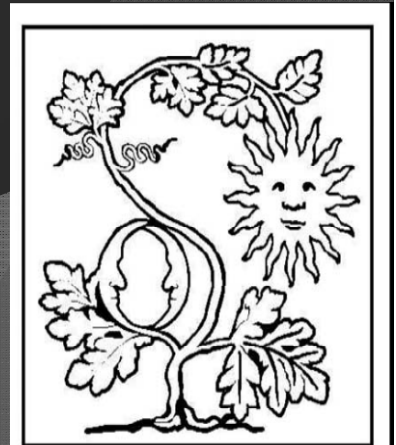




Michele Procacci, Antonino Carcione,
Giuseppe Nicolò

Terzo Centro Psicoterapia Cognitiva Roma
[Scuola di Psicoterapia Cognitiva \(S.P.C.\)](#)
procacci@terzocentro.it

I DISTURBI DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO NEL DSM 5 E LE ATTUALI INDICAZIONI AL TRATTAMENTO



I CAMBIAMENTI NELLA NOSOGRAFIA

E. Kraepelin (1904)	E. Bleuler (1911)	T. Crow (1980)	N.C. Andreasen & S. Olsen (1982)
<i>Disturbi fondamentali</i>	<i>Sintomi fondamentali</i>	<i>Sindrome di tipo II</i>	<i>Sintomi negativi</i>
deterioramento cognitivo	rottura dei nessi associativi	impoverimento del linguaggio	impoverimento del linguaggio (alogia)
			deficit dell'attenzione
ottundimento affettivo	disturbi affettivi	appiattimento affettivo	appiattimento affettivo
	autismo		anedonia – asocialità
perdità di energia e forza di volontà	abulia, ambitendenza* ambivalenza**	perdità di energia	avolizione, abulia-apatia
<i>Disturbi di accompagnamento</i>	<i>Sintomi accessori</i>	<i>Sindrome di tipo I</i>	<i>Sintomi positivi</i>
		disturbi formali del pensiero di tipo positivo (ad es. paralogie e parafasie)	disturbi formali del pensiero di tipo positivo
sintomi paranoidei-allucinatori	sintomi paranoidei-allucinatori	deliri, allucinazioni	deliri, allucinazioni
sintomi catatonici e ebefrenici	sintomi catatonici e ebefrenici		comportamento bizzarro e disorganizzato

*tendenza a volere una cosa e subito dopo il suo contrario

**presenza simultanea di pulsioni opposte, indissociabili, verso lo stesso oggetto

Le differenze tra DSM IV e DM5

Table 1
Schizophrenia in DSM-5. Changes in diagnostic criteria from DSM-IV.

