

Psicosi e schizofrenia

Dott. Raffaele Pepi
raffaele.pepi@unimc.it



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

Psicosi



La **psicosi** è una condizione psicopatologica caratterizzata da una **grave alterazione del rapporto con la realtà**.

In particolare, nella **psicosi** la persona può:

- **percepire stimoli che non esistono** (allucinazioni)
- **credere fermamente a idee false** non condivise dagli altri (deliri)
- **mostrare pensiero e comportamento profondamente disorganizzati**

alterazione delle funzioni che permettono di distinguere tra realtà interna e realtà esterna

- la realtà non viene interpretata correttamente
 - oppure viene sostituita da una realtà soggettiva
-

Psicosi



Uno degli aspetti centrali della psicosi è la perdita o grave compromissione dell'**esame di realtà**.

L'esame di realtà è la capacità di:
distinguere ciò che è **reale** da ciò che è **prodotto dalla mente**
riconoscere che alcune esperienze sono **interne (pensieri, fantasie)** e non eventi esterni.

Psicosi



Tradizionalmente la psicopatologia ha distinto tra **psicosi e nevrosi**.

Nevrosi

- il contatto con la realtà è mantenuto
- la persona riconosce che il problema è interno a sé

Psicosi

- il contatto con la realtà è compromesso
 - le convinzioni vengono vissute come assolutamente vere
-

Psicosi



Nella psicosi possono essere coinvolte diverse **funzioni mentali fondamentali**

1. Pensiero

Il pensiero può diventare:

delirante (idee false e incrollabili)

disorganizzato (discorso incoerente, salti logici)

2. Percezione

La percezione può essere alterata attraverso **allucinazioni**.

Le più frequenti nella schizofrenia sono:

allucinazioni uditive (sentire voci)

più raramente visive, olfattive o corporee.

Psicosi



3. Affettività

L'espressione emotiva può risultare:

appiattita

incongruente

poco reattiva alle situazioni

4. Comportamento

Il comportamento può diventare:

disorganizzato

bizzarro

difficilmente comprensibile.

In alcuni casi può comparire **catatonia**, con immobilità o posture rigide

Categoria vs. dimensione

Un tema importante nella psicopatologia contemporanea è capire se la psicosi sia:

una categoria

cioè un gruppo specifico di disturbi (schizofrenia, disturbo delirante, disturbo psicotico breve, ecc.)

una dimensione

cioè un **continuum di esperienze psicotiche** che possono comparire anche nella **popolazione generale**.

Alcune ricerche mostrano che:

esperienze simili a **allucinazioni o idee paranoide lievi** possono comparire anche in persone senza disturbo psicotico.

la differenza sta in **intensità, frequenza e impatto sul funzionamento**.

→ **spettro psicotico**.

Schizofrenia



La psicosi **non è una diagnosi in sé**, ma un **insieme di sintomi** che possono comparire in diversi disturbi

- **schizofrenia**
- disturbo psicotico breve
- disturbo schizofreniforme
- disturbo schizoaffettivo
- disturbo delirante
- depressione psicotica
- disturbo bipolare con sintomi psicotici
- psicosi indotta da sostanze

Quindi **la psicosi è un fenomeno trasversale** a più disturbi

Schizofrenia



La **schizofrenia** è invece una **diagnosi psichiatrica specifica**, caratterizzata da:

- sintomi psicotici (positivi)
- sintomi negativi
- alterazioni cognitive
- compromissione del funzionamento sociale o lavorativo
- durata prolungata dei sintomi

Quindi la schizofrenia è **una forma particolare di disturbo psicotico con caratteristiche specifiche e decorso tipicamente cronico**

Storia della schizofrenia

Le manifestazioni psicotiche sono descritte fin dall'antichità con il termine generico di follia

Il significato del fenomeno ha oscillato tra:

- **condizione patologica** contrapposta alla normalità
- **manifestazione soprannaturale o morale.**

Con lo sviluppo della medicina moderna, la follia diventa oggetto di studio scientifico e viene progressivamente definita come malattia mentale



Storia della schizofrenia

Kraepelin → la psichiatria basata sul decorso della malattia (fine '800)

Il suo contributo principale fu **classificare i disturbi non solo per i sintomi, ma per il loro decorso nel tempo**.
Kraepelin osservò che molte psicosi potevano essere divise in due grandi gruppi.

