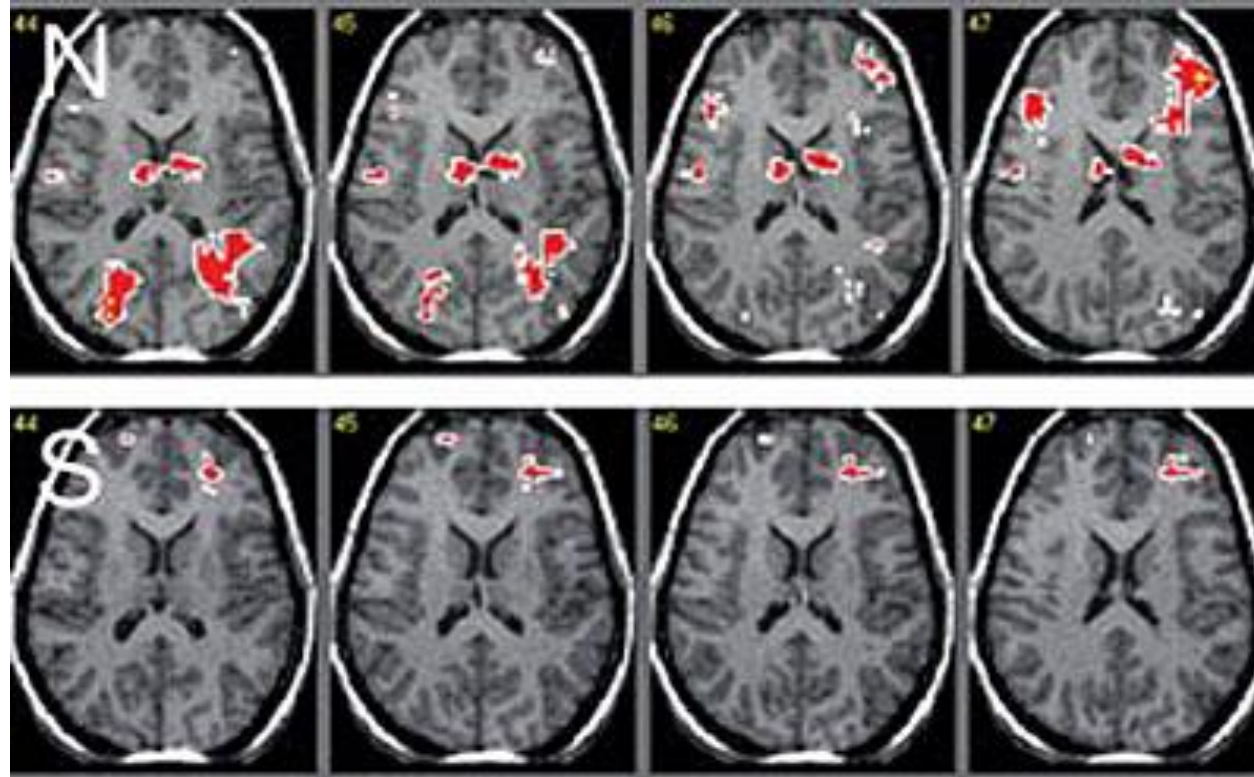


Imaging MRI che mostra differenze nelle dimensioni dei ventricoli cerebrali nei gemelli: uno schizofrenico, uno no



Scansioni coronali MR da un normale soggetto di confronto (a sinistra) e schizofrenico cronico (a destra). Notare l'aumento del liquido cerebrospinale, l'allargamento ventricolare, la diminuzione della massa grigia, ecc.

Attività cerebrale nella schizofrenia



Diminuzione dell'attività cerebrale nei soggetti schizofrenici (S) rispetto ai controlli normali (N) in uno studio fMRI che esamina il funzionamento esecutivo.

Genetica della schizofrenia

Concordanza: in media il 46% per i gemelli monozigoti, fino al 60% in alcuni studi; 14% per i gemelli dizigoti

I fratelli (parenti di 1° grado) degli schizofrenici hanno una probabilità del 10% di sviluppare la malattia

