ESPERIENZE A CONFRONTO: discussione casi clinici dalle interviste semi-strutturate per i sintomi di base e i disturbi dell'esperienza del sè

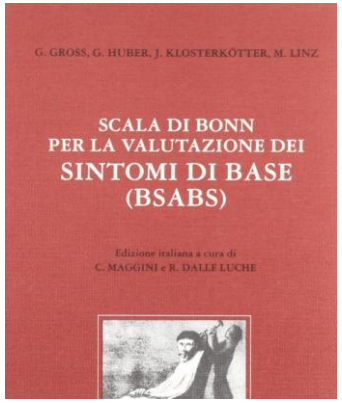
Lorenzo Pelizza
Andrea Berti
Alessandro di Lisi

V modulo 03.12.2025

CORSO REGIONALE: LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE NELLE PERSONE ALLA PRIMA MANIFESTAZIONE PSICOTICA O AD ALTO RISCHIO DI PSICOSI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

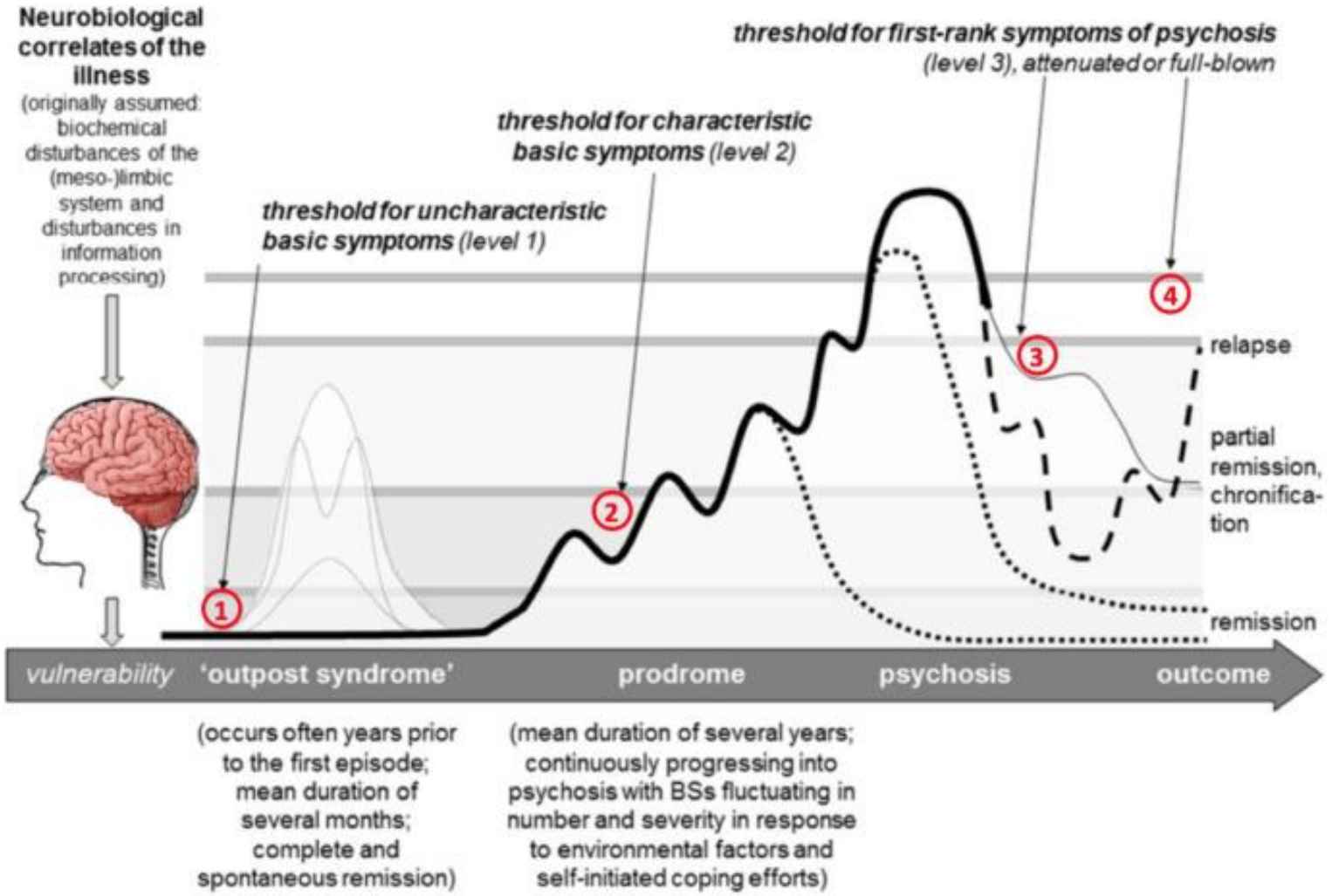
Le interviste semi-strutturate



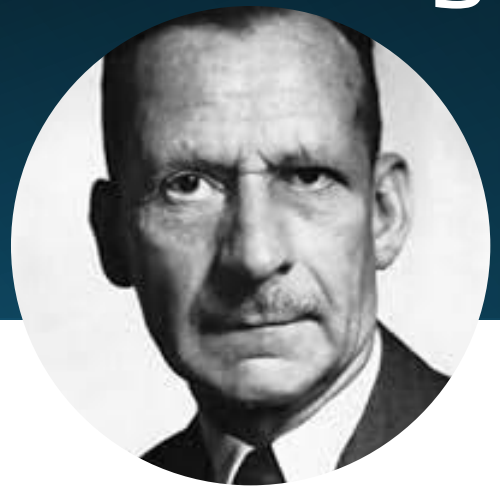
- Le interviste semi-strutturate sono uno strumento ideale quando si desidera un equilibrio tra la coerenza di una struttura e la flessibilità necessaria per esplorare a fondo le prospettive dei partecipanti
- Nel contesto delle scale di cui parleremo si tratta di interviste che cercano di operazionalizzare la complessità del vissuto personale (erlebnis) nel caso di coloro caratterizzati da stato mentale a rischio o al primo episodio di psicosi

Youn et al, 2020

Cosa servono queste interviste semi-strutturate?



Strumento di Propensione alla Schizofrenia



K. Schneider

G. Huber

J. Klösterkotter

F. Schültze-Lutter

Negli anni Sessanta, Huber notò che la maggior parte di individui che in seguito avrebbero sviluppato una Schizofrenia, presentava dei disturbi ricorrenti, lievi, disturbanti ma aspecifici.