Dementia praecox

Caratteristiche principali:

esordio precoce (spesso adolescenza o prima età adulta)

decorso progressivamente deteriorante

progressiva perdita del funzionamento psichico e sociale

Secondo Kraepelin il disturbo portava quasi sempre a **un deterioramento stabile della personalità**.

Questa categoria è quella che oggi corrisponde grossomodo alla **schizofrenia**.

Psicosi maniaco-depressiva

Storia della schizofrenia



Psicosi maniaco-depressiva

Caratteristiche:

alternanza di **fasi depressive e maniacali**

decorso ciclico

tra gli episodi la persona può tornare al funzionamento normale

Questa categoria oggi è diventata **disturbo bipolare**.

L'idea fondamentale di Kraepelin era che il decorso della malattia fosse il criterio diagnostico più importante

Storia della schizofrenia

Inizio Novecento lo psichiatra svizzero Bleuler ritenne che la teoria di Kraepelin fosse troppo pessimistica

Molti pazienti **non avevano necessariamente un deterioramento progressivo**, quindi il termine *dementia praecox* non era sempre corretto

Per questo introdusse il termine **schizofrenia**.

Schizofrenia deriva dal greco:

schizo = scissione

phren = mente

Bleuler intendeva indicare **una dissociazione tra le funzioni psichiche**, cioè una perdita di integrazione tra:

- pensiero
- emozioni
- comportamento

Storia della schizofrenia



Bleuler individuò quattro sintomi centrali della schizofrenia → le “4 A”

1. Alterazione delle associazioni del pensiero

Il pensiero diventa **disorganizzato o illogico**.

Esempi:

discorso incoerente

passaggi improvvisi tra argomenti

difficoltà a mantenere una linea logica.

2. Ambivalenza

Presenza simultanea di **sentimenti opposti** verso la stessa persona o situazione.

Esempio:

amore e odio per lo stesso genitore.

Storia della schizofrenia



3. Affettività incongrua

Le emozioni **non sono adeguate al contesto**.

Esempi:

ridere mentre si racconta un evento tragico
apparire emotivamente distaccati.

4. Autismo (nel senso di Bleuler)

Non coincide con il disturbo dello spettro autistico moderno.

- **ritiro dalla realtà**
- forte immersione nel proprio mondo interno.

Storia della schizofrenia



Sintomi primari e secondari

Per Bleuler i sintomi fondamentali sono quelli legati alla **dissociazione psichica**.

Invece **deliri e allucinazioni** sono sintomi **secondari**.

Schneider: i sintomi di primo rango

Lo psichiatra tedesco Schneider propose un approccio più pratico alla diagnosi.

Individuò alcuni sintomi particolarmente indicativi della schizofrenia, chiamati **sintomi di primo rango**.

- Allucinazioni uditive
 - Percezioni deliranti
 - Esperienze di influenzamento
-

Schizofrenia DSM-5-TR

Criterio	Descrizione
A. Sintomi caratteristici	<p>Due o più dei seguenti sintomi, presenti per una parte significativa del tempo durante almeno 1 mese (o meno se trattati con successo). Almeno uno deve essere tra 1, 2 o 3:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deliri2. Allucinazioni3. Eloquio disorganizzato (es. deragliamento, incoerenza)4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico5. Sintomi negativi (appiattimento affettivo, alogia, abulia)
B. Disfunzione sociale o lavorativa	<p>Per una parte significativa del tempo dall'esordio del disturbo, uno o più ambiti principali di funzionamento (lavoro, relazioni interpersonali, cura di sé) risultano marcatamente compromessi rispetto al livello precedente.</p>
C. Durata	<p>Segni continui del disturbo per almeno 6 mesi. Questo periodo deve includere almeno 1 mese di sintomi attivi (criterio A) e può includere fasi prodromiche o residue.</p>

Vignetta clinica

Marco, 22 anni, studente universitario, viene accompagnato dai genitori al servizio di salute mentale perché negli ultimi mesi il suo comportamento è cambiato significativamente.

Da circa 8 mesi Marco si è progressivamente isolato, ha smesso di frequentare l'università e trascorre la maggior parte del tempo chiuso nella sua stanza. I genitori riferiscono che parla poco, appare emotivamente distante e mostra scarsa motivazione anche nelle attività quotidiane, come lavarsi o uscire di casa.

Negli ultimi due mesi Marco ha iniziato a raccontare che alcune persone lo stanno controllando attraverso il telefono e il computer. È convinto che i suoi vicini facciano parte di un'organizzazione che lo osserva e commenta le sue azioni. Riferisce inoltre di sentire delle voci che parlano di lui e talvolta lo criticano.

