

Psicosi e schizofrenia

Dott. Raffaele Pepi
raffaele.pepi@unimc.it



Premessa



Alcuni concetti per lo studio della psicopatologia

Diagnosi differenziale → processo clinico attraverso cui il professionista confronta quadri sintomatologici simili per distinguere tra diverse condizioni psicopatologiche (o condizioni mediche) che possono presentarsi con manifestazioni sovrapponibili.

Segni → una manifestazione **oggettivabile**, reperto obiettivo verificabile (febbre)

Sintomi → manifestazione **soggettiva** di una condizione patologica (dolore)

Premessa



Disturbi dell'umore → alterazione persistente e clinicamente significativa del tono dell'umore

Disturbi d'ansia → paura o ansia eccessive, sproporzionate rispetto alla situazione

Disturbi psicotici e schizofrenia → alterazione del rapporto con la realtà

Disturbi di personalità → Pattern pervasivi, rigidi e stabili nel tempo di esperienza interiore e comportamento che causano disagio o compromissione funzionale

Disturbi correlati all'uso di sostanze → Condizioni caratterizzate da un uso problematico di sostanze

Disturbi del comportamento alimentare → persistenti alterazioni dei comportamenti alimentari

Concetto di umore



Posso essere triste senza sapere esattamente perché?

Concetto di umore



Umore = stato affettivo di base, relativamente stabile nel tempo, che colora l'esperienza soggettiva e influenza:

- percezione
- pensiero
- memoria
- comportamento
- relazione con il mondo

È diverso da:

Emozione → breve, intensa, legata a uno stimolo (**Affect** → manifestazione osservabile dell'esperienza emotiva)

Sentimento → elaborazione cognitiva dell'emozione

Concetto di umore



In fenomenologia l'umore non è solo uno "stato interno", ma una **modalità fondamentale di essere-nel-mondo**

Heidegger:

L'umore (Stimmung) è ciò che ci "accorda" al mondo

Non è qualcosa che *abbiamo*, ma qualcosa in cui *siamo immersi*

L'umore è una **tonalità esistenziale**

Concetto di umore



Episodi di felicità o tristezza VS **tono dell'umore di base**

A cosa serve l'umore?

- Orienta l'attenzione
- Filtra le informazioni
- Regola l'energia
- Influenza il senso di sé
- Modula la motivazione

Concetto di umore



In **clinica** l'umore può essere:

- Eutimico → nella norma
- Depresso → tonalità affettiva persistentemente triste o svuotata.
- Espanso → stato affettivo eccessivamente elevato o euforico
- Irritabile → stato affettivo dominato da tensione e reattività negativa
- Disforico → stato affettivo caratterizzato da malessere, inquietudine e tensione interna
- Labile → instabilità marcata e rapida oscillazione dell'umore

la fenomenologia ci ricorda che non è solo una “scala quantitativa”, è una **modificazione qualitativa dell'esperienza**

Concetto di umore



Per valutare se un'alterazione dell'umore è **clinicamente significativa** occorre considerare:

- **Storia personale**
- **Eventuali condizioni cliniche**
- **Contesto e circostanze**
- **Durata dei sintomi**
- **Intensità**
- **Livello di compromissione funzionale**
- (sociale, lavorativa, relazionale)

È una valutazione dimensionale → confine fisiologico/patologico può essere arbitrario

Concetto di umore



Incidenza dei disturbi depressivi è in drastico aumento e impatto sociale è sempre maggiore

Nel 2013 OMS aveva previsto che nel 2020 i disturbi depressivi saranno dopo l'infarto cardiaco la seconda causa di disabilità nel modo occidentale

Alto rischio di iperdiagnosticismo

Alcuni stati sono “normali”:

- tristezza dopo una delusione
- perdita di appetito
- insonnia temporanea

Domande chiave

Quando diventano clinicamente rilevanti?

Quando richiedono un intervento terapeutico?

Quale intervento è appropriato?