Modello clinico-dinamico applicato alla clinica delle riacutizzazioni e al riconoscimento precoce della psicosi schizofrenica (Klosterkötter, 1995; Schulze-Lutter et al., 2001).

Cosa sono i sintomi di base?

Sono alterazioni elementari e aspecifiche di spinta, emozioni, percezione, propriocezione, pensiero, linguaggio, pianificazione delle attività, tolleranza agli stress elementari, confinate a livello della sfera soggettiva e percepite come disturbi (=> insight).

Strumenti di valutazione dei sintomi di base

- Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ; Sullwold, 1986
- Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS; Gross et al., 1987)
- Schizophrenia Prediction Instrument – Adult version (SPI-A; Klosterkötter et al., 1997)
- Schizophrenia Proneness Instrument. Child and youth version (SPI-CY; Schultze-Lutter e Koch, 2010)

Categorie di sintomi di base secondo la SPI-A

BIP -Disturbi della processazione delle informazioni (35 items): disturbi cognitivi del pensiero, della percezione e del movimento

BIC- Cenestesie (13 items): Disturbi delle sensazioni corporee

BIV – Vulnerabilità (5 items): ridotta tolleranza allo stress, ipersensibilità alle sollecitazioni

BIA- Adinamia (7 items): alterazione degli aspetti dinamici del pensiero, dell'affettività e dei rapporti interpersonali

BII- Irritazione interpersonale (6 items): tendenza all'autoriferimento su base di ipersensitività interpersonale