Vignetta clinica



Durante il colloquio clinico il linguaggio appare disorganizzato, con passaggi logici difficili da seguire e frequenti cambi di argomento. In alcuni momenti Marco risponde in modo poco coerente alle domande.

Negli ultimi mesi il suo funzionamento sociale e accademico è drasticamente peggiorato: ha abbandonato gli esami universitari, non vede più gli amici e ha difficoltà a prendersi cura di sé.

Non risultano assunzione di sostanze, né condizioni mediche che possano spiegare i sintomi. Non sono emersi episodi depressivi o maniacali che possano giustificare il quadro clinico.

Clinica descrittiva



Esordio del disturbo

La schizofrenia **esordisce tipicamente nella tarda adolescenza o nella prima età adulta.**

Esistono delle forme precoci:

- Early onset: tra 13 e 16 anni
- Very early onset: tra 9 e 12 anni (rari)

Le forme precoci presentano:

- funzionamento premorboso peggiore
- maggiore presenza di sintomi negativi e deficit cognitivi
- prognosi peggiore

Esordio tardivo → Dopo i 45 anni (late onset schizofrenia)

Buon adattamento premorboso

Più **deliri e allucinazioni**

Prognosi relativamente migliore.

Clinica descrittiva – fasi del decorso



1. Fase premorbose → Presente spesso anni prima dell'esordio psicotico

Possibili segnali:

- ritardo nello sviluppo motorio
- difficoltà attentive
- problemi nella comprensione del linguaggio
- scarsi risultati scolastici
- isolamento sociale
- distacco emotivo

Caratteristiche:

segni **aspecifici**

indicano **vulnerabilità** al disturbo.

Clinica descrittiva – fasi del decorso



2. Fase prodromica → Precede l'esordio della psicosi

Caratteristiche principali:

- **peggioramento del funzionamento personale**
- sintomi psicotici attenuati
- sintomi negativi
- disturbi affettivi
- declino del funzionamento generale

Aspetti importanti:

cambiamento spesso **notato dai familiari**, frequentemente interpretato come **crisi adolescenziale**

Segnali tipici:

aumento dell'ansia

incremento dei sintomi negativi

Clinica descrittiva – fasi del decorso



3. Fase psicotica (fase attiva) → Segna l'esordio vero e proprio della schizofrenia.

Caratterizzata da:

- **sintomi psicotici evidenti**
- deliri
- allucinazioni
- disorganizzazione del pensiero

Il passaggio dalla fase prodromica può essere:
Graduale oppure più rapido.

Spesso lo scatenamento è associato a:
eventi stressanti
uso di sostanze.

Clinica descrittiva – fasi del decorso



3. Fase psicotica (fase attiva) → Segna l'esordio vero e proprio della schizofrenia.

Il periodo florido può presentarsi più volte nel corso della vita (riacutizzazioni).
Gli episodi psicotici sono intervallati da periodi di remissione parziale.

Dopo la fase acuta:

- i sintomi positivi tendono a ridursi
- possono persistere sintomi negativi e depressivi.

Clinica descrittiva – fasi del decorso



4. Fase di stabilizzazione

Il declino funzionale è **più marcato nei primi 5 anni**.
Successivamente il quadro tende a **stabilizzarsi**.

Nel tempo:

sintomi positivi ↓

sintomi negativi ↑ o persistono

deficit cognitivi relativamente **stabili**

La fase può durare **molti anni o decenni**.

Clinica descrittiva – Prognosi



Prognosi

Esiti possibili:

25% dei casi → miglioramento significativo o ritorno al funzionamento premorbo
molti pazienti → persistenza di sintomi negativi e cognitivi
minoranza → deterioramento progressivo.

Il deterioramento è associato soprattutto alla **durata della psicosi non trattata**.

Fattori associati a esito favorevole

- esordio acuto
- esordio tardivo
- sesso femminile
- buon funzionamento premorbo
- assenza di abuso di sostanze
- assenza di deficit cognitivi marcati

I sintomi della schizofrenia

Dott. Raffaele Pepi
raffaele.pepi@unimc.it



Sintomi positivi vs negativi

Sintomi positivi → sono manifestazioni psicopatologiche che **si aggiungono al funzionamento mentale normale**, introducendo esperienze o comportamenti che normalmente non sono presenti.

sintomi negativi → consistono in una **riduzione o perdita di funzioni psicologiche normali**, soprattutto nella sfera emotiva, motivazionale e relazionale.