DSM-IV criteria for schizophrenia	Proposed criteria for schizophrenia in DSM-5
<p>Criterion A. Characteristic symptoms Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Delusions (2) Hallucinations (3) Disorganized speech (4) Grossly disorganized or catatonic behavior (5) Negative symptoms, i.e., affective flattening, alogia, or avolition <p>Note: Only one Criterion A symptom is required if delusions are bizarre or hallucinations consist of a voice keeping up a running commentary on the person's behavior or thoughts, or two or more voices conversing with each other</p> <p>Criterion B. Social/occupational dysfunction: For a significant portion of the time since the onset of the disturbance, one or more major areas of functioning such as work, interpersonal relations, or self-care, are markedly below the level achieved prior to the onset (or when the onset is in childhood or adolescence, failure to achieve expected level of interpersonal, academic, or occupational achievement).</p> <p>Criterion C. Duration: Continuous signs of the disturbance persist for at least 6 months. This 6-month period must include at least 1 month of symptoms (or less if successfully treated) that meet Criterion A (i.e., active-phase symptoms) and may include periods of prodromal or residual symptoms. During these prodromal or residual periods, the signs of the disturbance may be manifested by only negative symptoms or by two or more symptoms listed in Criterion A present in an attenuated form (e.g., odd beliefs, unusual perceptual experiences).</p> <p>Criterion D. Schizoaffective and major mood disorder exclusion Schizoaffective disorder and depressive or bipolar disorder with psychotic features have been ruled out because either (1) no major depressive or manic episodes have occurred concurrently with the active phase symptoms; or (2) if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, their total duration has been brief relative to the duration of the active and residual periods.</p> <p>Criterion E. Substance/general mood condition exclusion Substance/general medical condition exclusion: The disturbance is not attributed to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.</p> <p>Criterion F. Relationship to Global Developmental Delay or Autism Spectrum Disorder: If there is a history of autism spectrum disorder, the additional diagnosis of schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least 1 month (or less if successfully treated).</p>	<p>Criterion A. Characteristic symptoms: (Minor change) Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated). At least one of these should include 1-3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delusions 2. Hallucinations 3. Disorganized speech 4. Grossly disorganized or catatonic behavior 5. Negative symptoms (i.e., diminished emotional expression or avolition) <p>Note: Deleted</p> <p>Criterion B. Social/occupational dysfunction (No change)</p> <p>Criterion C. Duration of 6 months (No change)</p> <p>Criterion D. Schizoaffective and mood disorder exclusion No change</p> <p>Criterion E. Substance/general mood condition exclusion No change</p> <p>Criterion F. Relationship to Global Developmental Delay or Autism Spectrum Disorder – Minor Change If there is a history of autism spectrum disorder or other communication disorder of childhood onset, the additional diagnosis of schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least 1 month (or less if successfully treated).</p>

Le differenze tra DSM IV e DM5

- Nessuno specifico trattamento dei deliri “bizzarri” e delle allucinazioni come sintomi di Primo Rango di Schneider
- Diminuita volizione e diminuzione dell’espressività emotiva vengono trattati come distinti s. negativi
- Deliri, allucinazioni, linguaggio disorganizzato sono i s. positivi, ne devono essere presenti almeno due nel criterio A per fare diagnosi di Psicosi.
- **I deficit cognitivi sono stati aggiunti ai s. del criterio A ma non inclusi**
- Il criterio F così recita” Nei casi di una storia clinica di disturbo di autismo, Disturbo pervasivo dello sviluppo, o Disturbi della comunicazione la diagnosi di schizofrenia va aggiunta in presenza di idee deliranti o allucinazione da almeno un mese”
- **Eliminazione dei sottotipi ed aggiunta delle dimensioni psicopatologiche e loro valutazione (Appendice III)**