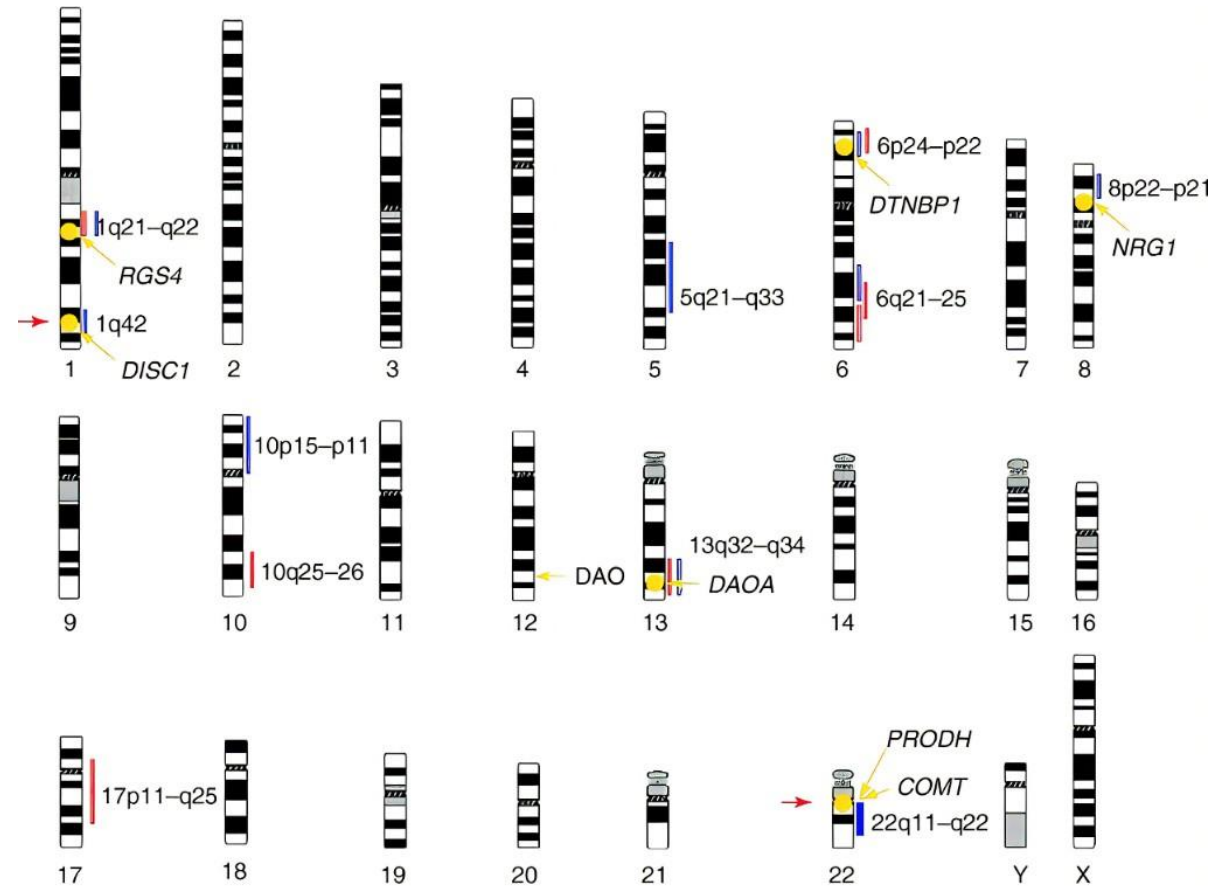
Il rischio aumenta al 17% per le persone con un fratello e un genitore con la malattia; e il 46% per i figli di due genitori schizofrenici

I bambini con un genitore schizofrenico hanno una probabilità del 5-6% di sviluppare la malattia