I **sintomi di primo rango di Schneider** → gruppo di esperienze psicopatologiche considerate particolarmente caratteristiche della schizofrenia

Deliri

Idea → Un contenuto di pensiero che il soggetto considera possibile o plausibile, ma che mantiene un certo grado di flessibilità e revisione.

Credenza → Una **convinzione stabile** che la persona considera **vera**, costruita sulla base della propria esperienza, cultura o interpretazione della realtà.

Delirio → Una convinzione falsa, incrollabile e non correggibile, che non è spiegabile dal contesto culturale del soggetto e viene sostenuta con certezza assoluta.

Raramente un paziente si definisce “**delirante**” → **sul piano soggettivo il delirio è una credenza**

Il **delirio** è definito come:

- una idea falsa e non contestabile,
- oppure una convinzione non spiegabile sulla base del contesto educativo, culturale o sociale del soggetto
- Il delirio è sostenuto con forte convinzione e con straordinaria certezza soggettiva.

Fenomenologia del delirio

Dal punto di vista soggettivo, il delirio è indistinguibile da una convinzione vera

Il soggetto vive l'idea delirante come assolutamente reale e plausibile

Anche convinzioni chiaramente implausibili per gli altri possono apparire perfettamente coerenti e realistiche per chi le vive

Il delirio è **più simile a una convinzione vera che a una fantasia.**

Le spiegazioni che il soggetto fornisce per sostenerlo hanno **la stessa struttura argomentativa** usata per giustificare qualsiasi credenza reale.

A differenza della fantasia:

- la fantasia è **facilmente distinguibile dalla realtà,**
- il delirio viene **difeso come vero.**

Fenomenologia del delirio



Forma vs contenuto

Deliri primari

- Non derivano da altre condizioni psicopatologiche.
- Insorgono senza una causa psicologica comprensibile.
- Sono incomprensibili dal punto di vista psicologico.
- **Tipici soprattutto della schizofrenia.**

Caratteristica centrale: **incomprensibilità insuperabile**

Wernicke parlava di **idea autoctona**: un'idea che nasce **spontaneamente**, senza cause esterne.

Fenomenologia del delirio



Deliri secondari

Sono **comprensibili alla luce della storia del paziente**.

Possono derivare da:

- alterazioni dell'umore
- esperienze di vita
- contesto culturale
- personalità del soggetto.

Caratteristiche:

- spiegabili nel contesto della vita del paziente
 - spesso **transitori**
-

Fenomenologia del delirio



Deliri secondari

Sono **comprensibili alla luce della storia del paziente.**

Possono derivare da:

- alterazioni dell'umore
- esperienze di vita
- contesto culturale
- personalità del soggetto.

Caratteristiche:

- spiegabili nel contesto della vita del paziente
 - spesso **transitori**
-

Vignetta clinica

Giovanni, 52 anni, impiegato amministrativo, viene portato dalla moglie a visita perché da alcune settimane è convinto di aver commesso un grave errore sul lavoro che porterà al fallimento dell'azienda.

Riferisce che, controllando alcuni documenti contabili, si è reso conto di aver probabilmente sbagliato un calcolo mesi prima e che, a causa sua, l'azienda subirà perdite enormi. Nonostante il direttore e i colleghi gli abbiano mostrato più volte che i conti sono corretti, Giovanni continua a sostenere di aver causato un danno irreparabile.

Negli ultimi tempi passa molte ore a ricontrollare vecchie pratiche e dice di meritare di essere licenziato e punito per la sua irresponsabilità. La moglie riferisce che da qualche mese è diventato più silenzioso, dorme poco e ha perso interesse per molte attività che prima gli piacevano.

Marco, 24 anni, studente universitario, viene accompagnato al pronto soccorso dai genitori perché negli ultimi giorni appare molto sospettoso. Durante il colloquio racconta che, mentre camminava per strada, ha visto un semaforo diventare rosso e ha improvvisamente "capito" che quello era un segnale rivolto direttamente a lui: significa che è stato scelto da una forza superiore per una missione speciale.

Non riesce a spiegare perché proprio quel semaforo abbia quel significato, ma afferma con assoluta certezza che non può essere una coincidenza. Quando gli viene chiesto come sia arrivato a questa conclusione, risponde:
"Non lo so, l'ho capito all'improvviso. È semplicemente così."

Tipi di delirio primario



1. Intuizione delirante (delirio autoctono)

- appare improvvisamente, “a ciel sereno”.
- il paziente non sa spiegare come sia comparsa l’idea.
- fenomenologicamente simile alla nascita di una normale idea, ma con contenuto delirante.