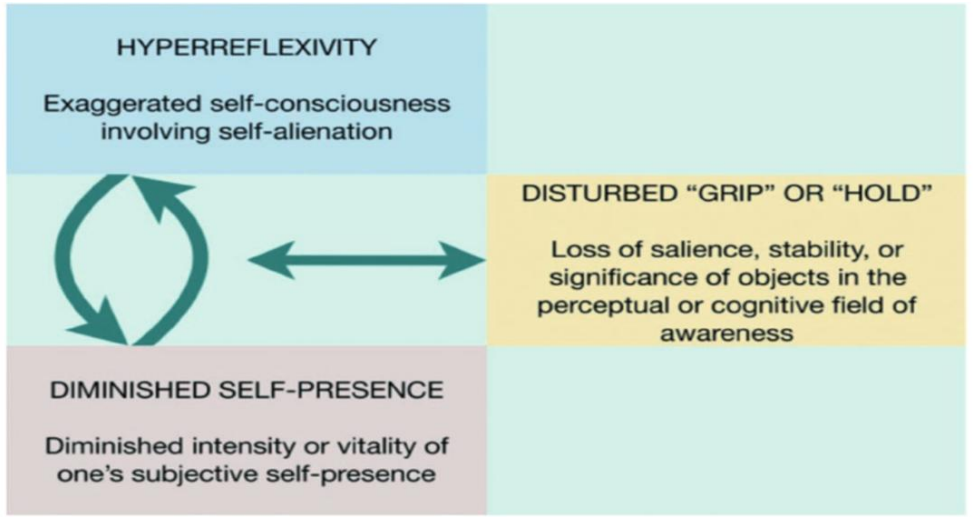
Esame dell'Abnorme Esperienza del Sè

L. Sass

J.Parnas

D.Zahavi

A partire dal lavoro "Schizophrenia, Consciousness and the Self" Parnas e Sass lamentano l'assenza di uno studio sistematico che individui come specifica per SSD una categoria sintomatologica tra quelle più note in nosografia (sintomi positivi, negative e di disorganizzazione), identificando il disturbo del Sè come aspetto nucleare e generatore nello spettro schizofrenico



Esame dell'Abnorme Esperienza del Sè

Che cosa è l'EASE?
Si tratta di un'intervista semi-strutturata a orientamento fenomenologico. Si compone 57 item divisi in 5 domini (Cognizione e flusso di coscienza, Consapevolezza di Sé e Presenza, Esperienze Corporee, Demarcazione e transitivismo, Ri-orientamento esistenziale) che mirano ad esplorare i vissuti soggettivi connessi ad anomalie del Sé minimo (2005). Tale costrutto risulta alterato nella concezione della schizofrenia come malattia dell'Ipseità (Perdita della presenza e iper-riflessività) e costituisce il modello attuale dominante per spiegare i disturbi dello spettro della schizofrenia. Questa cornice teoretica proviene dalle ipotesi sui sintomi nucleari studiati nella schizofrenia da Minkowski nel secolo scorso, discorso solo recentemente ripreso e validato empiricamente nella concezione di disturbi del Sé dal gruppo danese di Parnas e colleghi (2005).

Tale intervista va ad indagare le esperienze soggettive dei pazienti connesse ad anomalie dell'esperienza del Sé. Prende spunto dalla scala di Bonn, gli items della EASE vanno a studiare degli elementi di tratto che sono più duraturi nel tempo e questi sono indagati in tutto l'arco di vita attraversato dal paziente, senza maggiore enfasi dell'intervallo degli ultimi 3 mesi come i sintomi COPER-COGDIS

Differenze rispetto alle LG Emilia Romagna

Inseriti solo CAARMS e SIPS/SOPS come strumenti per l'identificazione degli stati mentali di psicosi in secondo livello

Si tratta di strumenti comunque maggiormente nati con un'ottica di standardizzazione e Maggiore facilità di training per gli operatori ma meno attenta ad alcune dimensioni psicopatologiche

