

# VULNERABILITÀ E RESILIENZA NELLE PSICOSI:

- PERSONALITÀ PREMORBOSA E SINTOMI DI BASE -

BENEDETTA ROMANO - GIULIA GIUSEPPIN

# EPIDEMIOLOGIA DELLA SCHIZOFRENIA

- *Prevalenza Lifetime 0,5-1%*
- *M/F = 1*
- *Esordio più precoce nell'uomo (15-25aa)  
che nella donna (20-35aa)*
- *Tasso di incidenza 1/10.000*
- *Ubiquitaria in tutti i contesti culturali e  
sociali*

# FATTORI DI VULNERABILITÀ

## EREDITARI

- Studi su gemelli e familiari

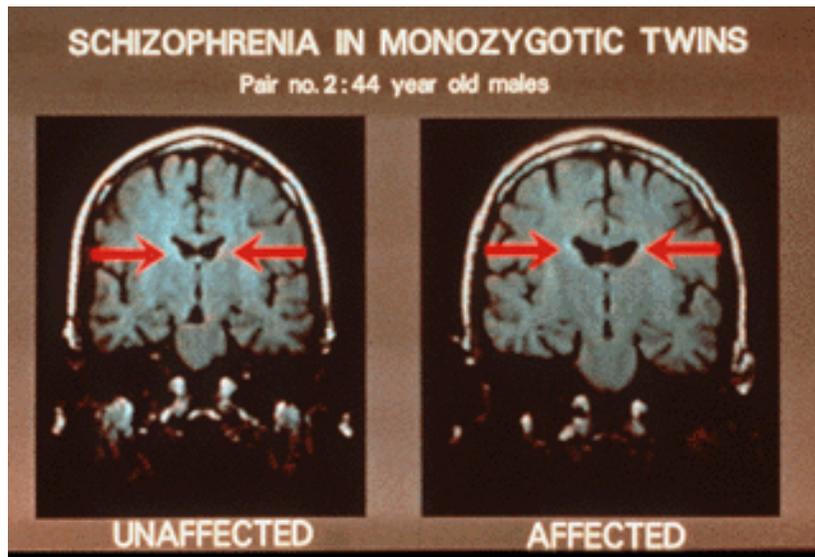
## BIOLOGICI

- Alterazioni Neuroanatomiche
- Ipotesi del Neurosviluppo
- Pathways Neurochimici

## AMBIENTALI

- Familiari
- Socio-culturali

# STUDI SU GEMELLI E FAMILIARI

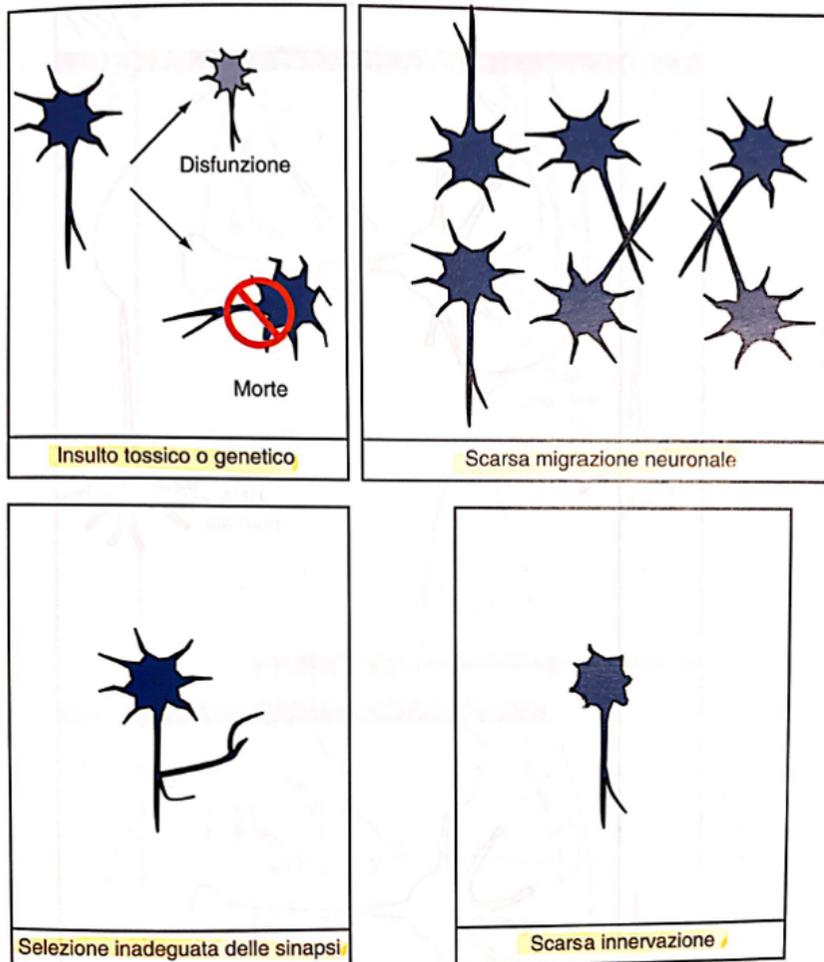


- Nei parenti di primo grado il rischio è fino a 10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale
- Nei gemelli monozigoti è stata osservata una concordanza pari al 38-72%