2. Percezione delirante

percezione reale e normale → a questa percezione viene attribuito **un significato delirante**.

Caratteristiche:

significato personale intenso

interpretazione irrazionale

convinzione assoluta.

Due fasi:

- percezione dell’oggetto
- attribuzione di significato delirante.

Tipi di delirio primario



3. Atmosfera delirante

È spesso la **fase iniziale della psicosi**.

Il paziente percepisce che:

- il mondo è cambiato
- c'è qualcosa di strano o minaccioso
- tutto sembra avere un significato nascosto.

Caratteristiche:

senso di **premonizione**

inquietudine

tensione emotiva.

Quando compare il delirio può portare **un senso di sollievo**, perché dà una spiegazione a questa atmosfera.

Tipi di delirio primario



4. Ricordi deliranti

Il ricordo delirante è un ricordo normale reinterpretato in modo delirante.

Può avvenire in due modi:

1. un evento passato reale viene reinterpretato delirantemente
2. un falso ricordo nasce da un'interpretazione delirante.

Spesso è difficile stabilire cosa sia reale cosa sia delirante.

Vignetta clinica

Giulia, 40 anni, racconta che anni prima, durante una visita medica, i medici le avrebbero impiantato un microchip nel corpo per controllarla. Dice di aver capito solo recentemente che quell'intervento era in realtà parte di un complotto.

Sara, 31 anni, vede due persone parlare tra loro sull'autobus. È convinta che stiano comunicando messaggi segreti su di lei e che la stiano sorvegliando, anche se non sente cosa stiano dicendo.

Luca, 27 anni, racconta che una mattina si è svegliato con la certezza improvvisa di essere stato scelto per salvare l'umanità. Non sa spiegare da dove venga questa convinzione: dice solo che "lo ha capito all'improvviso" e che non può essere messa in dubbio.

Matteo, 22 anni, riferisce che da qualche giorno tutto intorno a lui sembra strano e carico di significato. Dice che le persone e gli oggetti sembrano "diversi", come se stesse per succedere qualcosa di importante che riguarda proprio lui.

Contenuto dei deliri

Tipo di delirio	Caratteristiche principali	Disturbi più associati
Persecutorio	Convinzione di essere perseguitato, spiato o danneggiato da persone, gruppi o sistemi	Schizofrenia, disturbo delirante, psicosi affettive
Di pregiudizio	Variante persecutoria: il paziente crede di essere trattato ingiustamente o umiliato	Disturbo paranoide, schizofrenia
Gelosia / infedeltà	Convinzione incrollabile che il partner sia infedele	Alcolismo, disturbo delirante, stati organici
Erotomanico	Convinzione che qualcuno sia segretamente innamorato del paziente	Disturbo delirante, psicosi
Falso riconoscimento	Errori deliranti nell'identificazione delle persone	Schizofrenia, demenze, lesioni cerebrali
Grandezza	Convinzione di avere poteri, missioni o identità eccezionali	Mania, schizofrenia
Religioso	Temi religiosi (missioni divine, colpa spirituale, rivelazioni)	Schizofrenia, depressione psicotica
Colpa / indegnità	Convinzione di aver commesso colpe terribili o di meritare punizione	Depressione maggiore psicotica
Povertà	Convinzione di essere in rovina economica	Depressione psicotica
Nichilistico	Negazione dell'esistenza di sé o del mondo	Depressione psicotica grave (Cotard)
Ipocondriaco / somatico	Convinzione delirante di avere malattie o alterazioni corporee	Disturbo delirante somatico, depressione, schizofrenia

Vignetta clinica

Un uomo di 38 anni è convinto che i suoi vicini abbiano installato microfoni nel suo appartamento per ascoltare ogni sua conversazione e riferire tutto alla polizia.

Una donna di 45 anni sostiene che al lavoro i colleghi la ignorino deliberatamente, la facciano passare sempre per ultima e parlino male di lei alle sue spalle per rovinarle la carriera.

Un uomo di 50 anni controlla continuamente il telefono della moglie ed è convinto che lei lo tradisca con diversi uomini, nonostante non vi sia alcuna prova e le spiegazioni della moglie non lo rassicurino.

Una donna di 32 anni è convinta che un noto cantante sia innamorato di lei e che le invii messaggi segreti durante le interviste televisive.

Un uomo di 40 anni afferma che sua moglie non è la vera moglie, ma una copia identica che l'ha sostituita per spiarlo.