Nuove tipologie di decorso

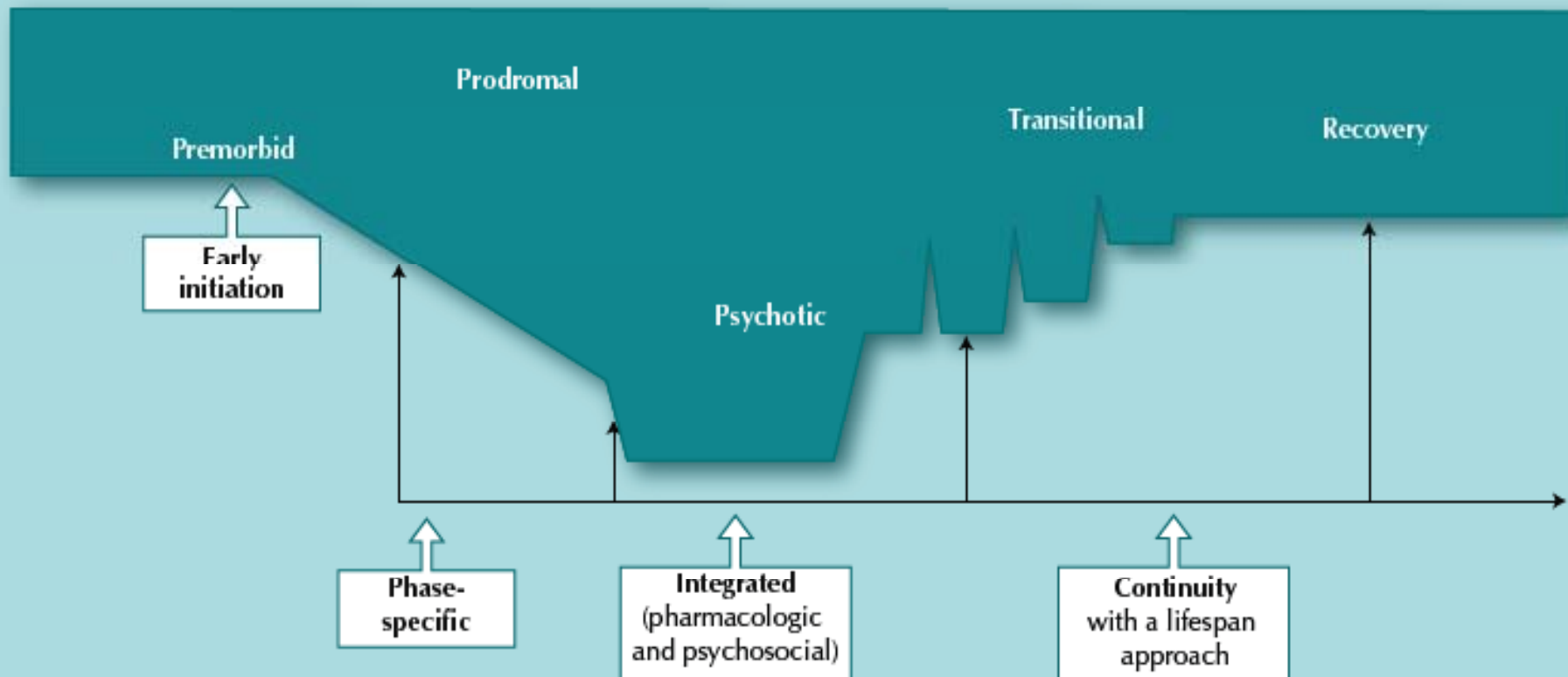
Table 4

Common definitions for generic terms of course characteristics in DSM-5.

Term	Definition
Episode	An episode is a specified duration of time in which the patient has developed symptoms that meet the symptomatic criteria of a given mental disorder. Note that these – depending on the type of mental disorder – may imply a certain number of symptoms, or a specified severity or frequency of symptoms. Episodes may be further differentiated into a Single (First) Episode or recurrence or relapse of Multiple Episodes if appropriate.
First episode	First manifestation of a disorder meeting diagnostic symptom and time criteria. (Single episode: Episode that occurs once in a lifetime, has not been preceded by another episode, and ends with full or partial remission. Can only be diagnosed retrospectively.)
Multiple episodes	May be determined after minimum 2 episodes, i.e., after a first episode and minimum one remission/relapse, or after multiple episodes. May be further specified as with partial or full inter-episode remission.
Remission	Remission occurs when disorder-specific symptoms have not been present for a period of time. May be further specified as partial or full.
Partial remission	Partial remission is a specified time period during which an improvement of a defined magnitude after a previous episode is maintained and in which the defining criteria of a given mental disorder are only partially fulfilled.
Full remission	Full remission is a specified period of time after a previous episode during which no disorder-specific symptoms are present.
Continuous	Symptoms fulfilling the diagnostic symptom criteria of a disorder are remaining for the majority of the illness course with subthreshold symptom periods being very brief relative to the overall course.

MODELLO ATTUALE DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA

Key elements (EPIC model) of early intervention in schizophrenic illness



Keshavan, 2007

Dimensioni psicopatologiche e loro valutazione (Appendice III)