# ALTERAZIONI NEUROANATOMICHE

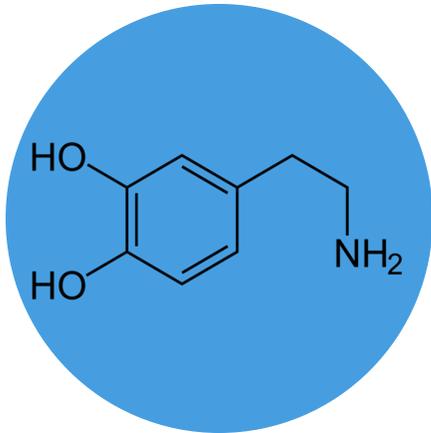
- **Ingrandimento de gli spazi ventricolari**
- **Allargamento dei solchi e atrofia cerebellare**
- **Anomalie morfologiche dei lobi temporali**
- **Riduzione del volume Ippocampale e dell'Amigdala**

# IPOSTESI DEL NEUROSVILUPPO

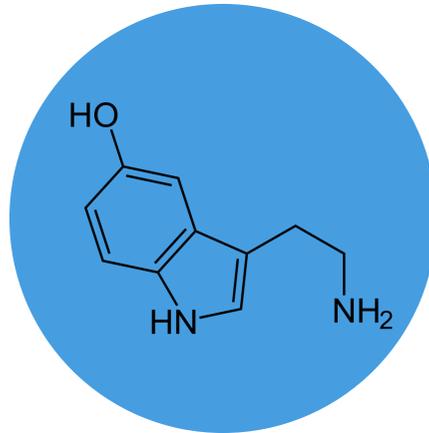


- Insulti tossici o genetici
- Scarsa migrazione neuronale
- Selezione inadeguata delle sinapsi
- Scarsa innervazione

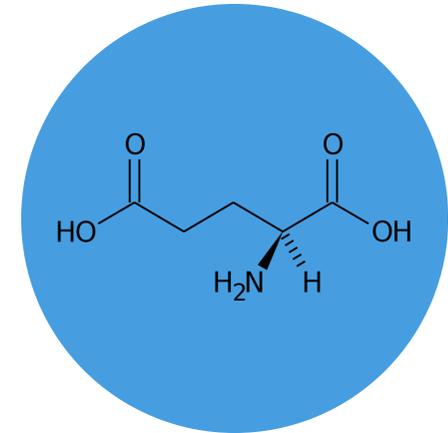
# PATHWAYS NEUROCHIMICI



Iperattivazione della  
via Dopaminergica  
mesolimbica  
Deficit dopaminergico  
in certe aree frontali  
(prefrontale dorso-  
laterale)



Iperattività dei rec.5-  
HT2 avrebbero un ruolo  
nel deterioramento  
cognitivo e nel  
comportamento  
impulsivo



Antagonisti del  
rec.NMDA possono  
produrre disturbi  
ideativi e percettivi  
(Ketamina)

## FAMIGLIA

### Studi Psicanalitici

Ritratto della «madre schizofrenogena» fredda, dominante, intrusiva, che non permette l'autonomizzazione dell'io. Porta alla costituzione di un «falso sé» nel bambino che cerca di soddisfare i bisogni della madre

### Bateson e la scuola di Palo Alto

Bateson, con la «teoria del doppio legame», ipotizzava che alla base dello sviluppo della schizofrenia ci fosse un problema di comunicazione nella relazione familiare

### Scuola di Lidz

Famiglia distorta in cui la madre è dominante e famiglia scismatica in cui la figura paterna è dominante



## SOCIO-CULTURALI

- **Urbanizzazione**
- **Livello socio-culturale**
- **Immigrazione**



# FATTORI PROTETTIVI E RESILIENZA

Nella letteratura dello sviluppo è definita come abilità di mantenere dei buoni outcome nonostante gravi minacce all'adattamento o allo sviluppo.(Masten 2001)

Negli adulti sottoposti a gravi eventi stressanti (traumi) può essere concepita come capacità di mantenere un livello di funzionamento fisico e mentale relativamente stabile e sano (Bonanno 2004)

RISULTA COMPOSTA DA: PREDISPOSIZIONI GENETICHE (INTELLIGENZA, TEMPERAMENTO, PERSONALITÀ), QUALITÀ (ABILITÀ SOCIALI, AUTOSTIMA ECC.), FATTORI AMBIENTALI (LEGAMI FAMILIARI, ASPETTATIVE, APPRENDIMENTO)

# FATTORI PROTETTIVI E RESILIENZA



## FATTORI PROTETTIVI

- Temperamento, coesione e supporto familiare
- Supporto sociale
- Elevato QI
- Capacità di problem solving
- Buone capacità genitoriali a livello affettivo ed educativo
- Presenza di relazioni profonde con le figure di riferimento, stabilità della famiglia
- Positiva percezione di sé