Allucinazioni



Le allucinazioni sono false percezioni che si verificano in assenza di uno stimolo esterno reale

Per il paziente l'allucinazione:

- è vissuta come **esperienza sensoriale reale**
- non come pensiero o fantasia
- ha **impatto emotivo e comportamentale**
- è **involontaria**
- appare **oggettiva ed esistente**.

Il soggetto può sospettare che qualcosa non vada perché:

non trova conferme attraverso **altre modalità sensoriali** oppure nessun altro percepisce la stessa cosa.

Una differenza importante con la percezione normale è la **non-privatività**:

nelle percezioni normali si pensa che **anche altri possano percepire lo stesso oggetto** → nelle allucinazioni questa convinzione **spesso manca**.

Un'altra caratteristica è l'**incongruità con la realtà**, anche se l'esperienza appare reale.

Allucinazioni uditive

Sono **le più frequenti nelle psicosi**, soprattutto nella schizofrenia.

Possono presentarsi come:

- suoni semplici (ronzii, fischi)
- **voci che parlano**
- voci che:

commentano le azioni del paziente
discutono tra loro
ripetono i pensieri del paziente.

Sono anche presenti in:

allucinosi alcolica
psicosi affettive
stati organici cerebrali.

Vignetta clinica

Marco, 22 anni, studente universitario, viene portato al colloquio dai genitori perché da alcune settimane appare molto agitato e passa gran parte del tempo chiuso in camera. Durante l'incontro riferisce che, soprattutto quando è da solo, sente delle voci che parlano di lui.

Racconta che spesso sente due voci maschili che conversano tra loro, come se stessero commentando quello che sta facendo:

“Adesso si sta sedendo... guarda come è nervoso... adesso prenderà il telefono.”

Marco afferma che queste voci non sembrano provenire dalla sua mente, ma dall'esterno, come se qualcuno stesse parlando dietro di lui o in un'altra stanza. Dice anche che le voci a volte commentano le sue azioni mentre le compie, ad esempio mentre si veste o mentre mangia.

Quando gli si chiede se pensa che possano essere suoi pensieri, Marco risponde con decisione che non sono pensieri, perché le percepisce chiaramente come voci distinte dalla sua mente e non riesce a controllarle o a farle smettere.

Nelle ultime settimane, a causa di queste esperienze, ha iniziato a evitare di uscire di casa e di frequentare l'università, perché teme che le voci possano parlare di lui anche davanti agli altri.

Allucinazioni visive

Sono **più comuni negli stati organici** che nelle psicosi funzionali.

Si osservano in:

- delirium
- tumori o lesioni cerebrali
- epilessia del lobo temporale
- demenze
- disturbi metabolici
- uso di sostanze psichedeliche (LSD, mescalina).

Possono variare da:

lampi o colori semplici

a scene complesse con persone o animali.

Vignetta clinica

Luigi, 74 anni, viene portato in pronto soccorso dalla figlia perché da alcuni giorni riferisce di vedere piccoli animali muoversi sul pavimento della casa. Dice di osservare chiaramente dei gatti e degli insetti che camminano tra i mobili, ma quando prova ad avvicinarsi o a scacciarli questi scompaiono.

La figlia riferisce che negli ultimi giorni Luigi è apparso confuso e agitato e ha dormito poco. Durante la visita continua a indicare il pavimento dicendo di vedere “qualcosa che si muove”, anche se nella stanza non c'è nulla.

Sintomi disorganizzati

Disturbo formale del pensiero

Si manifesta attraverso **eloquio disorganizzato** osservabile nel linguaggio.

Il discorso può diventare:

Incomprensibile e/o privo di sequenza logica.



Sintomi disorganizzati

Manifestazioni principali disturbo formale del pensiero

- Tangenzialità → Il paziente risponde alle domande andando fuori tema e non arriva mai al punto richiesto.
 - Deragliamento → Il discorso passa da un argomento all'altro senza connessione logica, con perdita del filo del pensiero.
 - Incoerenza → Il linguaggio diventa incomprensibile o privo di struttura logica, con frasi che non hanno senso compiuto.
 - Illogicità → Il ragionamento presenta conclusioni non coerenti con le premesse, con errori evidenti nella logica.
 - Circostanzialità → Il paziente fornisce molti dettagli irrilevanti, ma alla fine riesce comunque ad arrivare alla risposta.
 - Neologismi → Creazione di parole nuove o inventate, comprensibili solo al paziente.
 - Paralogismi → Uso improprio o idiosincratico delle parole, con significati personali o distorti.
 - Blocco del pensiero → Interruzione improvvisa del flusso del pensiero, con arresto del discorso a metà frase.
-

Vignetta clinica

Luca, 24 anni, viene accompagnato al colloquio dalla madre perché da alcune settimane appare confuso nel parlare e fatica a sostenere una conversazione coerente. Durante l'incontro lo psicologo gli chiede come stiano andando le sue giornate.