	allucinazioni	deliri	disorganizzazione	comportamento psicomotorio anomalo	espressione emotiva	avolizione	compromissione cognitiva	depressione	mania
0	assenti	assenti	assente	assente	assente	assente	assente	assente	assente
1	presenza dubbia (gravità o durata non sufficiente per essere inquadrato come psicosi)	presenza dubbia (gravità o durata non sufficiente per essere inquadrato come psicosi)	presenza dubbia (gravità o durata non sufficiente per essere inquadrato come disorganizzazione)	presenza dubbia (gravità o durata non sufficienti per essere considerato comportamento psicomotorio anomalo)	presenza dubbia di diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità	presenza dubbia di diminuzione di comportamento spontaneo	presenza dubbia (funzione cognitiva non chiaramente sotto il range atteso per età o stato socioeconomico, per es. entro 1 DS dalla media)	presenza dubbia (a volte umore depresso ma sintomi, durata o gravità insufficienti per soddisfare criteri diagnostici)	presenza dubbia (qualche volta innalzamento del tono dell'umore o irritabilità, ma sintomi, durata o gravità insufficienti per soddisfare criteri diagnostici)
2	presenti ma di grado lieve (scarso impulso ad agire secondo le voci, poco disturbato dalle voci)	presenti ma di grado lieve (deliri non bizzari o scarso impulso ad agire secondo le convinzioni deliranti, poco preoccupato dalle convinzioni)	presenti ma di grado lieve (linguaggio a tratti difficile da seguire e/o occasionale comportamento bizzarro)	presente ma di grado lieve (comportamento psicomotorio occasionale)	presente ma di grado lieve (lieve diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità)	presente ma di grado lieve (lieve diminuzione del comportamento spontaneo)	presente ma di grado lieve (qualche riduzione della funzione cognitiva al di sotto dei valori attesi per età e stato socioeconomico, tra 1 e 2 DS dalla media)	presente ma di grado lieve (soddisfa i criteri di depressione maggiore con sintomi, durata e gravità di grado lieve)	presente ma di grado lieve (soddisfa i criteri di mania con sintomi, durata e gravità di grado lieve)
3	presenti e di grado moderato (un certo impulso ad agire secondo le voci, o in qualche misura disturbato dalle voci)	presenti e di grado moderato (un certo impulso ad agire secondo le convinzioni, o in qualche misura preoccupato dalle convinzioni)	presente e di grado moderato (linguaggio spesso difficile da seguire e/o frequente comportamento bizzarro)	presente e di grado moderato (comportamento psicomotorio anomalo frequente)	presente e di grado moderato (moderata diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità)	presente e di grado moderato (moderata diminuzione del comportamento spontaneo)	presente e di grado moderato (chiara riduzione della funzione cognitiva al di sotto dei valori attesi per età e stato socioeconomico, tra 2 e 3 DS dalla media)	presente e di grado moderato (soddisfa i criteri di depressione maggiore con sintomi, durata e/o gravità di grado medio)	presente e di grado moderato (soddisfa i criteri per mania con sintomi, durata e/o gravità di grado medio)
4	presenti e di grado severo (forte impulso ad agire secondo le voci, o molto disturbato dalle voci)	presenti e di grado severo (forte impulso ad agire secondo le convinzioni, o molto preoccupato dalle convinzioni)	presente e di grado severo (linguaggio quasi sempre impossibile da seguire e/o quasi sempre comportamento bizzarro)	presente e di grado severo (comportamento psicomotorio anomalo quasi costante)	presente e di grado severo (grave diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità)	presente e di grado severo (grave diminuzione del comportamento spontaneo)	presente e severo (grave riduzione della funzione cognitiva al di sotto dei valori attesi per età e stato socioeconomico, più di 3 DS dalla media)	presente e di grado severo (soddisfa i criteri di depressione maggiore con sintomi, durata e/o gravità di grado severo)	presente e di grado severo (soddisfa i criteri di mania con sintomi, durata e/o gravità di grado severo)