# PROCESSO O SVILUPPO?

CONCETTO DI **PROCESSO** COME «FRATTURA» NEL CORSO DELL'ESISTENZA. ESITA NELLA DISGREGAZIONE DELLA VITA PSICHICA OPPURE MOSTRA RISOLUZIONI PARZIALI  
(**JASPERS, SCHNEIDER**)

IPOSTESI DELLA SCHIZOFRENIA COME RISULTANTE DELLO **SVILUPPO** DA UNA PERSONALITÀ PREMORBOSA  
(**KRETSCHMER, BLEULER**)

# LA SCHIZOFRENIA COME SVILUPPO

- KRETSCHMER: BIOTIPO E PSICOTIPO
- BLEULER: L'EQUILIBRIO MANCATO
- MINKOWSKI: L'AMBIENTE
- BINSWANGER: LO SCHIZOIDE E L'ALTRO
- LAING: LA SCISSIONE DELL'IO

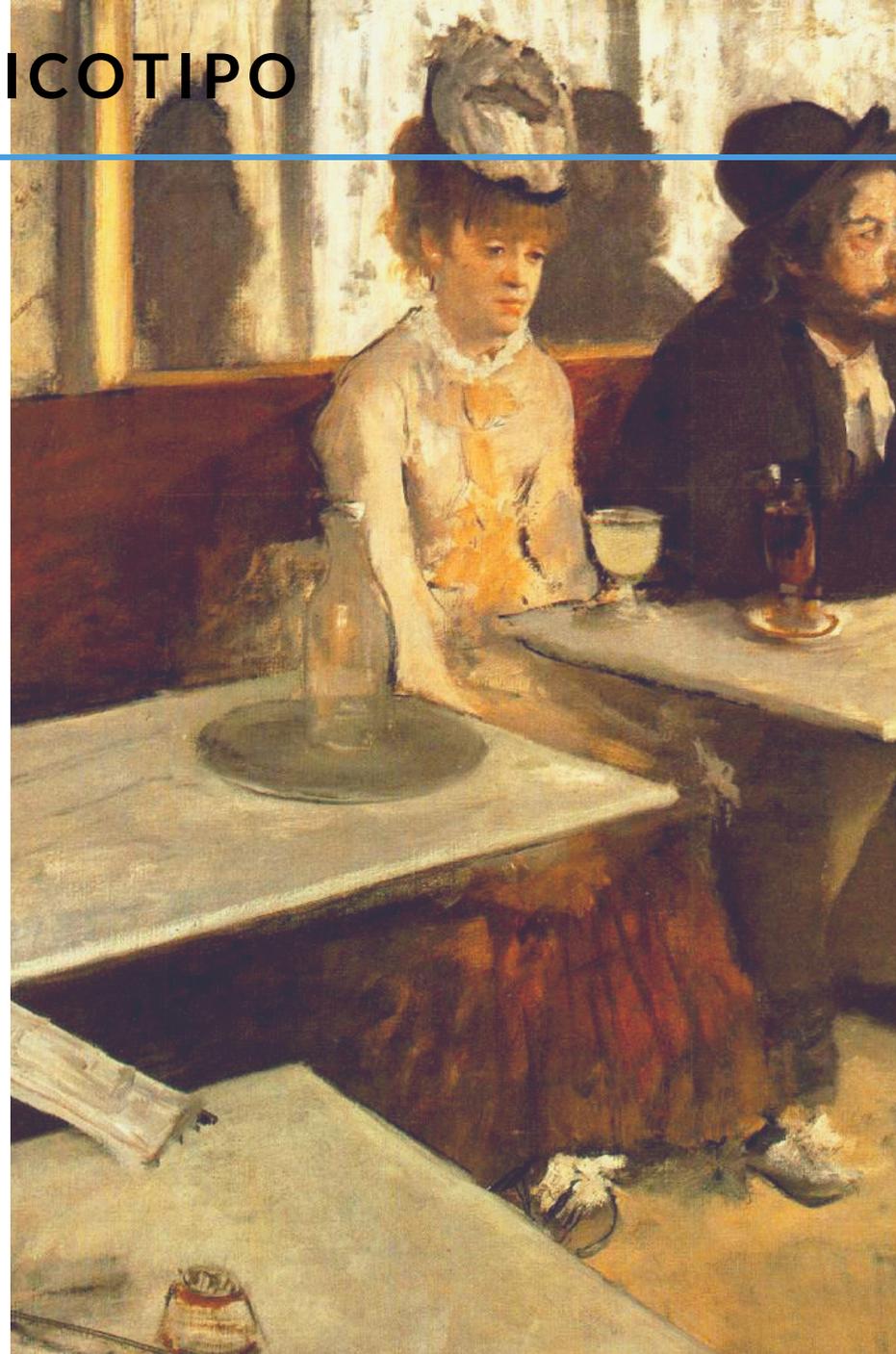
*«[...]non siamo in grado di separare ciò che è schizoide per antonomasia dal pre-psicotico, dallo psicotico, dal post-psicotico, e dal non psicotico. Possiamo solo ottenere la giusta idea dell'insieme, quando vediamo tutti questi aspetti confusi insieme»*