Alla domanda *“Come passi il tempo durante il giorno?”* Luca risponde:

“La mattina mi sveglio presto perché il sole gira... quando gira il sole arrivano anche i treni... i treni portano la gente che pensa troppo... e quando pensi troppo poi devi correre.”

Quando lo psicologo prova a riportarlo sulla domanda iniziale, Luca continua:

“Sì, il tempo è importante... perché il tempo è come il *pensometro* che misura le idee.”

Successivamente, mentre racconta cosa ha fatto il giorno prima, afferma:

“Sono uscito a comprare il pane... il pane è buono... il pane lo mangiano i re... i re governano il mare... quindi ieri sono stato al mare.”

A un certo punto il paziente interrompe improvvisamente il discorso, resta in silenzio per alcuni secondi e poi dice:

“Aspetti... mi è scappato via il pensiero.”

Sintomi disorganizzati

Manifestazioni principali disturbo formale del pensiero

- Tangenzialità → Il paziente risponde alle domande andando fuori tema e non arriva mai al punto richiesto.
 - Deragliamento → Il discorso passa da un argomento all'altro senza connessione logica, con perdita del filo del pensiero.
 - Incoerenza → Il linguaggio diventa incomprensibile o privo di struttura logica, con frasi che non hanno senso compiuto.
 - Illogicità → Il ragionamento presenta conclusioni non coerenti con le premesse, con errori evidenti nella logica.
 - Circostanzialità → Il paziente fornisce molti dettagli irrilevanti, ma alla fine riesce comunque ad arrivare alla risposta.
 - Neologismi → Creazione di parole nuove o inventate, comprensibili solo al paziente.
 - Paralogismi → Uso improprio o idiosincratico delle parole, con significati personali o distorti.
 - Blocco del pensiero → Interruzione improvvisa del flusso del pensiero, con arresto del discorso a metà frase.
-

Sintomi disorganizzati



Comportamento disorganizzato

Difficoltà nel:

pianificare

organizzare

eseguire comportamenti finalizzati.

Possibili manifestazioni:

- incapacità di svolgere attività quotidiane
 - abbigliamento o comportamento bizzarro
 - comportamenti socialmente inappropriati
 - agitazione o aggressività
 - rituali non strutturati come nel DOC.
-

Sintomi disorganizzati



Comportamenti catatonici

insieme di alterazioni marcate del comportamento motorio caratterizzate da immobilità, rigidità o, al contrario, agitazione motoria non finalizzata, spesso accompagnate da ridotta risposta agli stimoli ambientali e da fenomeni come mutismo, posture rigide, negativismo, ecolalia ed ecoprassia.

Oggi meno comuni rispetto al passato

Vignetta clinica

Luca, 23 anni, studente universitario, viene accompagnato dai genitori al pronto soccorso psichiatrico perché da alcuni giorni il suo comportamento è diventato molto strano. In casa passa rapidamente da momenti in cui cammina avanti e indietro parlando da solo e gesticolando senza apparente motivo, a momenti in cui rimane completamente immobile per lunghi periodi.

Durante il colloquio resta seduto nella stessa posizione senza muoversi e non risponde alle domande. Quando il medico prova a spostargli un braccio, Marco mantiene la posizione in cui viene messo, senza opporsi né collaborare. Dopo alcuni minuti si alza improvvisamente e inizia a ripetere alcune parole senza un contesto chiaro.

Sintomi negativi



Appiattimento affettivo → Riduzione dell'intensità e dell'espressione delle emozioni.

Segni tipici:

- volto poco espressivo
- scarso contatto visivo
- ridotta gestualità
- tono di voce monotono.

Abulia / Apatia

Abulia → difficoltà a iniziare o portare avanti attività finalizzate.

Apatia → mancanza generale di motivazione e interesse.

Conseguenze:

- riduzione dell'iniziativa
 - difficoltà a completare compiti
 - inattività prolungata.
-

Sintomi negativi

Anedonia

Incapacità di provare piacere.