NB Entrambi gli strumenti identificano I prodromi più tardivi

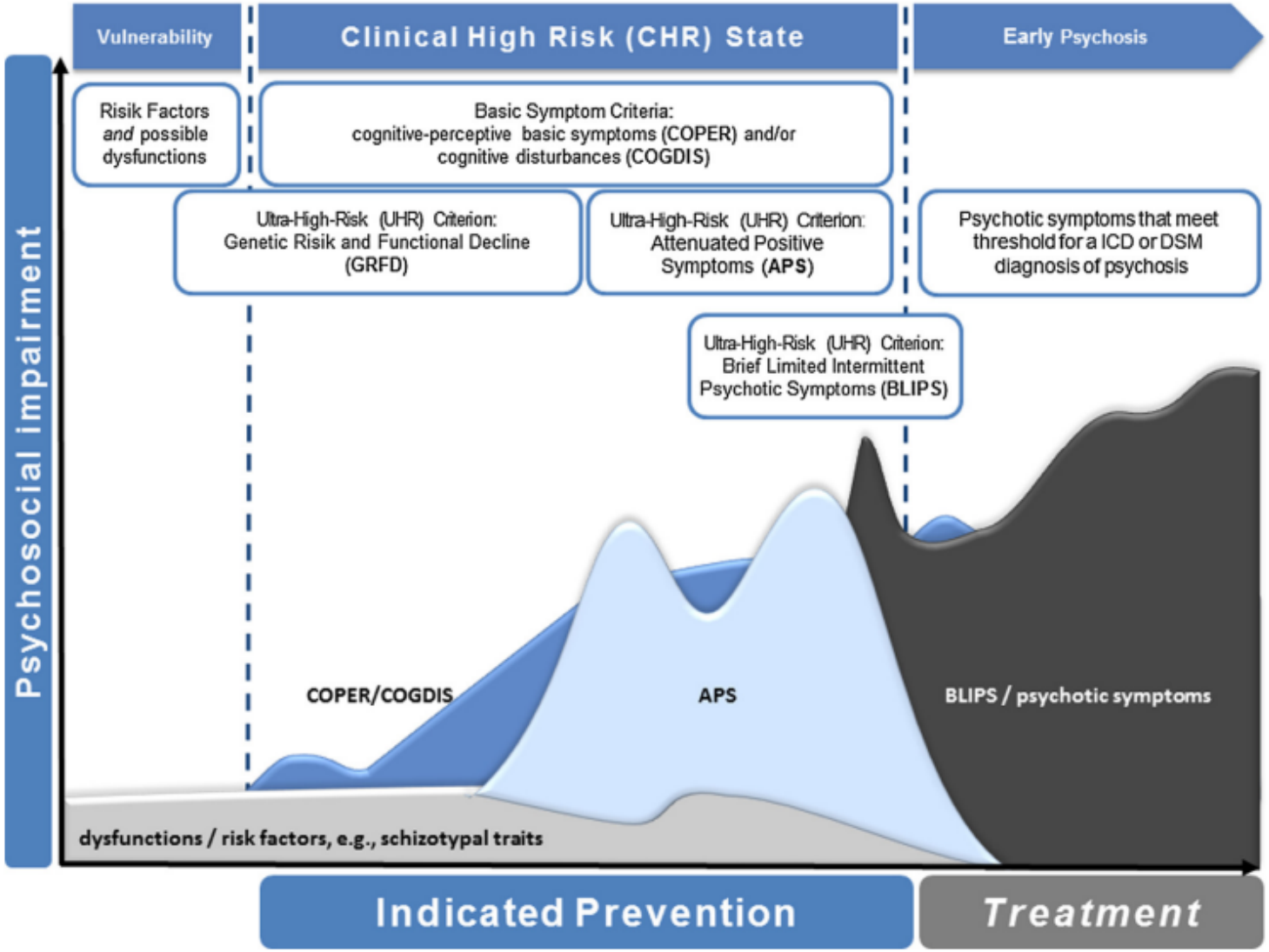


Fig. 1. Model of the early course of psychosis based on Fusar-Poli et al. (2012) [25].