# KRETSCHMER: BIOTIPO E PSICOTIPO

K. parlava di un *fattore di predisposizione biotipologico* nella maggior parte dei casi corrispondente al "tipo leptosomico" e di un *fattore di predisposizione caratterologico*, lo "Schizoidismo"



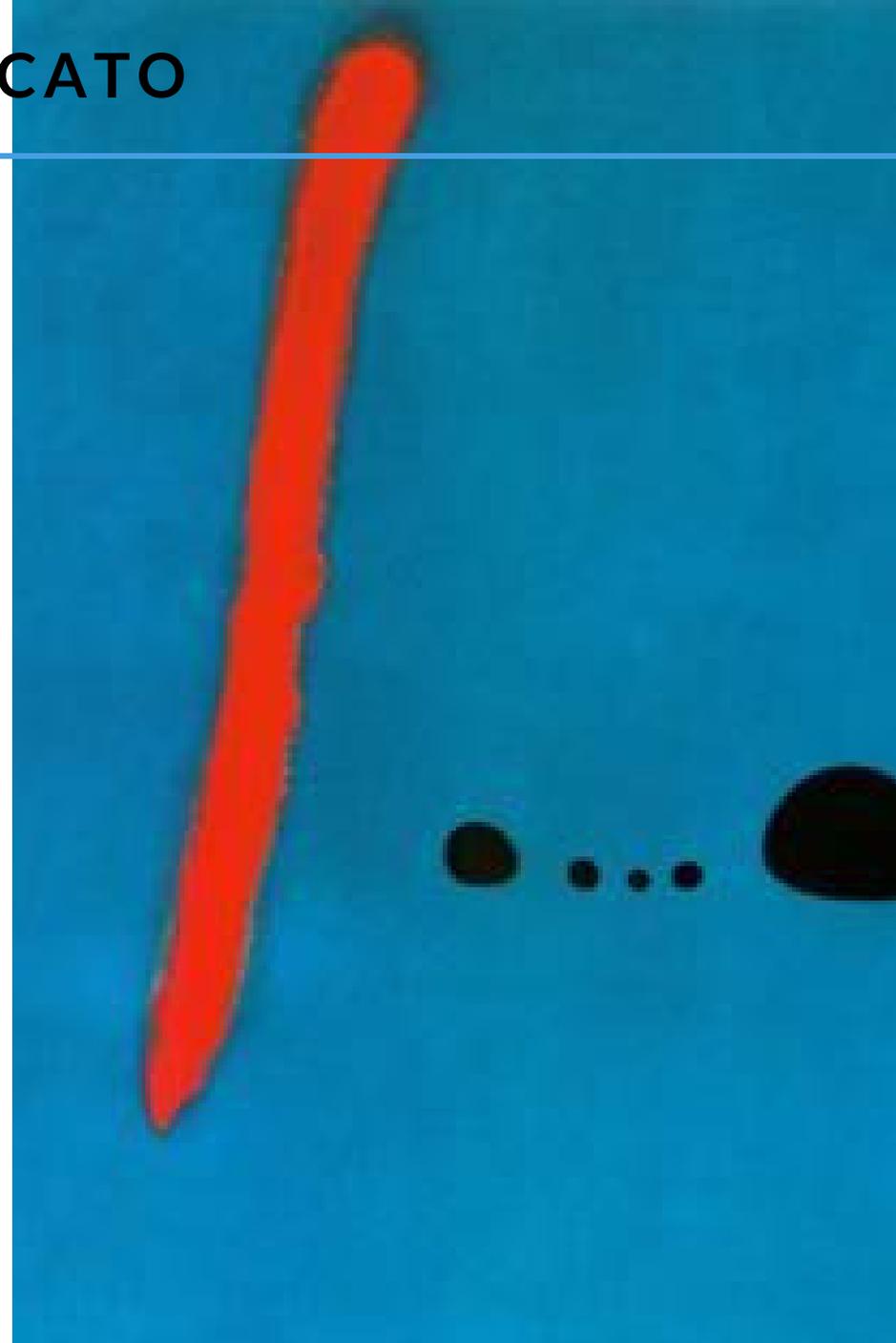
PERSONALITÀ PREMORBOSA  
CARATTERIZZATA DALLA TENDENZA A:  
ISOLAMENTO, DISADATTAMENTO  
SOCIALE, RAZIONALISMO MORBOSO E  
IDEALISMO RIGIDO



# BLEULER: L'EQUILIBRIO MANCATO

*A venir meno è l'equilibrio tra «sintonia» (come possibilità di vibrare all'unisono con l'ambiente) e «schizoidia» (ossia la tendenza a sottrarsi all'influenza affettiva della realtà per favorire l'affermazione della dimensione personale).*

