

Prefazione

LILIANA DELL'OSSO

Dipartimento di Medicina e Clinica Sperimentale, Sezione di Psichiatria,
Università di Pisa

L'adozione di rigidi criteri categoriali per la definizione dei disturbi psichiatrici se, da un lato, ha facilitato l'inclusione di gruppi selezionati di pazienti con caratteristiche omogenee in studi di psicofarmacologia clinica, dall'altro si è scontrata con una realtà caratterizzata da una molteplicità di manifestazioni sintomatologiche che difficilmente possono rientrare nei rigidi schemi categoriali.

L'individuazione di una sintomatologia atipica per modalità di presentazione e durata, di manifestazioni sfumate, sottosoglia, attenuate di un disturbo, ha condotto all'adozione di un modello operativo, il 'modello di spettro', che ha coniugato l'approccio categoriale e quello dimensionale ai disturbi di interesse psichiatrico, per consentire una migliore caratterizzazione del singolo paziente.

La classificazione dei disturbi mentali con il sistema categoriale ha permesso l'avanzamento dell'affidabilità diagnostica in psichiatria e la creazione di un linguaggio comune e condiviso. Tuttavia, questo stesso sistema ha fallito quando si è trattato di cogliere la complessità della realtà clinica, che è evidente se si considera l'elevato livello di comorbidità tra aree psicopatologiche concomitanti o quando i singoli quadri sintomatologici sono descritti con l'approccio dimensionale.

Diretta conseguenza dell'ampliamento dei segni e sintomi considerati e dell'individuazione di una sintomatologia di 'alone', che circonda il nucleo fenomenologico specifico di ogni disturbo, è stata la rivalutazione in chiave 'meno ottimistica' della risposta al trattamento, a causa di un gran numero di condizioni che, rientrando nelle definizioni di 'remissione parziale' o 'incompleta', o di 'fenomenica sottosoglia', possono avere un considerevole impatto sulle principali aree di funzionamento e sulla qualità di vita.¹

La valutazione di spettro è stata, fin dall'inizio, concepita con l'obiettivo di rendere 'visibile' il continuum tra i sintomi nucleari di un disturbo, la sua fenomenica 'atipica' (o meno frequente in senso epidemiologico), i prodromi, i residui e le forme attenuate, che possono succedersi in epoche diverse nella vita del singolo individuo.

Il modello di spettro proposto comprende, per ogni ambito psicopatologico, le componenti elencate (i sintomi tipici e atipici, i segni e i modelli comportamentali comunemente associati con i sintomi fondamentali, che possono rappresentare sia i precursori di una condizione non ancora completamente espressa, sia i residui di un disturbo pregresso, sia la presenza di tratti temperamentali o di personalità) in un'ottica di integrazione complementare tra visione dimensionale e categoriale.

Lo 'spectrum project' ha coinvolto clinici e ricercatori della Clinica Psichiatrica di Pisa, del Western Psychiatric Institute and Clinic di Pittsburgh (PA-USA), della Columbia University di New York (NY-USA), dell'University of California, San Diego (CA-USA) e della Clinica Psichiatrica dell'Università di Siena, e ha consentito di produrre nuovi strumenti specifici: le interviste strutturate e i questionari di spettro. Gli ultimi 20 anni hanno visto la validazione di strumenti che hanno consentito di valutare in modo sistematico e standardizzato ('spectrum assessment') i segni e sintomi associati alle caratteristiche nucleari dei principali disturbi psichici, così come sono stati descritti nelle varie versioni del DSM. Questi strumenti sono stati utilizzati in studi multicentrici non solo in ambito psichiatrico ma anche nella complessa area della 'liaison psychiatry'.²⁻⁵

Obiettivo di questo numero monografico è descrivere le caratteristiche di alcuni tra i principali ambiti psicopatologici esplorati con il modello proposto dallo 'spectrum project' e riassumere i risultati degli studi nei quali gli strumenti dello 'spectrum assessment' sono stati utilizzati.

In particolare, saranno descritte le caratteristiche del Questionario di Spettro Panico-Agorafobico (PAS-SR), del Questionario di Spettro dell'Umore (MOODS-SR), di Spettro Anoressico-Bulimico (ABS-SR) e del Questionario di Spettro del Trauma e della Perdita (TALS-SR), che sono alcuni degli strumenti utilizzati sia nella pratica clinica sia nella ricerca. Lo 'spectrum assessment' ha, infatti, compreso la costruzione di strumenti di valutazione dello spettro ossessivo-compulsivo, dello spettro social-fobico, psicotico, da uso di sostanze, dello spettro dell'ansia di separazione, dell'ansia generalizzata e della depersonalizzazione/derealizzazione.⁶⁻¹⁵

Il PAS-SR è stato il primo strumento costruito e validato. È costituito da 114 item. La struttura dello strumento è stata analizzata utilizzando un'analisi fattoriale basata su una matrice di correlazione tetracorica.¹⁶⁻¹⁹

Il MOODS-SR ipotizza l'esistenza di un approccio unitario sia alla dimensione ipo/maniacale sia alla dimensione depressiva dei disturbi dell'umore attraverso una valutazione lifetime di differenti dimensioni psicopatologiche (umore, energia, aspetti neurovegetativi, area cognitiva) e di differenti livelli di disregolazione emotivo-affettiva. Il MOODS-SR consiste, nella sua forma attuale, di 161 item a risposta dicotomica (sì/no).²⁰⁻²³