Disturbi dell'umore – DSM-5-TR



Disturbi Depressivi

Disturbo depressivo maggiore (singolo/ricorrente)
Disturbo depressivo persistente (Distimia)
Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
Disturbo disforico premestruale

Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
Disturbo depressivo dovuto a condizione medica
Altro disturbo depressivo specificato
Disturbo depressivo non specificato

Disturbi Bipolari e Correlati

Disturbo bipolare I
Disturbo bipolare II
Disturbo ciclotimico
Disturbo bipolare e correlato indotto da
sostanze/farmaci

Disturbo bipolare e correlato dovuto a condizione
medica
Altro disturbo bipolare e correlato specificato
Disturbo bipolare e correlato non specificato

Disturbi depressivi



Episodio depressivo



Depressione → Condizione emotiva di base

Sensazione pervasiva, persistente e non modulabile di malinconia, tristezza o apatia

Sul piano diagnostico umore depresso *di per se* non è necessario per fare diagnosi di disturbo depressivo

Umore depresso + altri segni e sintomi = EPISODIO DEPRESSIVO

Episodio depressivo

Episodio depressivo/Disturbo depressivo maggiore

A) Presenza per almeno due settimane, quasi ogni giorno, per la maggior parte del giorno di:

- **Umore depresso** oppure
- **Mancanza di interesse o piacere nelle attività quotidiane (anedonia)**

B) Inoltre, per almeno due settimane, quasi ogni giorno, per la maggior parte del giorno, presenza di:

- marcata diminuzione di peso non determinata da dieta o incremento di peso (es. $\pm 5\%$ del peso corporeo), oppure marcata diminuzione o incremento di appetito;
- problemi di sonno (insonnia iniziale, insonnia centrale, insonnia terminale, ipersonnia);
- agitazione o rallentamento psicomotorio, non limitati a sensazioni soggettive di irrequietezza o rallentamento;
- facile affaticabilità;
- marcato senso di colpa e di autosvalutazione;
- difficoltà a concentrarsi, pensare o prendere decisioni;
- pensare ripetutamente alla morte, o di uccidersi, o avere l'intenzione o progettare di uccidersi, o mettere in atto un tentativo di suicidio.

La diagnosi può essere ipotizzata se sono presenti, tra quanto riportato ai punti a) e b), **almeno 5 sintomi**.

Disturbo depressivo maggiore - episodio singolo in caso di assenza lifetime di precedenti episodi depressivi.

Disturbo depressivo maggiore - ricorrente in caso di storia di almeno due episodi depressivi lifetime separati.

Episodio depressivo



Area emotivo-affettiva

- Amplificazione negativa dei ricordi e degli eventi
- Incapacità di provare sentimenti positivi
- Visione pessimistica di sé
- Autosvalutazione e colpa
- Lettura negativa del passato e del futuro

Episodio depressivo



Area cognitiva

Forma del pensiero:

- Scarsa modulazione del tono della voce
- Eloquio esitante, inceppato
- Difficoltà di concentrazione
- Difficoltà nel ricordare
- Impoverimento del discorso

Contenuto del pensiero:

- Interpretazione negativa della realtà
- Ideazione patologica di colpa e indegnità
- Possibile intensità delirante
- Ideazione di morte fino al progetto suicidario

Episodio depressivo



Area neurovegetativa

- Spesso primi sintomi riferiti:
- Alterazione dell'appetito e del peso
- Disturbi del sonno (insonnia intermedia o terminale, risveglio precoce)
- Alterazioni della sfera sessuale (riduzione desiderio)

Area psicomotoria

- Rallentamento motorio, mimico, gestuale (percepibile anche dall'esterno)
- Oppure agitazione ansiosa

Episodio depressivo



Elena, 38 anni, impiegata amministrativa, madre di un bambino di 8 anni.

Negli ultimi tre mesi riferisce di sentirsi “spenta”.

Dice: “Non provo più niente. È come se la vita avesse perso colore.”