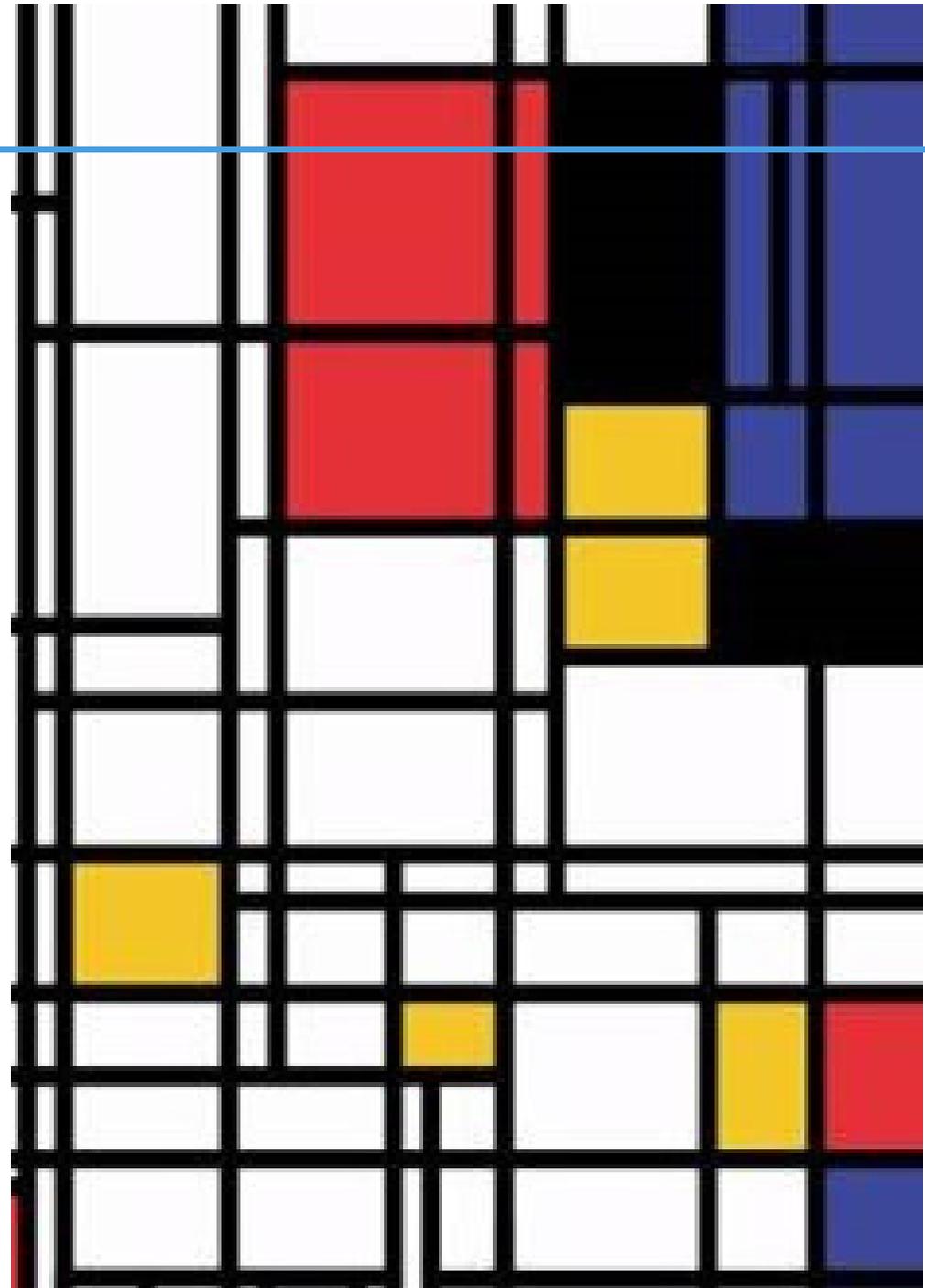
*La schizoidia porta quindi al distacco dalla realtà e al ripiegamento su se stessi.*



# MINKOWSKI: L'AMBIENTE

*L'ambiente è vissuto come entità da conoscere, più che come realtà affettivamente valida.*