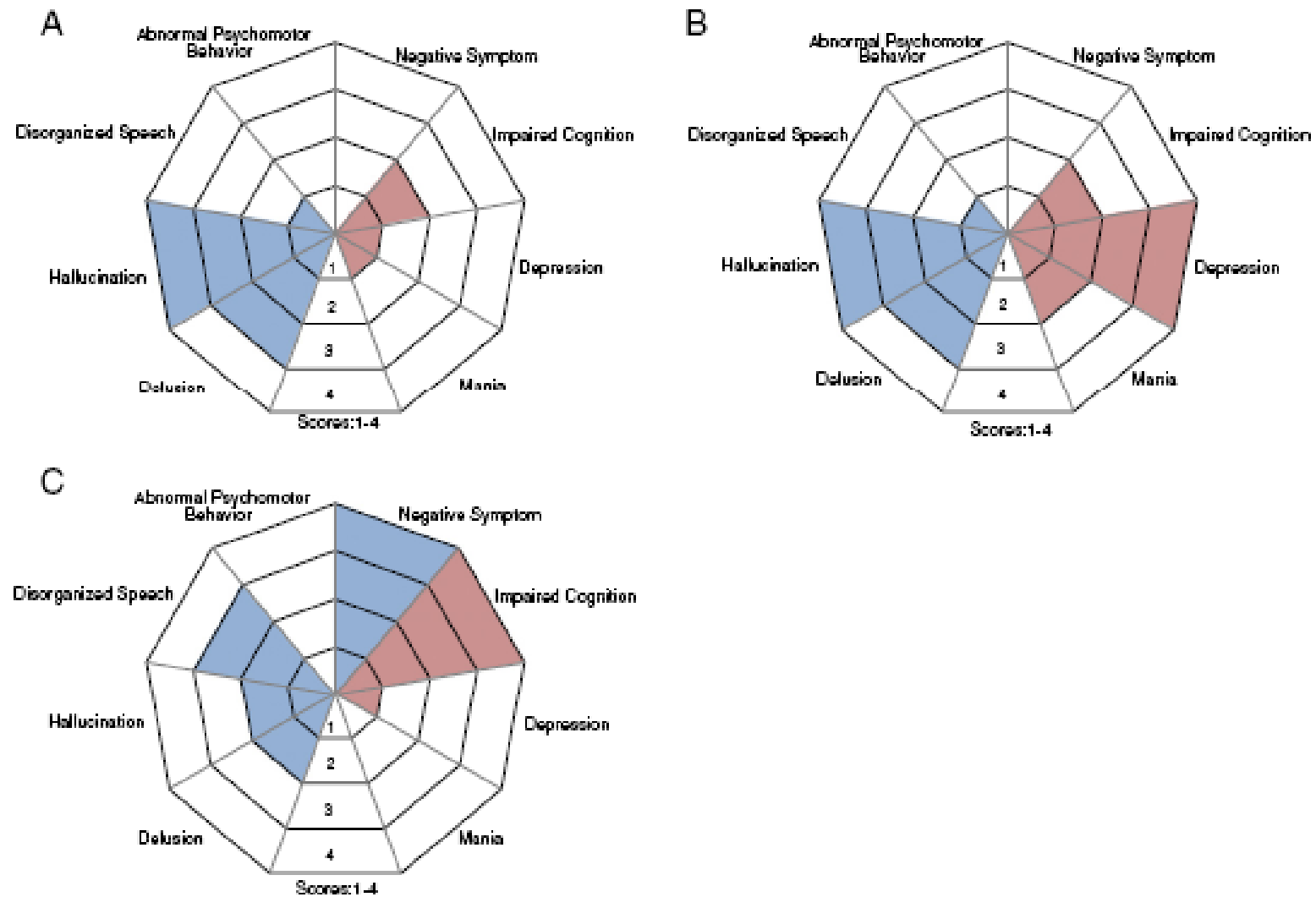


Fig. 1. Dimensional assessment of psychosis. The graphs depict three different patients who have been assessed for dimensions of psychosis (blue) and related phenomena in the domains of cognition and affect (red). (A) A patient with schizophrenia displays moderate hallucinations, prominent delusions, equivocal disorganization of speech, but no abnormalities of psychomotor behavior or negative symptoms. In addition, the patient has mild cognitive impairment and equivocal mania and depression. (B) A patient with schizoaffective disorder displays moderate hallucinations, prominent delusions, equivocal disorganization of speech, but no abnormalities of psychomotor behavior or negative symptoms. In addition, the patient has mild cognitive impairment, severe depression, and mild mania. (C) A patient with deficit syndrome schizophrenia displays mild hallucinations, mild delusions, moderate disorganization of speech, no abnormalities of psychomotor behavior, and severe negative symptoms. In addition, the patient has severe cognitive impairment, equivocal depression, but no mania.



Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

Schizophrenia Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/schres



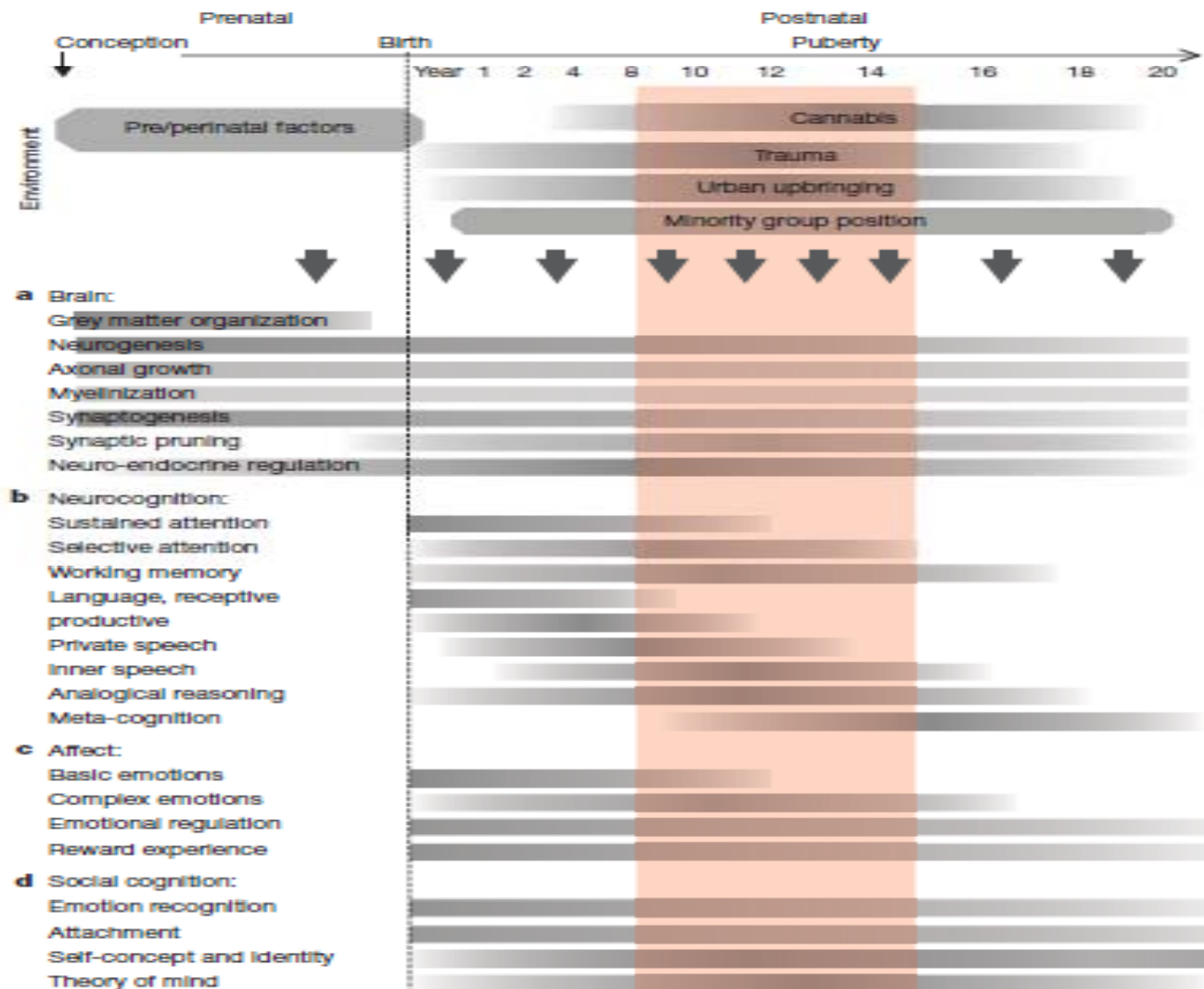
Risk syndromes, clinical staging and DSM V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry

Patrick D. McGorry*

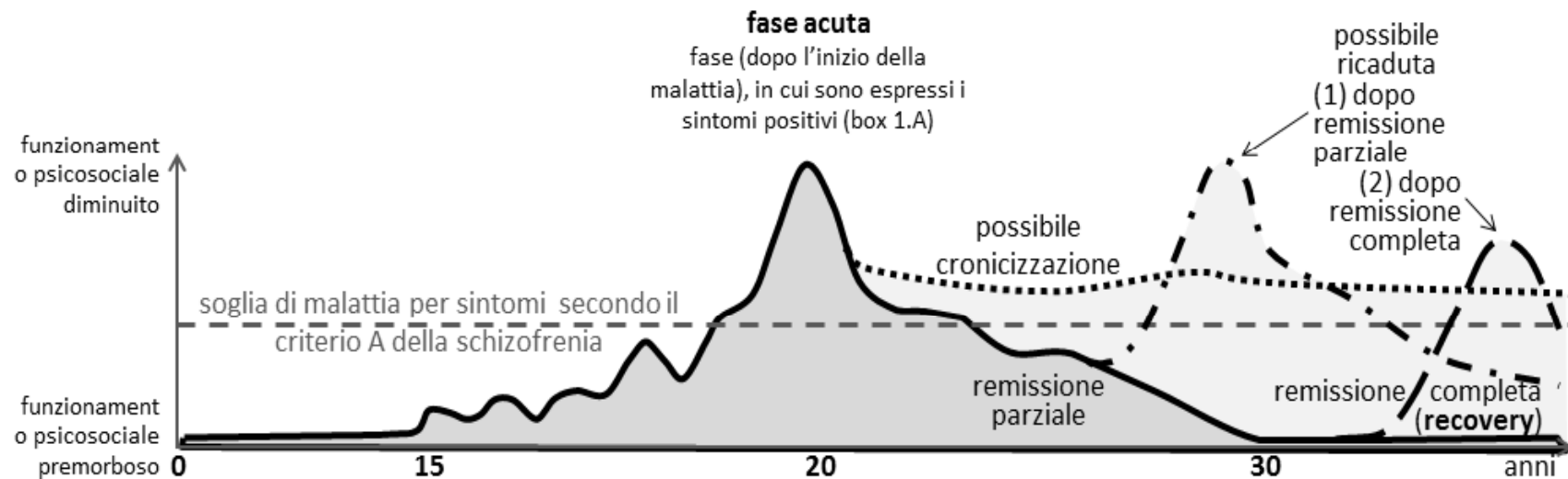
Youth Mental Health and Head, Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Australia

Orygen Youth Health Research Centre, Melbourne, Australia

Le vulnerabilità e il decorso della psicosi:



Il decorso: Clinical Staging model



fase premorbosa

eventuale presenza di fattori di rischio, ma non di segni psicopatologici come primi indizi di malattia

fase prodromica oppure di rischio

fase iniziale della malattia prima della presenza di sintomi specifici (box 1.A) o rispettivam. del quadro completo della malattia (box 2), nella quale si possono presentare già molteplici disturbi psichici, in alcuni casi anche come **sindrome d'avamposto** con remissione completa temporanea

fase residuale oppure di remissione

fase di malattia in cui i sintomi acuti recedono ampiamente. A partire da questa fase possono presentarsi ricadute. Se non si instaura una remissione dei sintomi psicotici, si stabilisce una cronicizzazione

Stadi di malattia, caratteristiche cliniche e interventi validati empiricamente da Insel (2010)