Si alza con grande fatica, spesso resta a letto dopo aver accompagnato il figlio a scuola.
Ha smesso di uscire con le amiche e non guarda più le serie TV che seguiva con interesse.

Ha perso circa 5 kg senza volerlo.

Dormire è difficile: si addormenta tardi e si sveglia alle 4 del mattino con pensieri ripetitivi:

“Non sono una buona madre.”

“Sto deludendo tutti.”

“Sono inutile.”

Al lavoro commette errori banali.

Si sente rallentata, come se anche i movimenti fossero più pesanti.

Episodio depressivo



Quando le si chiede cosa desideri per il futuro, risponde:
“Non riesco a immaginare niente. È come se non ci fosse futuro.”

Nega tentativi di suicidio, ma ammette:
“A volte penso che sarebbe più semplice non svegliarsi.”

Non ci sono stati eventi traumatici recenti.
Riferisce un episodio simile intorno ai 25 anni, durato alcuni mesi.

Episodio depressivo



Diagnosi differenziale

Un episodio depressivo **non è automaticamente un disturbo depressivo.**

Può essere:

- Secondario ad altro disturbo psichiatrico
- Dovuto a condizione medica
- Indotto da farmaci o sostanze

Episodio depressivo VS lutto



Nel lutto

- Vissuto di vuoto e perdita riferito al mondo esterno
- Umore “a ondate”
- Intensità che diminuisce nel tempo
- Associato a ricordi della persona defunta
- Possono esserci momenti di emozioni positive
- Autostima generalmente preservata
- Eventuale ideazione autodisprezzante legata a mancanze verso il defunto

ED

- Umore depresso persistente
 - Incapacità di provare piacere
 - Non legato a pensieri specifici
 - Sofferenza pervasiva e stabile
 - Autosvalutazione globale
 - Ideazione di colpa e indegnità centrata su sé
-

Disturbo da lutto prolungato (Prolonged Grief Disorder)

Criterio A – Evento

Morte di una persona significativa per l'individuo.

Criterio B – Sintomo centrale

Dopo la perdita, per **almeno 12 mesi negli adulti** è presente **almeno uno** dei seguenti:

- Intenso desiderio / nostalgia persistente del defunto
- Preoccupazione persistente per il defunto

Criterio C – Sintomi associati

Per almeno 12 mesi (6 nei minori), sono presenti **almeno 3 dei seguenti sintomi**:

- Marcata difficoltà ad accettare la morte
 - Senso di incredulità o stordimento emotivo
 - Evitamento dei ricordi della perdita
 - Dolore emotivo intenso (tristezza, rabbia, amarezza)
 - Difficoltà a reinvestire in relazioni o attività
 - Sensazione di distacco o alienazione dagli altri
 - Sensazione che la vita sia priva di significato
 - Senso di vuoto identitario (sentire di aver perso una parte di sé)
-

Disturbo depressivo maggiore



Criterio A – Episodio depressivo maggiore

Criterio B – Compromissione

I sintomi causano **disagio clinicamente significativo** o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Criterio C – Esclusione medica/sostanze

L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di una condizione medica.

Criterio D – Esclusione di disturbi psicotici primari

L'episodio non è meglio spiegato da disturbi dello spettro schizofrenico o altri disturbi psicotici.

Criterio E – Assenza di episodio maniacale o ipomaniacale

Non vi è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale
(Se presente → diagnosi orienta verso Disturbo Bipolare)

Disturbo depressivo persistente



Disturbo depressivo persistente (Distimia)

A) Umore depresso per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno, per un periodo di **almeno 2 anni** (nei bambini e adolescenti almeno 1 anno), con intervalli liberi da sintomi **non superiori a 2 mesi**.