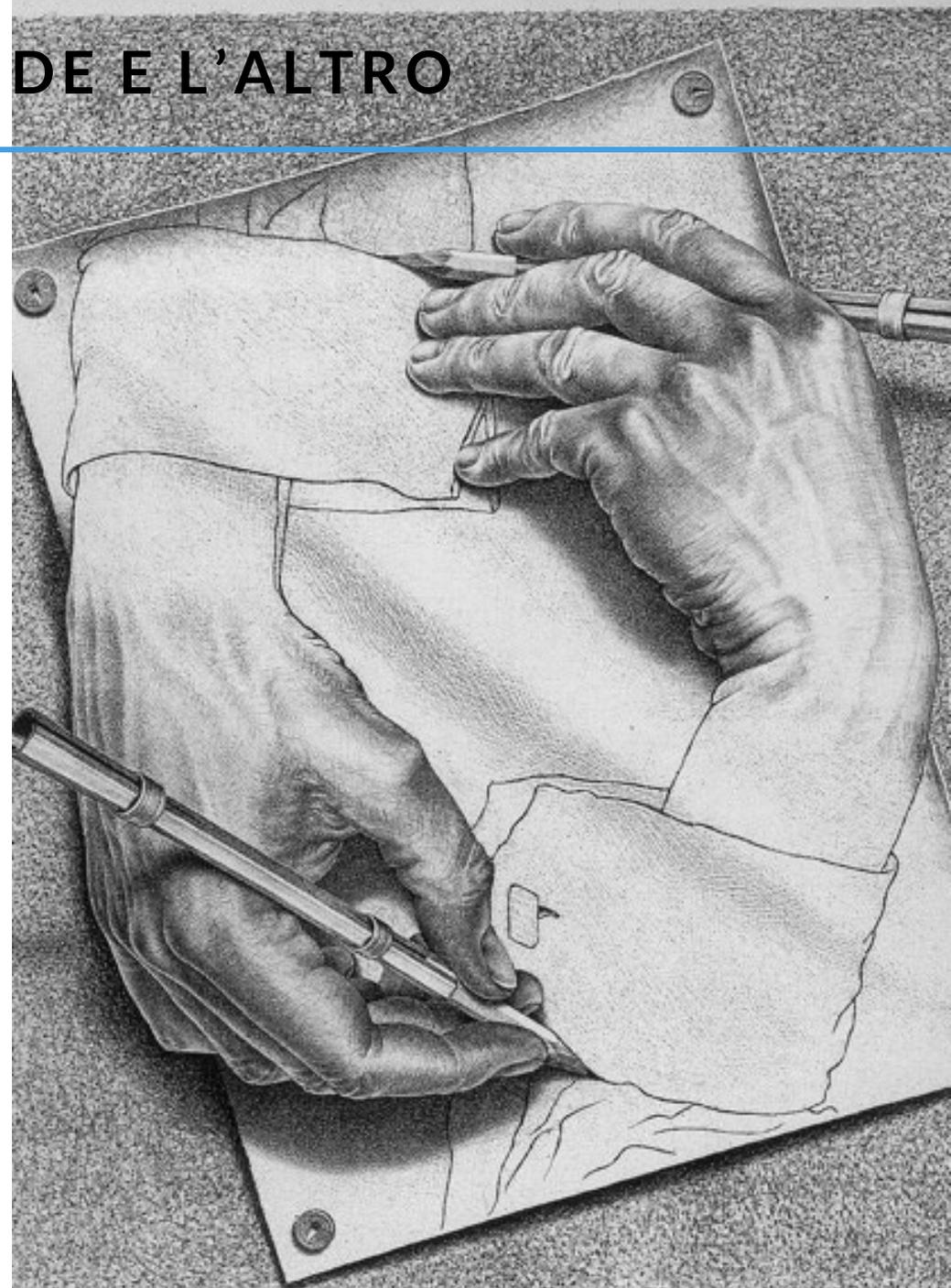
*L'individuo schizoide tende così a distanziarsene.*



# BINSWANGER: LO SCHIZOIDE E L'ALTRO

*Il rapporto dello schizoide con l'altro è inautentico per la sua incapacità di realizzare una modalità duale.*

*In questo modo perde i contatti con la piattaforma esperienziale e spaziale dell'esistenza.*



# LAING E LA SCISSIONE DELL'IO

*L'esperienza dello schizoide è scissa a due livelli: nei rapporti con l'ambiente e nei rapporti con se stesso. L'io del soggetto si divide in un io vero o interiore e in un io falso o corporeo che non sono in contatto l'uno con l'altro. L'io interiore quindi crea un mondo di socialità e di autonomia immaginifico e privato*



# SINTOMI DI BASE

**Gerd Huber e Gerard Gross della Scuola di Bonn, con l'introduzione della Teoria dei Sintomi Base negli anni Sessanta, hanno spostato l'attenzione dal sintomo schizofrenico conclamato allo studio degli episodi precedenti lo sviluppo psicotico**

*I sintomi di base sono dei deficit lievi ma disturbanti degli istinti, degli affetti, del pensiero, del linguaggio, della percezione, della propriocezione, della motricità e delle funzioni vegetative.*

# HUBER

Negli anni sessanta, elaborò per la prima volta il concetto dei sintomi di base. Egli partì da due osservazioni preliminari, la descrizione del “**pure defect**” e della  
“**cenesthetic schizophrenia**”

*Osservò che molti pazienti, i quali in seguito avrebbero sviluppato una psicosi schizofrenica, lamentavano una serie di disturbi ricorrenti ma del tutto aspecifici*

## SINTOMI DI BASE

### **PURE DEFECT**

Riduzione della tolleranza allo stress, dell'energia, del livello d'attenzione, dell'autocontrollo, della risonanza affettiva, della forza fisica, delle capacità cognitive, disturbi vegetativi e disturbi del sonno

### **CENESTHETIC SCHIZOPHRENIA**

Alterazioni della percezioni corporee, bruciori, formicolii, calore improvviso o simil-scosse elettriche, pressione, costrizione, soffocamento, strangolamento ecc....circoscritti o diffusi