La storia di GV

Dati biografici essenziali

Paziente nata nel 1998, figlia unica di genitori separati da sempre. Il percorso scolastico procede regolarmente fino alla scuola media; durante le superiori si verifica un peggioramento significativo che culmina nella bocciatura al quarto anno. Consegue infine il diploma nel 2019. La storia lavorativa è discontinua, con occupazioni brevi e precarie. Entrambi i genitori hanno avuto contatti con servizi psicologici/psichiatrici, senza diagnosi note.

Funzionamento premorboso

Lo sviluppo psicomotorio è regolare. Alla scuola materna emergono sporadici episodi di ritiro sociale, mentre alle elementari la paziente appare estroversa e con buon rendimento. Il primo episodio di malessere risale ai 17 anni, in concomitanza con l’aumento delle richieste scolastiche e la diagnosi oncologica della madre. Tale fase è caratterizzata da difficoltà di concentrazione, calo del rendimento, disorganizzazione crescente e progressivo ritiro, con deterioramento del funzionamento sociale e lavorativo negli anni successivi.

Presentazione clinica

Accesso in CSM, Luglio 2024

1

La paziente accede con urgenza breve su invio del MMG. All'esordio mostra accelerazione psicomotoria, pensiero caotico con allentamento dei nessi associativi, spunti interpretativi e diffidenza. L'umore è instabile, con rapide oscillazioni tra euforia e pianto. Riferisce disorientamento situazionale, confusione, difficoltà decisionali e progressivo ritiro sociale, con cancellazione dei social e perdita dei contatti amicali.

Visite successive

2

Durante i colloqui successivi emergono ruminazioni sul contesto relazionale, episodi di moderata euforia con aumento dell'energia e dell'autostima, accanto a periodi di marcato "blocco" con giornate trascorse a letto e umore deflesso. Compaiono idee di morte intrusive ma criticate e sfumati aspetti interpretativi rispetto a stimoli ambientali (es. associazioni autoreferenziali vedendo la Polizia).

Colloquio familiare

3

Emerge un pattern evolutivo di vulnerabilità: episodi di isolamento alla materna, un possibile episodio di bullismo, primo malessere significativo a 17 anni associato alla malattia materna. Segue un lento deterioramento del funzionamento con periodiche fasi di "esaltazione". Abbandona le scuole superiori. Il padre riferisce difficoltà crescenti negli ultimi mesi, tanto da trasferirsi per fornire maggior supporto.

Terapia farmacologica

Risperidone 1 mg

Viene introdotto risperidone 1 mg alla sera, ma la discontinuità nell’assunzione — attribuibile a disorganizzazione e dimenticanza — ne limita l’efficacia.

Olanzapina 2.5 → 10 mg

L’introduzione di olanzapina, con incremento graduale fino a 10 mg, determina una riduzione dei disturbi formali del pensiero, consentendo una migliore esplorazione dei contenuti ideativi. tuttavia determina sedazione insopportabile per la paziente.

Aripiprazolo 15 mg x2

Successivamente si effettua uno switch graduale ad aripiprazolo, fino a 15 mg due volte al dì. Il quadro mostra un miglioramento ulteriore della stabilità ideativa, sebbene permangano eloquio circostanziato e tratti di affettività incongrua. La paziente riconosce progressi nella sfera identitaria (“quando sto molto da sola perdo di vista chi sono…”) e continua a presentare sfumata ideazione paranoidea, comunque criticata

Approfondimenti diagnostici

Alla luce della complessità del quadro clinico, caratterizzato da disorganizzazione del pensiero, instabilità affettiva, ritiro progressivo e marcate difficoltà nella definizione del sé, si è ritenuto opportuno approfondire l'esperienza soggettiva della paziente

SPI-A: consente di identificare **sintomi di base** quali alterazioni precoci, soggettive e poco osservabili, della processazione cognitiva e percettiva.