B) Durante il periodo di umore depresso, presenza di **almeno 2 dei seguenti sintomi**:

- appetito scarso o eccessivo
- insonnia o ipersonnia
- ridotta energia o astenia
- bassa autostima
- difficoltà a concentrarsi o indecisione
- sentimenti di disperazione

Disturbo depressivo persistente

Disturbo depressivo persistente (Distimia)	Episodio depressivo
Struttura temporale	
Andamento cronico	Andamento episodico
Durata ≥ 2 anni (≥ 1 anno nei minori)	Durata ≥ 2 settimane
Sintomi quasi continui	Fase acuta delimitata nel tempo
Intervalli liberi < 2 mesi	Possibile remissione
Intensità sintomatologica	
Sintomi più lievi ma persistenti	Sintomi più intensi
Non sempre anedonia marcata	Anedonia frequente
Minore compromissione psicomotoria	Possibile rallentamento marcato
Ideazione suicidaria meno frequente	Ideazione suicidaria possibile/frequente

Disturbo depressivo persistente



Disturbo depressivo persistente (Distimia)	Episodio depressivo
Funzionamento	
Funzionamento ridotto ma spesso mantenuto	Compromissione significativa
Persona “sempre un po’ depressa”	Persona “non riesce a funzionare”
Fenomenologia	
Sentimento di essere “fatti così” Bassa autostima stabile Pessimismo radicato Identità colorata dalla tristezza	Rottura rispetto al funzionamento precedente Collasso della vitalità Perdita del piacere Esperienza di blocco del tempo e del futuro

Disturbi depressivi

La nosografia DSM è tradizionalmente **trasversale (cross-sectional)**

→ descrive il disturbo “qui e ora”

Poco attenta alla **dimensione evolutiva nel tempo**

NB → Ma i disturbi mentali hanno uno sviluppo **longitudinale**.

Disturbi depressivi



Stadiazione dei disturbi dell'umore

Stadio 1 – Fase prodromica

Sintomi lievi, aspecifici

Ansia, irritabilità, disturbi del sonno

Non ancora soglia diagnostica

Possibile declino funzionale

Stadio 2 – Fase acuta

Episodio depressivo maggiore

Soddisfa i criteri nosografici

Disturbi depressivi



Stadio 3 – Fase residua

Persistenza di sintomi sottosoglia

Umore depresso lieve, insonnia, ansia

Impatto funzionale ancora presente

Fattore di rischio per ricaduta

Stadio 4 – Fase cronica

Depressione ricorrente

O “depressione doppia” (distimia + episodio maggiore)

Perché è importante la stadiazione?

- Permette di capire **in quale fase** si trova il paziente
- I sintomi residui sono porta d’ingresso della ricaduta
- Ha implicazioni terapeutiche

Epidemiologia DDM

Prevalenza a 12 mesi variabile tra **0,8% e 10,4%**

Review di 116 studi (Europa e Nord America):

→ **Prevalenza puntuale: 4,7%**

Prevalenza lifetime

Variabilità significativa tra studi

Dal **3% (Giappone)** al **16,9% (USA)**

La maggior parte degli studi: **8–12%**

Incidenza annuale

Circa **3%**

Epidemiologia DDM



Età

La prevalenza **decresce con l'età**

Maggior rischio: **tarda adolescenza – 40 anni**

Età mediana di esordio: **circa 25,7 anni**

Sesso

Le donne hanno una probabilità **circa doppia** rispetto agli uomini

Familiarità ed ereditarietà

Ereditarietà stimata: **31–42%**

Studi su gemelli: circa **38%**

Rischio:

2,14 volte maggiore con un parente di primo grado

3,23 volte maggiore con due parenti di primo grado

Tuttavia circa **62% attribuibile a fattori ambientali**

Disturbi bipolari



Disturbo bipolare



L'elemento centrale nel disturbo bipolare è la mania

Mania → stato psicopatologico caratterizzato da un'umore anormalmente elevato, espanso o irritabile, associato a un aumento patologico dell'energia e dell'attività,

Tre cluster diagnostici principali:

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Ciclotimia

Disturbo bipolare



L'elemento centrale nel disturbo bipolare è la mania

Mania → stato psicopatologico caratterizzato da un'umore anormalmente elevato, espanso o irritabile, associato a un aumento patologico dell'energia e dell'attività,