## SINTOMI DI BASE

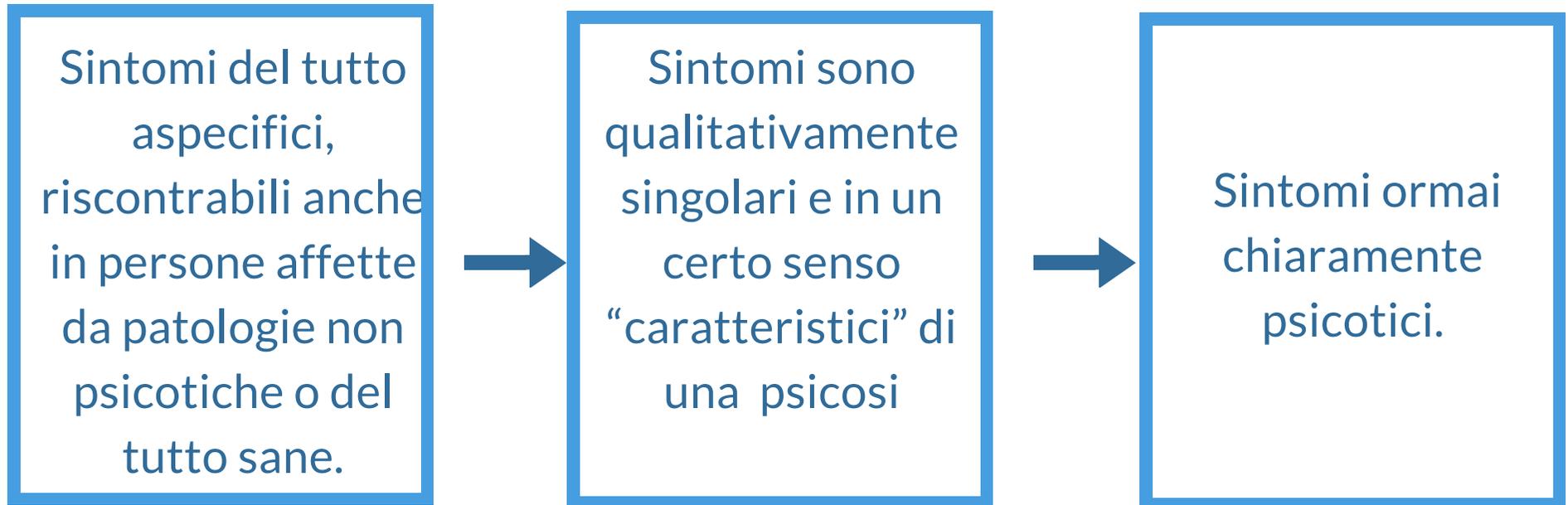


- **DISTURBI DEL S.N.A.**
- **CENESTESIE**
- **DISTURBI PERCETTIVI**
- **IPERCINESA EXTRAPIRAMIDALE**
- **DISTURBI COGNITIVI**

*Rappresentano la manifestazione fenomenica di un disturbo fondamentale che colpisce la processazione delle informazioni e che riconosce il suo movente organico-cerebrale in una disfunzione neurotrasmettitoriale del sistema limbico.*

# SINTOMI DI BASE

## 3 STADI NELLO SVILUPPO DEI SINTOMI DI BASE:



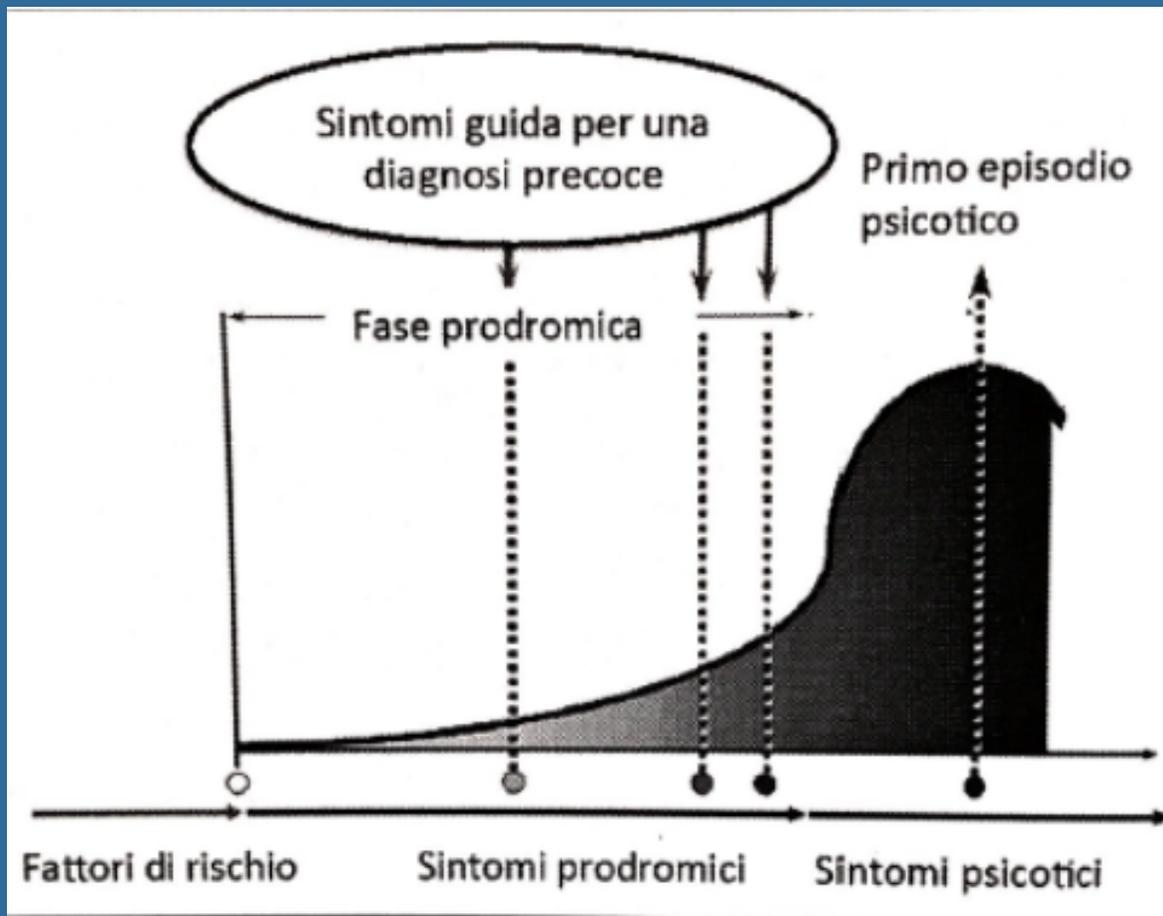
*La progressione avverrebbe per un aggravamento idiopatico dei disturbi o in risposta a particolari stressor ambientali; le caratteristiche dei fenomeni finali tipicamente psicotici deriverebbero dall'impronta dell'amalgama personologico, vale a dire dai meccanismi di compenso messi in atto, consapevolmente e non, dal soggetto (mediazione psicoreattiva) (Stanghellini G. 2006)*