Può riguardare:

attività precedentemente piacevoli
relazioni sociali.

Alogia

Riduzione della **produttività ideativa**.

Caratteristiche:

- linguaggio povero di contenuti
 - discorso breve e poco fluido
 - lunghi tempi di latenza nelle risposte.
-



Sintomi negativi



Deficit cognitivi

Frequenti nella schizofrenia.

Ambiti coinvolti:

- **attenzione**
- memoria episodica
- working memory
- velocità di elaborazione
- funzioni esecutive
- fluenza verbale.

Caratteristiche:

presenti spesso **già nella fase premorbosa**

relativamente **stabili nel tempo**

in parte indipendenti dagli altri sintomi.

Vignetta clinica

Matteo, 23 anni, vive ancora con i genitori. Negli ultimi due anni ha progressivamente smesso di frequentare l'università e passa gran parte delle giornate nella sua stanza. La madre riferisce che non esce quasi mai, non vede più gli amici e non mostra interesse per attività che prima gli piacevano, come giocare a calcio o uscire la sera.

Durante il colloquio Matteo appare poco espressivo, mantiene scarso contatto visivo e risponde alle domande con frasi brevi. Quando gli viene chiesto cosa prova rispetto alla sua situazione, risponde: "Non lo so... niente di particolare."

Riferisce di non avere voglia di fare nulla, ma non descrive tristezza intensa né sentimenti di colpa. Dice che spesso resta seduto per ore senza fare nulla e che anche attività semplici, come uscire o iniziare un compito, gli risultano molto difficili.

Il linguaggio è povero e le risposte sono brevi, con lunghi tempi di latenza.

Vignetta clinica

Chiara, 27 anni, impiegata, chiede aiuto perché da circa due mesi si sente profondamente triste e senza energie. Racconta che la mattina fatica ad alzarsi dal letto e che tutto le sembra molto più pesante.

Durante il colloquio appare visibilmente triste e commossa. Dice: “Mi sento inutile... penso spesso di aver deluso tutti.”

Riferisce perdita di interesse per molte attività, difficoltà di concentrazione sul lavoro e riduzione dell'appetito. Spesso piange senza un motivo preciso e descrive un forte senso di colpa per non riuscire a essere produttiva come prima.

A differenza del passato, riferisce anche pensieri ricorrenti sulla morte, anche se nega intenti suicidari concreti.

Trattamento

Approccio multimodale

Il trattamento della schizofrenia richiede un **intervento integrato**, che combina interventi farmacologici, psicologici e psicosociali.

Obiettivi del trattamento

ridurre i sintomi psicotici

prevenire ricadute

migliorare il funzionamento sociale e lavorativo

promuovere autonomia e qualità di vita

Componenti principali del trattamento

trattamento farmacologico

interventi psicologici

interventi psicosociali e riabilitativi

coinvolgimento della famiglia

presa in carico da parte dei servizi territoriali

Trattamento



Trattamento farmacologico

Basato principalmente su farmaci antipsicotici.

Funzioni principali:

riduzione di deliri e allucinazioni

prevenzione delle ricadute psicotiche

Interventi psicologici e psicosociali → Complementari al trattamento farmacologico.

Principali interventi:

- **psicoeducazione** per paziente e familiari
 - **terapia cognitivo-comportamentale per la psicosi**
 - **training sulle abilità sociali**
 - **riabilitazione psicosociale**
 - **supporto all'inserimento lavorativo**
-

Disturbi dello spettro schizofrenico

Disturbo	Caratteristiche principali
Disturbo delirante	Presenza di uno o più deliri persistenti; funzionamento relativamente preservato; assenza di marcata disorganizzazione o sintomi negativi evidenti
Disturbo psicotico breve	Esordio improvviso con deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato o comportamento disorganizzato/catatonico
Disturbo schizofreniforme	Sintomi tipici della schizofrenia (deliri, allucinazioni, disorganizzazione, sintomi negativi), ma con durata limitata
Schizofrenia	Presenza di almeno due sintomi principali (deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato/catatonico, sintomi negativi) con compromissione del funzionamento
Disturbo schizoaffettivo	Episodio dell'umore (depressivo o maniacale) associato a sintomi psicotici, con almeno 2 settimane di psicosi senza sintomi dell'umore
Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci	Deliri o allucinazioni causati da sostanze, farmaci o astinenza
Disturbo psicotico dovuto a condizione medica	Sintomi psicotici direttamente causati da una condizione medica (es. neurologica o metabolica)