Tre cluster diagnostici principali:

- Disturbo bipolare I → episodio maniacale
- Disturbo bipolare II → episodio ipomaniacale
- Ciclotimia → ipomania + criticità

Disturbo bipolare



L'elemento centrale nel disturbo bipolare è la mania

Mania → stato psicopatologico caratterizzato da un'umore anormalmente elevato, espanso o irritabile, associato a un aumento patologico dell'energia e dell'attività,

Tre cluster diagnostici principali:

- Disturbo bipolare I → episodio maniacale
- Disturbo bipolare II → episodio ipomaniacale
- Ciclotimia → ipomania + criticità

Episodio maniacale



Episodio maniacale

A) Umore persistentemente elevato, espanso o irritabile, incremento delle attività finalizzate o dell'energia per circa **una settimana**, per gran parte del giorno, quasi ogni giorno.

B) Presenza di **3 o più** dei seguenti sintomi (**4 nel caso di umore irritabile**):

- grandiosità, aumentata autostima
- minor bisogno di sonno
- logorrea
- fuga delle idee
- distraibilità
- agitazione psicomotoria
- coinvolgimento in attività con potenziali conseguenze dannose

Episodio ipomaniacale



Episodio ipomaniacale

A) Umore persistentemente elevato, espanso o irritabile, incremento delle attività finalizzate o dell'energia per circa **una settimana**, per gran parte del giorno, quasi ogni giorno.

B) Presenza di **3 o più** dei seguenti sintomi (**4 nel caso di umore irritabile**):

- grandiosità, aumentata autostima
- minor bisogno di sonno
- logorrea
- fuga delle idee
- distraibilità
- agitazione psicomotoria
- coinvolgimento in attività con potenziali conseguenze dannose

I sintomi non sono sufficientemente gravi da compromettere il funzionamento sociale o lavorativo e non richiedono ospedalizzazione

Disturbi bipolari



Disturbo Bipolare di Tipo I

È definito dalla presenza, **in anamnesi o attualmente**, di **almeno un episodio maniacale**

Possono essere presenti:

Episodi depressivi maggiori

Sintomi psicotici (congrui o incongrui con l'umore)

L'episodio maniacale è sufficiente per la diagnosi.

Disturbo Bipolare di Tipo II

Richiede:

Almeno un episodio ipomaniacale

Almeno un episodio depressivo maggiore

Mai un episodio maniacale

Se compare una mania → diagnosi diventa Tipo I

Disturbi bipolari

Disturbo Ciclotimico

Quadro attenuato e cronico per almeno **2 anni**

Presenza di sintomi ipomaniacali e depressivi **senza mai** soddisfare i criteri per mania o episodio depressivo maggiore

Sintomi presenti per più della metà del tempo

Mai assenza di sintomi > 2 mesi

Vignetta clinica

Marco, 28 anni, viene accompagnato al Pronto Soccorso dalla sorella perché “non dorme da giorni ed è completamente fuori controllo”.

Negli ultimi 10 giorni ha dormito circa 2–3 ore per notte, dichiarando di non sentirsi stanco perché “ha finalmente capito qual è la sua vera missione nella vita”. Ha iniziato contemporaneamente tre progetti imprenditoriali, convinto di poter “rivoluzionare il mercato italiano in pochi mesi”.

Parla in modo rapido, quasi incontenibile, passa da un argomento all’altro senza completare le frasi. Durante il colloquio interrompe continuamente l’intervistatore e mostra irritazione quando gli viene chiesto di rallentare.

Ha speso negli ultimi giorni circa 15.000 euro in attrezzature tecnologiche, senza consultare nessuno. Ha anche contattato investitori sconosciuti via social, proponendo collaborazioni milionarie.

La famiglia riferisce che Marco è sempre stato una persona riflessiva, talvolta ansiosa, ma mai così euforico o irritabile. Non assume sostanze, non ha patologie mediche note.