## SINTOMI DI BASE

- *Disturbo d'ansia, disturbo somatoforme, disturbo di personalità, distimia, rappresentano in realtà fasi iniziali di una psicosi, che precedono la comparsa dei sintomi "floridi" anche di diversi anni*
- *Nonostante rappresentino il substrato psicopatologico per lo sviluppo successivo dei sintomi psicotici tipici, non sono esattamente prodromici, ma rappresentano, secondo diversi autori, essi stessi una condizione patologica*



# SINTOMI DI BASE



I sintomi di base possiedono una supposta natura primaria e vengono considerati alla stregua di markers oggettivi, presenti (in maniera fluttuante) non solo in fase *pre-psicotica*, sotto forma di “sindromi d’avamposto” e di “prodromi”, ma anche nelle fasi *intra-psicotica* e *postpsicotica*, come “stadi di base”.

## SINTOMI DI BASE

*Sono esperienze elementari anomale e disturbanti, prevalentemente di natura cognitiva ed autopercettiva, rilevabili soprattutto nelle fasi prodromiche della schizofrenia, dove costituiscono le fondamenta dei disturbi di depersonalizzazione e derealizzazione. **Klosterkötter (1999).***

*Manifestazioni di una anomalia ,ancora parziale, nell'esperienza del sè. Si tratta di un' alterazione della capacità di vivere le esperienze in prima persona o , in altre parole ,di percepire se stesso come il soggetto delle esperienze e delle azioni. **Parnas (2005)***

# EASE

L' Esame dell'Abnorme Esperienza Sé (EASE) rappresenta uno sviluppo della BSABS che non esplora tutte le potenziali anomalie dell'esperienza, ma focalizza quelle esperienze che riflettono un'abnorme coscienza del Sé definita come una pervasiva o ricorrente distorsione della prospettiva in prima persona dell'esperienza.

## Esame dell'Abnorme Esperienza del Sé (EASE)

Josef Panas, Paul Moller, Tilo Kircher, Jorgen Thalbitzer, Lennart Jansson, Peter Hørdt, Dan Zahavi



# EASE

- Cognitività e flusso della coscienza
- Consapevolezza del Sé e presenza
- Esperienze corporee
- Demarcazione/ transittivismo
- Riorientamento esistenziale

## Esame dell'Abnorme Esperienza del Sé (EASE)

Josef Parnas, Paul Moller, Tilo Kircher, Jorgen Thalbitzer,  
Lennart Jansson, Peter Handberg, Dan Zahavi



# BIBLIOGRAFIA

- Cassano G.B. et al., *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, UTET (2006).
- Bonanno GA Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* (2004).
- Ey H. et al., *Manuale di Psichiatria*, Masson Italia Editori (1997).
- Ferro F.M., Aiello G. *I sintomi di base.*, *Psicologia Cognitiva*, (2013).
- Gurak K, Weisman de Mamani A. Risk and Protective Factors, Perceptions of Family Environment, Ethnicity, and Schizophrenia Symptoms. *J Nerv Ment Dis.* 2016
- Masten A.S., *Ordinary Magic Resilience Processes in Development American Psychologist*(2001).
- Parnas J., *Esame dell'Abnorme Esperienza del Sé*, Giovanni Fioriti Editore (2008).
- Sarteschi P. et al., *Manuale di psichiatria*, Edizioni SBM (1996).
- Schultze-Lutter F. et al., *Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version(SPI-A)*, Giovanni Fioriti Editore (2007).
- Stahl S. M., *Essential Psychopharmacology*, Centro Scientifico Editore (2002).
- Stanghellini G. et al., *FBF Questionari dei Sintomi-Base*, Organizzazioni Speciali (1991).