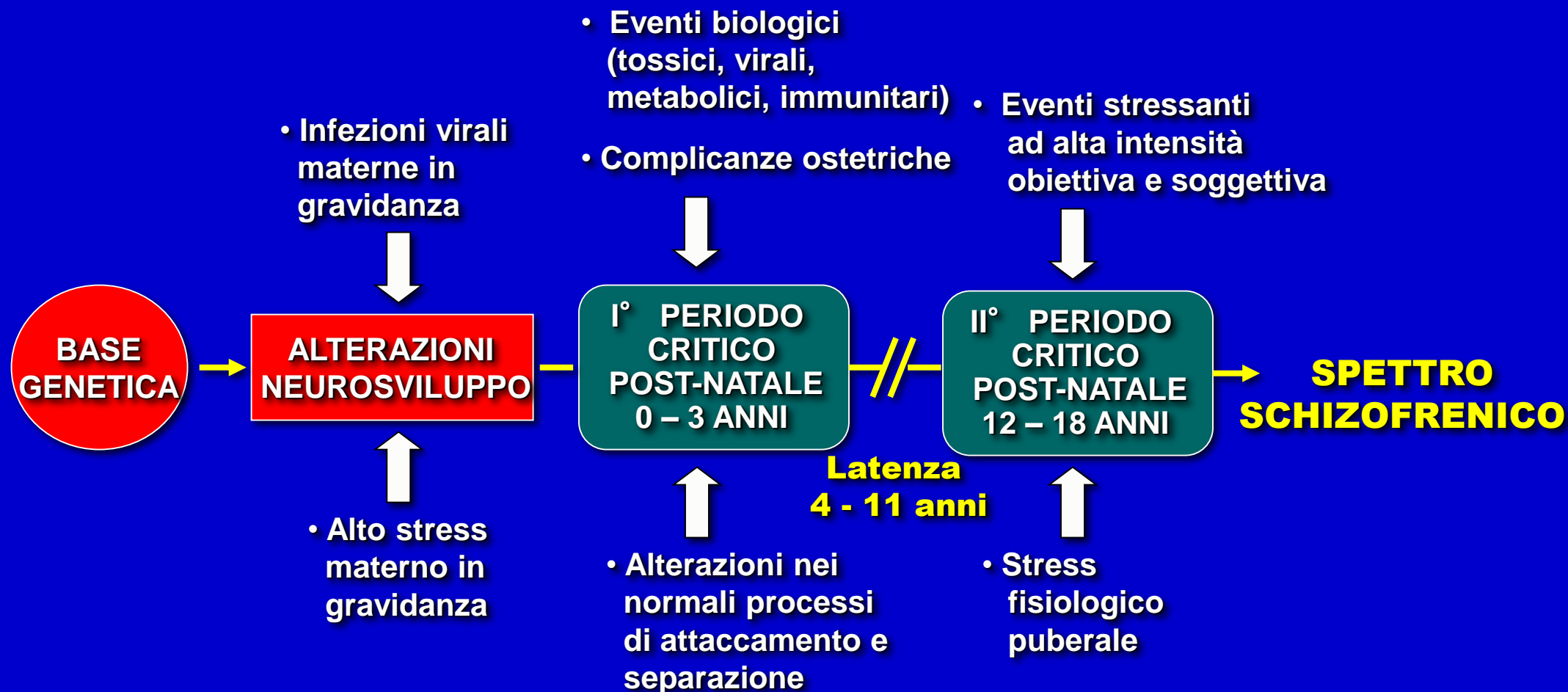
SCHIZOPHRENIA: GENES AT LAST?