EASE: permette un'esplorazione fenomenologica approfondita dell'esperienza del sé, rilevando anomalie identitarie, alterazioni del senso di agentività e vissuti di disintegrazione dell'unità dell'Io, particolarmente rilevanti nei disturbi dello spettro schizofrenico.

EASE G.V. Dominio1

EASE G.V.

- **Attenzione suddivisa** item 1.12.2

La paziente non è in grado di dividere l'attenzione tra stimoli provenienti da canali diversi, non avverte un cambiamento nella vita riguardo questo item, si evidenzia come tratto

EASE G.V. Dominio1

EASE G.V. Dominio1

- **Inabilità a discriminare le modalità intenzionali** item 1.9

La paziente riferisce un episodio dubbio durante il quale nel dialogo della madre, probabilmente in situazione prossima all'episodio di scivolamento psicotico presente in anamnesi, di non essere riuscita a distinguere tra un ricordo ed una fantasia che si era fatta, elemento difficile da distinguere da un disturbo qualitativo della memoria come un falso ricordo tipicamente presente in un contesto di psicosi

EASE G.V. Dominio1

EASE G.V. Dominio1

- **Disturbo del tempo esistenziale** item 1.14.2 (Riorientamento esistenziale ? Item 5.7)

L*a paziente a seguito della perdita dell'amico sembra che da un lato si chiuda in tematiche depressive come la perdita di una capacità d'infuturazione ma in realtà la paziente si ritrova intrappolata in un presente che non sa più dominare, con la temporalità della vita che non risulta più coerente e dettata dalla quotidianità ma è bloccata e fa sempre riferimento a quell'evento, finendo per sembrare congelato. Tale evento in particolare per come è riferito dalla paziente sembra averne cambiato il corso dell'esistenza basandosi su elemento idealizzato che sembra averla impressionata aldilà della sua disponibilità affettiva. La paziente sembra quasi suggerire tra le righe che nulla è più come prima*

EASE G.V. Dominio1

EASE G.V. Dominio1

- **Ruminazioni secondarie** item 1.6.4 e 5.6 **Idee magiche nell'esperienza soggettiva del paziente**

La paziente in questo caso sembra coinvolta in tipici processi di pensiero caratterizzati da concatenazioni di contenuti che si rincorrono secondari a spinte emotivamente importanti e fonte di preoccupazioni, contestualmente a contenuti specifici di carattere magico e bizzarro che sembrano ricorrere nell'esperienza di pensiero della paziente senza assumere carattere di rigidità o certezza soggettiva

EASE G.V. Dominio1

EASE G.V. Dominio1

- **Pressione di pensiero** item 1.3

La paziente a partire dall'indagine sulla presenza di eventuali pensieri interferenti lascia intravedere attraverso la sua descrizione la presenza di pensieri che si rincorrono, in assenza di un deragliamento patologico ma che premono sul suo flusso intenzionale di pensiero sottraendola dal focus originale

EASE G.V. Dominio2

EASE G.V. Dominio2

- **Diminuito senso di Sé di base** item 2.1

La paziente sembra lamentare da età precoci un forte senso di disconnessione dalla vita e dal suo essere nel mondo che si manifesta con un importante senso di vuoto e di generica inferiorità rispetto alle altre persone, elemento che desume dalle difficoltà relazionali in maniera pervasiva

EASE G.V. Dominio2

EASE G.V. Dominio2

- **Diminuita presenza** item 2.4.2

Nel contesto della domanda riferita agli episodi dissociativi la paziente rispetto alla sua incapacità e distanza rispetto l'occorrere delle cose nel mondo si giunge a chiedere se esiste, non riconoscendo più una condizione di significato per la sua stessa traiettoria di vita

EASE G.V. Dominio2

EASE G.V. Dominio2

- **Diminuita vitalità** item 2.18.1

La paziente durante l'intervista riporta una sostanziale diminuzione dell'iniziativa ancora negli ultimi 3 anni, ancora peggiorata da quella che lei sembra distinguere come la sua di base con forte riduzione dell'intenzionalità e nella possibilità di agire nel mondo (agentività)