Il Questionario di Spettro Anoressico-Bulimico (ABS-SR) è costituito da 134 item. Esplora entrambe le componenti dei disturbi della condotta alimentare, anch'esso in un'ottica lifetime.²⁴

Il TALS-SR include 116 item ed esplora le esperienze di perdita e le reazioni agli eventi traumatici, insieme con le caratteristiche individuali che possono rappresentare fattori di vulnerabilità allo sviluppo di una risposta disfunzionale a un ampio numero di eventi stressanti/traumatici.²⁵⁻²⁷

I singoli questionari, nelle versioni in lingua italiana e inglese, sono disponibili al sito dello 'spectrum assessment' (www.spectrum-project.org/intro.html).

BIBLIOGRAFIA

1. Benvenuti A, Rucci P, Calugi S, Cassano GB, Miniati M, Frank E. Relationship of residual mood and panic-agoraphobic spectrum phenomenology to quality of life and functional impairment in patients with major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 2010; 25: 68-74.
2. Bazzichi L, Maser J, Piccini A, et al. Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23: 783-8.
3. Piccini A, Maser JD, Bazzichi L, et al. Clinical significance of lifetime mood and panic-agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 201-8.
4. Dell'Osso L, Carmassi C, Consoli G, et al. Lifetime post-traumatic stress symptoms are related to the health-related quality of life and severity of pain/fatigue in patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2011; 29 (6 Suppl 69): S73-8.
5. Callari A, Mantua V, Miniati M, Benvenuti A, Mauri M, Dell'Osso L. Manic episode after ventricular-peritoneal shunt replacement in a patient with radiation-Induced hydrocephalus: the role of lifetime subthreshold bipolar features. *Case Rep Psychiatry* 2014; 953728.
6. Frank E, Cassano GB, Shear MK, et al. The spectrum model: a more coherent approach to the complexity of psychiatric symptomatology. *CNS Spectrums* 1998; 3: 23-34.
7. Rucci P, Maser JD. Instrument development in the Italy-USA Collaborative Spectrum Project. *Epidemiol Psichiatri Soc* 2000; 9: 249-56.
8. Dell'Osso L, Rucci P, Cassano GB, et al. Measuring social anxiety and obsessive-compulsive spectra: comparison of interviews and self-report instruments. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 81-7.
9. Dell'Osso L, Sauttoni M, Papanogli A, et al. Social anxiety spectrum: gender differences in Italian high school students. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 225-32.
10. Dell'Osso L, Rucci P, Ducci F, et al. Social anxiety spectrum. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 286-91.
11. Sbrana A, Dell'Osso L, Benvenuti A, et al. The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. *Schizophr Res* 2005; 75: 375-87.

12. Sbrana A, Bizzarri JV, Rucci P, et al. The spectrum of substance use in mood and anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 6-13.
13. Bizzarri JV, Sbrana A, Rucci P, et al. The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disord* 2007; 9: 213-20.
14. Bizzarri JV, Rucci P, Sbrana A, et al. Reasons for substance use and vulnerability factors in patients with substance use disorder and anxiety or mood disorders. *Addict Behav* 2007; 32: 384-91.
15. Bizzarri JV, Rucci P, Sbrana A, et al. Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Res* 2009; 165: 88-95.
16. Cassano GB, Banti S, Mauri M, et al. Internal consistency and discriminant validity of the Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum (SCI-PAS). *Int J Meth Psych Res* 1999; 8: 138-45.
17. Shear MK, Frank E, Rucci P, et al. Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments. *J Psychiatr Res* 2001; 35: 59-66.
18. Frank E, Shear MK, Rucci P, et al. Cross-cultural validity of the structured clinical interview for panic-agoraphobic spectrum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 283-90.
19. Rucci P, Miniati M, Oppo A, et al. The structure of lifetime panic-agoraphobic spectrum. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 366-79.
20. Dell'Osso L, Armani A, Rucci P, et al. Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 69-73.
21. Cassano GB, Frank E, Miniati M, et al. Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25: 699-712.
22. Cassano GB, Rucci P, Frank E, et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1264-9.
23. Benvenuti A, Rucci P, Miniati M, et al. Treatment-emergent mania/hypomania in unipolar patients. *Bipolar Disord* 2008; 10: 726-32.
24. Mauri M, Borri C, Baldassari S, et al. Acceptability and psychometric properties of the Structured Clinical Interview for Anorexic-Bulimic Spectrum (SCI-ABS). *Int J Methods Psychiatr Res* 2000; 9: 68-78.
25. Dell'Osso L, Shear MK, Carmassi C, et al. Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008; 4: 2.
26. Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR). *Compr Psychiatry* 2009; 50: 485-90.
27. Dell'Osso L, Stratta P, Conversano C, et al. Lifetime mania is related to post-traumatic stress symptoms in high school students exposed to the 2009 L'Aquila earthquake. *Compreh Psych* 2014; 55: 357-62.

Quando smettere di prevenire?



H. Gilbert Welch,
Lisa Schwartz, Steven Woloshin

Sovradiagnosi

304 pagine. € 25,00

Il Pensiero Scientifico Editore
www.pensiero.it

Numero Verde
800-259620