M.J. Owen, N. Craddock, M.C. O'Donovan

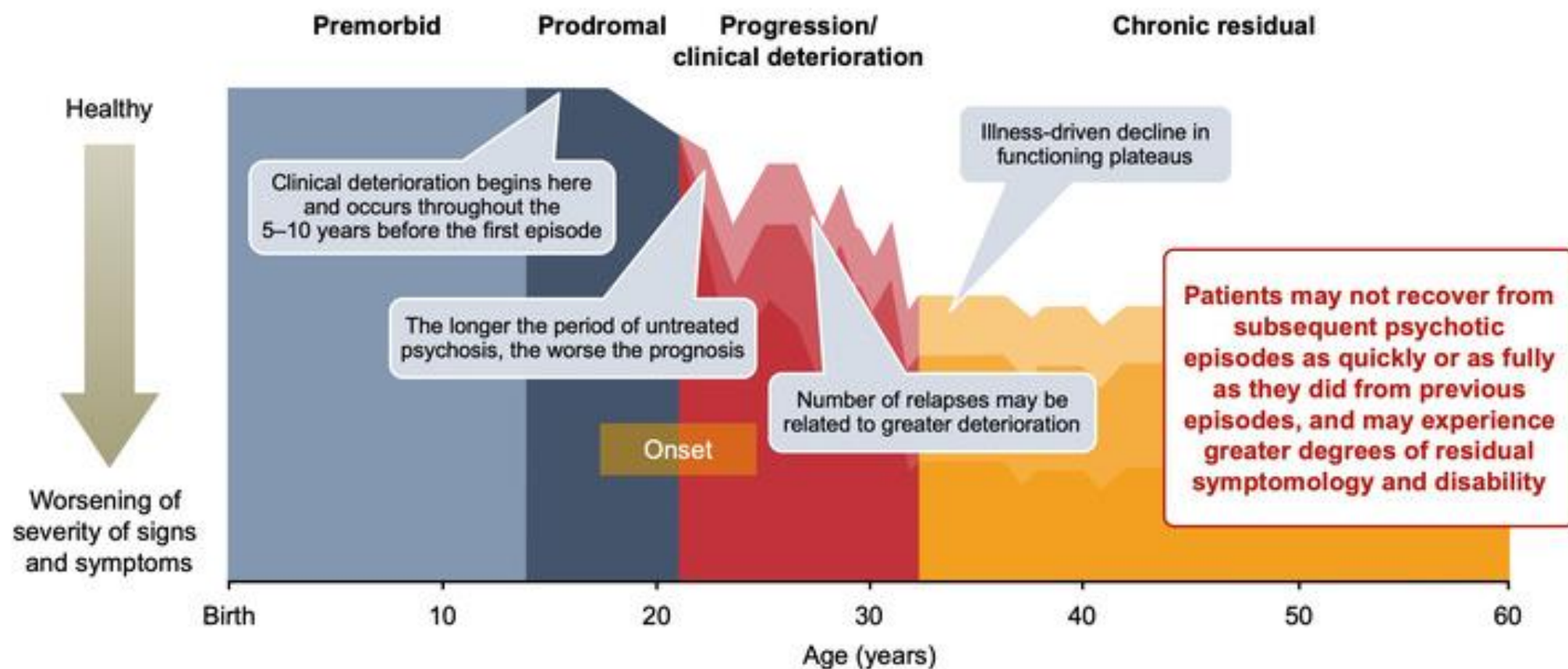
TRENDS IN GENETICS



UN MODELLO INTERPRETATIVO DELLA PATOGENESI DELLA SCHIZOFRENIA



The progression of schizophrenia and functional decline



Indicatori prognostici per la schizofrenia

FAVOREVOLI

Esordio acuto

Breve durata della malattia

Mancanza di precedenti psichiatrici

Presenza di sintomi affettivi o confusione

Buon aggiustamento premorbo

Storia di lavoro costante

Matrimonio

Età avanzata all'esordio

SFAVOREVOLI

Esordio insidioso

Lunga durata della malattia

Storia di problemi psichiatrici

Smussamento affettivo

Sintomi ossessivo-compulsivi

Storia di aggressione

Disturbo pre-morbo di personalità

Cattiva storia lavorativa

Celibato

Giovane età all'esordio

Comorbilità comuni

Problemi comportamentali

Abuso di sostanze

Storia di maltrattamenti e abusi infantili

Schizofrenia vs Disturbi dello SA

Gran parte dei primi lavori sulla “ schizofrenia ” infantile riguardava in realtà l'autismo

Gli individui con autismo non sembrano essere maggiormente a rischio di schizofrenia

Sembra esserci un aumento del rischio di psicosi tra quelli con Asperger

In presenza di PDD, la schizofrenia viene diagnosticata solo se sono presenti deliri o allucinazioni prominenti

diagnosi differenziale

I sintomi psicotici nei b.ni e negli adolescenti sono aspecifici e si manifestano in un'ampia varietà di disturbi funzionali e organici:



psicosi affettive

disturbi dello spettro autistico epilessia

uso/abuso di sostanze

malattie demielinizzanti

malattie metaboliche/autoimmuni trauma cranico

lesioni occupanti spazio

malattia cerebrovascolare

psicosi affettive

Alto tasso di sintomi psicotici nei disturbi dell'umore

→ confusione diagnostica

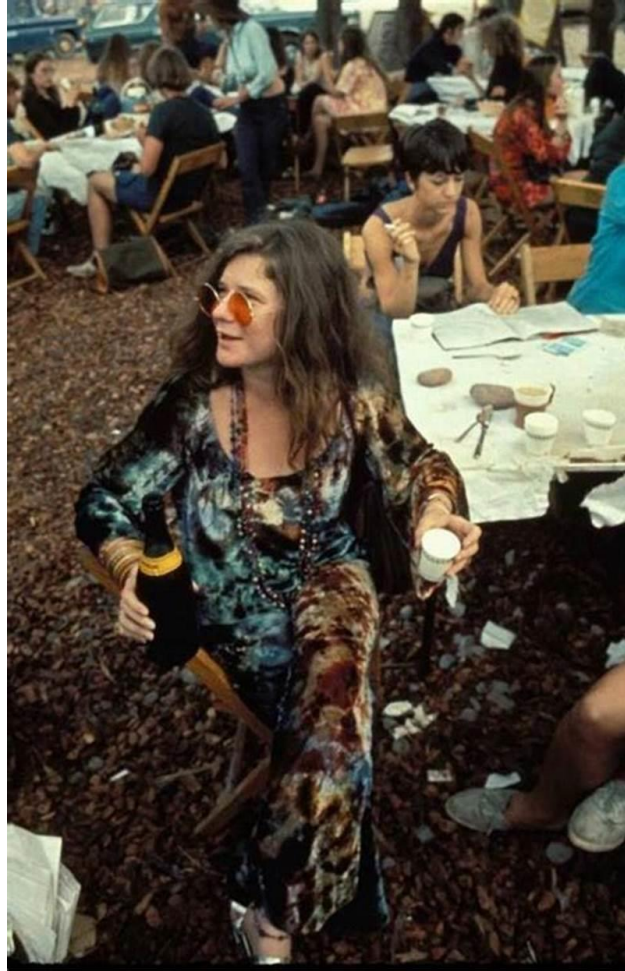
1/3 dei pz con disturbi psicotici ha sintomi significativi di d.umore La distinzione tra schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e psicosi affettiva è determinata dalla relativa predominanza e dalla sovrapposizione temporale dei sintomi psicotici e di quelli affettivi

Diagnosi differenziale difficile nei primi mesi

La remissione completa entro 6 mesi da un primo episodio psicotico è il miglior predittore di diagnosi di psicosi affettiva



DISTURBI DI PERSONALITÀ



DISTURBI DI PERSONALITÀ: DSM V

un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è stabile nel tempo, è pervasivo e determina un disagio clinicamente significativo a livello di due o più delle seguenti aree di funzionamento: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi

Destabilizza la capacità di:

- 1. percepire e interpretare se stesso, gli altri e ciò che accade intorno;**
- 2. modulare la propria reazione emotiva;**
- 3. relazionarsi con il prossimo;**
- 4. autoregolare il proprio comportamento.**

DISTURBI DI PERSONALITÀ

grande motivo di controversia tra gli studiosi, alcuni dei quali ne negano l'esistenza.

difficoltà di individuare criteri specifici che descrivano la fase di sviluppo in questione, diversificandoli da quelli utilizzati nella diagnosi dell'età adulta.

Riluttanza a conferire un'etichetta che rimandi a un disturbo psicologico così pervasivo e stabile nel tempo, temendo la possibilità che questo possa avere un impatto negativo sul bambino/adolescente e, in particolare, sul processo di acquisizione del proprio concetto di sé.

Nel DSM-5 essi vengono classificati in base a tre gruppi:

Gruppo A:

- Disturbo paranoide di personalità
- Disturbo schizoide di personalità
- Disturbo schizotipico di personalità

Gruppo B:

- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo borderline di personalità
- Disturbo istrionico di personalità
- Disturbo narcisistico di personalità

Gruppo C:

- Disturbo evitante di personalità
- Disturbo dipendente di personalità

INDICATORI

In linea generale è possibile specificare che tra gli indicatori più significativi dello sviluppo di un **disturbo di personalità in età evolutiva** troviamo un funzionamento che:

presenta difficoltà ad adattarsi all'ambiente

risulta poco flessibile

è persistente nel tempo.

si manifesta per lo più durante periodi di vita stressanti, di cambiamento e frustrazione del bambino/adolescente.

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Il bambino/adolescente cerca spesso l'occasione di instaurare litigi e discussioni, allo stesso tempo dichiara di soffrire molto la solitudine. È impulsivo; di rado, cioè, considera le conseguenze delle proprie azioni, le quali possono comprendere:

Atti di bullismo e crudeltà nei confronti di altre persone, verso le quali sferra attacchi di tipo fisico e verbale

Comportamenti cronici di autolesionismo (come la tendenza a tagliarsi o a bruciarsi)
Pensieri di tipo suicidario

Tendenza a distruggere le cose proprie e/o altrui

Mostra eccessiva ipersensibilità e suscettibilità al rifiuto, soprattutto quando percepisce di non essere "amato o benvoluto" dagli altri
Umore estremamente variabile

Reazioni non proporzionate all'evento vissuto (positivo o negativo) che si denotano per lo più con eccessivi scatti d'ira, ecc.

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

“Warning Signs”, cioè sintomi che devono allertare circa la possibilità di un DBP, ovvero tratti stabili come:

sensazione cronica di vuoto,

rabbia intensa e inappropriata,

impulsività e instabilità affettiva.