Vignetta clinica



Al colloquio appare:

Umore espanso e intermittenemente irritabile

Autostima grandiosa (“Sono più intelligente della media, finalmente me ne sono accorto”)

Eloquio accelerato

Fuga delle idee

Ridotto bisogno di sonno

Agitazione psicomotoria

Quando gli si fa notare che il suo comportamento appare rischioso, risponde:

“Rischioso? È così che ragionano le persone mediocri.”

Clinica descrittiva



Mania ≠ Opposto della depressione

Mania e depressione sono **due stati patologici** → Il loro vero opposto è lo **stato emotivo normale**

Felicità normale

- Legata a uno stimolo o evento
- Aumenta energia e produttività
- Migliora relazioni sociali
- Emozione condivisibile e adattiva

Umore maniacale

- Espansività **sganciata da stimoli**
- Euforia patologica
- Non collegata all'esperienza vissuta
- Percepita come eccessiva dagli altri
- Presente **labilità emotiva**

Clinica descrittiva



Caratteristiche cliniche della mania

Euforia spesso associata a:

- Irritabilità
- Intolleranza alle critiche
- Rabbia e aggressività
- Aumento marcato dell'attività psicomotoria
- Affaccendamento continuo e afinalistico
- Impulsività
- Comportamenti rischiosi:
 - Spese e investimenti senza criterio
 - Guida pericolosa
 - Abuso di sostanze

Clinica descrittiva

Sonno

Ridotto bisogno di sonno

Nei casi gravi: insonnia totale

Spesso l'insonnia è il trigger

Eloquio:

- Continuo
- Concitato
- A voce alta
- Accelerazione del pensiero
- Fuga delle idee
- Deragliamento

Clinica descrittiva

Autostima e insight

- Aumento patologico dell'autostima
- Fiducia incondizionata nelle proprie capacità
- Scarsa consapevolezza di malattia
- Nei casi gravi: deliri ($\approx 50\%$)
 - Congrui: grandezza, megalomania
 - Incongrui: persecuzione, influenzamento

Fasi del disturbo

Fase prodromica spesso preceduta da:

- Sintomi aspecifici
- Ridotto bisogno di sonno (sintomo più comune)
- Labilità emotiva
- Lieve iperattività

Nei casi indotti da sostanze/stress:

Esordio brusco

Pochi prodromi

Fasi del disturbo

Decorso

Durata: da giorni a 3–4 mesi

Risoluzione:

Ritorno all'eutimia

Switch verso depressione o stato misto



Depressione bipolare vs unipolare



Caratteristiche della depressione bipolare

Più frequentemente:

- Ipersonnia
- Reattività del tono dell'umore
- Iperfagia / aumento di peso
- Variazione diurna dell'umore
- Maggiore labilità emotiva
- Maggiore agitazione
- Maggiore rischio suicidario
- Più frequenti sintomi psicotici

Depressione bipolare vs unipolare



Caratteristiche della depressione unipolare

Più spesso associata a:

Ansia

Somatizzazioni

Insonnia tardiva

Indicatori che fanno sospettare bipolarità

- Esordio precoce (adolescenza/prima età adulta)
- Familiarità positiva per disturbo bipolare
- Abuso di sostanze (~60%)
- Manifestazioni miste

Epidemiologia



Epidemiologia

Prevalenza spettro bipolare: **1–2%** (alcuni studi riportano fino al 5%)

Prevalenza lifetime Europa: ~1%

Prevalenza lifetime complessiva spettro: ~2,4%

Distribuzione:

Bipolare I: 0,6%

Bipolare II: 0,4%

Sottosoglia: 1,4%

Epidemiologia



Differenze di genere

Nessuna marcata differenza complessiva tra uomini e donne

Maschi: più Bipolare I

Femmine: più Bipolare II

Fattori di rischio

Familiarità (fattore principale)

Rischio 5–10 volte maggiore nei parenti di primo grado

- Concoranza gemelli:
- 33–75% omozigoti
- 0–13% dizigoti
- Ereditabilità stimata: **89–93%**

Forte componente genetica.