FASI o STADI	Premorbosa	Pre-psicotica	Psicotica	Stabilizzazione
Caratteristiche che	Vulnerabilità genetica ed ambientale	Deficit nel comportamento, cognitivi e sociale Ricerca di aiuto	Disturbi del pensiero, percettivi e del comportamento Decorso tra remissioni e ricadute	Perdita funzionale, Problemi organici, Giudiziari
Diagnosi	Sequenze genetiche Storia Familiare	SIPS Assessment Cognitivo Neuroimaging	Colloquio Clinico Diminuzione dell'insight	Colloquio clinico Perdita funzionale
Grado di disabilità	Lievi o assenti deficit cognitivi	Cambiamenti nel adattamento sociale e scolastico	Perdita drammatica della funzionalità Coinvolgimento e stress familiare	Invalidità Disoccupazione Vagabondaggio
Interventi	Non noti	Training Cognitivo? Omega 3? Sostegno familiare?	Farmacoterapia CBT Interventi psicosociali	Farmacoterapia Interventi psicosociali Attività di riabilitazione

Trattamenti Cognitivi: le novità

- CBTp nonostante le robuste evidenze nella Nice (2009) and APA, ha ricevuto dalla sezione 12 della APA l'invito di rinnovarsi ed adeguarsi alle novità introdotte della attuale nosografia DSM 5
- La CBTp ha buone prove di efficacia nei pazienti con scarsa aderenza ai farmaci (Morrison et al., 2012)
- In altri casi non ha mostrato una maggiore efficacia in popolazioni di psicotici selezionate rispetto agli interventi basati sull'accettazione (Shawyer et al., 2012), ed alla Cognitive remediation (Klingberg et al., 2011)

Trattamenti Cognitivi: le novità

Contextual CBT (C CBT, Hayes et al., 2011)

- Interventi CBT integrati con Mindfulness (Chadwick et al., 2005, 2009; Pinto A., 2012) per i sintomi positivi
- Interventi CBT integrati con Training Attentivi (Moritz et al., 2010)
- Approccio cognitivo interpersonale per promuovere recovery (Gumley & Schwannauer, 2006)

Interventi integrativi per la psicosi

- DBT (Linehan, 1993). Nella psicosi è descritto il problema della regolazione emotiva (Khouri & Lecomte, 2012)
- ACT (Hayes et al., 2004): Nella psicosi l'esperienza dei sintomi può migliorare se vi è l'accettazione della sofferenza che provocano (Shawyer et al., 2012)
- CFT (Gilbert, 2010) Nel caso delle allucinazione di comando a carattere denigrante utili interventi come la lettera compassionevole (Gumley, Braehler, Laithwaite, MacBeth, & Gilbert, 2010; Tai & Turkington, 2009).

Nuovi interventi di Skill Training

- Il ruolo delle emozioni e della loro regolazione sta assumendo una maggiore importanza nello studio della psicosi e dei fattori di mantenimento (Khoury & Lecomte, 2012)
- Gumley et al (in press) descrivono interventi focalizzati sulla regolazione delle emozioni per la cura ed il recovery dei s.psicotici.
- Così come un training di regolazione delle emozioni è previsto in un training apposito (Lehay, Tirch & Napolitano, 2011)

Per Concludere

- La nosografia della psicosi schizofrenica contiene elementi di novità interessanti per la valutazione diagnostica, soprattutto se caso specifica
- La attuale ricerca sui fattori di vulnerabilità e psicosi apre molti fronti interessanti e utili ad indirizzare i trattamenti (ad es. Regolazione delle emozioni, Metacognizione, Deficit Cognitivi, ecc.)
- Nell'ambito della CBT esistono tentativi di affiancare all'intervento standard altri interventi integrativi o appartenenti alla "third wave" della terapia cognitiva

Per Concludere\1

- Una valutazione personalizzata della psicosi, ad es. dimensionale modificherà la visione del clinico nel fare diagnosi e lo costringerà a pensare ad una serie di interventi integrati “tailored” sulla caratteristiche psicopatologiche del singolo paziente
- In questo senso sia le terapie standard che quelle innovative hanno buona possibilità nel proporre interventi integrati



III Centro di Psicoterapia Cognitiva
Via Ravenna 9/c- 00161 Rome
(Italy)
+390644233878
E-mail. procacci@terzocentro.it