Circa l'origine, le ipotesi maggiormente condivise, sostengono che una mancanza di socializzazione precoce, un'esposizione costante ad ambienti caotici e traumatici, modelli familiari devianti, lieve alterazione neuropsicologica e biochimica, possa portare con più probabilità a un'insorgenza di DBP.

Diversamente da come si pensava in passato, la sola presenza di un trauma non sarebbe sufficiente a spiegare l'evoluzione verso la patologia.

DBP: decorso clinico

I dati riportati dai diversi studi suggeriscono che, se mentre nell'adulto il DBP è principalmente cronico, nel periodo adolescenziale il DBP è temporaneo e può andare incontro a variazione o addirittura verso una remissione.

Quindi, se si interviene precocemente sarebbe possibile ridurre gli effetti e il progredire della patologia, perciò, viene da sé la necessità di identificare la sintomatologia precocemente.

La diagnosi in infanzia e adolescenza colloquio clinico

Personality Assessment Inventory – Adolescent (PAI – A)

Minnesota Multiphasic Inventory – Adolescent (MMPI – A)

Disturbo narcisistico di personalità

Gli aspetti più evidenti in questo caso corrispondono alla tendenza del bambino/adolescente a vantarsi e lodarsi in modo spropositato. Presenta un atteggiamento teatrale, sceneggiante attraverso il quale esprime la propria sensazione di essere perfetto, anche quando, come spesso accade, trasgredisce alle regole che gli vengono imposte a casa e a scuola.

Disturbo antisociale di personalità

La prima cosa che salta all'occhio, in questo caso, è la manifestazione da parte del bambino di una significativa crudeltà nei confronti degli animali e degli altri. Compie atti di vandalismo anche a danno della propria famiglia, in seguito ai quali non sembra sentirsi in colpa. Agisce impulsivamente e si ritrova in situazioni quali ad esempio azzuffate. Spesso, inoltre, mente, scappa da casa, appicca fuochi, ruba, minaccia e marina la scuola.

Disturbo Istrionico di personalità

Rientra in questa categoria il bambino che richiede molta attenzione da parte di coloro che si prendono cura di lui. Le relazioni che intrattiene, infatti, sono denotate dalla presenza di comportamenti inappropriati, sessualmente seduttivi o provocatori.

Disturbo paranoide di personalità

L'estrema suscettibilità agli stimoli del bambino/ragazzo che presenta tale problematica è ciò che più lo caratterizza. Nello specifico, egli si presenta come molto geloso, chiuso, sospettoso e con convinzioni riguardanti il fatto che qualcuno possa perseguitarlo o danneggiarlo volontariamente.

Disturbo schizoide di personalità

Generalmente il bambino/adolescente predilige stare solo piuttosto che con altre persone della sua età, con le quali, al contrario, non va d'accordo. È descritto come strano, bizzarro, con idee insolite. Raramente si lascia coinvolgere in situazioni sociali o è interessato a esse.

Disturbo evitante di personalità

In questo quadro diagnostico emerge una timidezza quasi patologica che determina un'ipersensibilità nei confronti di tutto ciò che potrebbe creare imbarazzo. Il bambino ha paura di poter fare o pensare qualcosa di male, presenta una scarsa autostima soprattutto nei riguardi delle proprie prestazioni o della propria accettabilità sociale. Tendono a evitare la scuola e altre attività in quanto ritenute possibili fonti di disapprovazione e rifiuto. Spicca su tutto, dunque, una dimensione cronica di inadeguatezza e un profilo emotivo inibito e malinconico.

Disturbo dipendente di personalità

Il bambino/ragazzo che rientra in questa categoria manifesta una forte immaturità comportamentale ed emotiva, soprattutto se confrontato con l'età cronologica. Si sottomette, si aggrappa agli adulti cercando sostegno e continue rassicurazioni. Appare piagnucoloso, testardo, irritabile.

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Sono riscontrabili in questo caso pensieri e fantasie che vengono celate attraverso condotte eccessive di autocontrollo e inibizione dell'aggressività. Il bambino/ragazzo percepisce questi eventi interni come inaccettabili, incontrollabili a tal punto da reprimerne l'ansia a essi associata attraverso la necessità di manipolare gli altri e di prevederne le mosse.

Si struttura una modalità relazionale caratterizzata da:

tendenza a utilizzare il “pensiero magico” nel tentativo di controllare gli altri;

ipersensibilità alle critiche;

scatti d'ira e/o attacchi d'ansia quando il suo scopo di mantenere il controllo sugli altri viene frustrato.