**DELIRIUM:**

**DEFINIZIONE:**

Il **delirium** è una sindrome caratterizzata da una compromissione dello stato di coscienza e delle funzioni cognitive, che da un punto di vista psichiatrico si associa anche a vari disturbi del comportamento, dell’umore e della percezione, per cui si tratta in realtà di un quadro composito che è la via finale comune di tante noxe patogene, metaboliche o di tipo strutturale.

Tra i sintomi positivi, come le allucinazioni, si trova anche il delirio: è un concetto molto complesso e specifico ed è un termine che spesso viene utilizzato in maniera impropria. È classico, ad esempio, che un paziente anziano con demenza e fenomeni di confabulazione venga etichettato come “delirante”.

Considerando l’etimologia della parola, deriva dal latino *‘de lira’*: lira era propriamente il solco dell’aratro. Delirio perciò indica l’uscita dal solco, inteso, fondamentalmente, come il solco in cui sta il senso comune. Etimologicamente significherebbe uscire di senno e già questo è piuttosto indicativo.

Infatti, paragonandolo al significato etimologico di ossessione (da *‘obsidere’*=assediare) ci si accorge che sia, per certi aspetti, l’esatto opposto del delirio: chi ha un disturbo ossessivo-compulsivo è assediato da pensieri prodotti dalla sua mente, che riconosce come morbosi. Il concetto di ossessione implica che il paziente sia normale, ma si renda conto della presenza di qualcosa che lo assedi. Delirio, invece, già nell’etimo indica qualcosa di più grave, perché non si è assediati da pensieri, ma si esce dalla logica normale di pensare: tutti ragionano e pensano in un determinato ‘solco’, mentre il paziente delirante sta in un solco parallelo.

Esistono due definizioni classiche di delirio:

1. Definizione storica, che venne impiegata fino agli inizi del Novecento: **errore morboso di giudizio**. (*Kraepelin*)

Significa che vi è un errore nel giudizio enunciato dal paziente. Questa definizione può essere applicata per alcune forme di delirio: ad esempio, *un paziente che riferisce di essere stato rapito dagli alieni, oppure un paziente che dice di essere Gesù, oppure un paziente che riferisce di essere controllato dalla CIA o dai servizi segreti (delirio persecutorio)…*🡪è evidente che il giudizio sia errato, non verosimile, assurdo. Chiunque, anche non uno psichiatra, sa che la persona sta delirando.

In realtà questa è una definizione incompleta o addirittura non corretta, che ha portato a molti equivoci: per anni il soggetto che delira è stato considerato colui che per qualche motivo giudica male la realtà, non riconoscendosi più nelle comuni connessioni logiche, ma tale definizione implica in realtà la capacità di giudicare, l’intelligenza che però nel delirante non è compromessa: il paziente vive qualcosa di molto più profondo. Un soggetto può essere delirante perché schizofrenico, o paranoide ad esempio, ma mantenere capacità intellettive; intelligenza, memoria integre!

1. Definizione di Jaspers, formulata nel 1913: **giudizio patologicamente falsato**.

Apparentemente assomiglia alla precedente definizione, ma esiste una differenza sostanziale. Qui il delirio è definito in base al MODO in cui si giunge a quel giudizio. La definizione non poggia più sul contenuto del delirio, ma sulla FORMA, sulla modalità formale che porta allo strutturarsi di quel giudizio.

L’errore che spesso si fa tra i non specialisti è di concentrarsi sul contenuto e non sulla forma. È ovvio che certi contenuti siano talmente assurdi da indicare già di per sé un delirio, ma non è sempre così, anche perché esistono deliri che esprimono contenuti verosimili. Addirittura può capitare anche che alcuni contenuti di deliri siano veri.

Ad esempio, un contenuto di delirio molto frequente e verosimile è il *delirio di gelosia: il paziente può sostenere di essere tradito dalla moglie*. Anzi, può anche capitare di scoprire che questo accada veramente. Che cosa, allora, rende questa persona delirante? La modalità formale con cui si giunge a questo contenuto:

* *paziente sostiene che la moglie lo tradisca e dice di saperlo con assoluta certezza perché ieri, uscendo di casa, ha visto un gatto nero passare e da lì l’ha capito*🡪 delirio di gelosia sorretto, sul piano formale, da una percezione delirante. Verosimilmente questo paziente apparterrà alla sfera schizofrenica, perché la percezione delirante è un sintomo di primo rango di Schneider.
* *paziente sostiene che la moglie lo tradisca e dice di saperlo con assoluta certezza perché afferma di non sentirsi più un uomo, di essere finito, di non portare a casa i soldi e quindi di meritare di essere tradito, mentre la moglie merita la felicità con un altro uomo*🡪 delirio affettivo, legato ad un disturbo depressivo, che viene detto olotimico, cioè legato all’affettività.
* *paziente sostiene che la moglie lo tradisca e giustifica questa convinzione dicendo che la moglie solitamente torni a casa alle 18.00, mentre ieri è tornata alle 18.02; ha guardato e calcolato la benzina consumata dall’automobile della moglie rapportandola con il tragitto per il lavoro*…🡪 delirio di gelosia, con modalità formale su base interpretativa: il paziente interpreta tutti i dati di realtà. È la forma classica della paranoia.

Tre modalità formali differenti sostengono lo stesso contenuto, ma è in base alla forma che facciamo sempre una diagnosi diversa.

*Caso clinico:Si riporta l’esempio di una* *paziente puerpera, con deliri di colpa post-partum, per la quale il consulente si concentrò sul contenuto di colpa e di rovina, dimettendola con affidamento ai servizi sociali per risolvere la questione socio-economica di cui parlava. Tuttavia, la paziente non aveva nessun problema di questo tipo, ma si trattava di un delirio depressivo (con i classici contenuti di colpa e rovina) e tentò il suicidio dopo la dimissione.*

Jaspers parlò di 3 caratteri fondamentali del delirio, che in ogni caso devono essere considerati con le dovute cautele:

* **Assoluta certezza soggettiva**: il paziente è assolutamente convinto di ciò che dice;
* **Non influenzabile e incorreggibile di fronte ad ogni confutazione logica**: con le parole il delirio non può recedere in alcun modo;
* **Assurdità di contenuto**: questo criterio ovviamente è opinabile, perché è vero che talvolta i contenuti siano assurdi, ma esistono anche i casi di contenuti veri.

In realtà questi tre criteri, come tutte le regole, sono opinabili: l’assurdità di contenuto ad esempio non caratterizza necessariamente un delirio (caso classico è il delirio di gelosia: non è assurdo credere al tradimento).

**EPIDEMIOLOGIA:**

L’esordio è tipicamente molto rapido, ed il decorso è fluttuante, ma breve. Fondamentale è l’identificazione del fattore eziologico, perché trattando questo si elimina la sintomatologia. Dal punto di vista strettamente epidemiologico, il delirium è tuttavia spesso misdiagnosticato, in quanto confuso con manifestazioni di alterato stato di coscienza meno gravi, ma si stima che in ambito ortopedico fino al 30% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per la rottura della testa del femore sviluppa una condizione di delirium, ed infatti quelle traumatiche sono tra le cause più comuni di delirium, e questo è importante da tenere a mente perché la contenizione non dovrebbe essere fatto in soggetto affetto da delirium da cause organiche, poiché in questo caso i sintomi tendono a peggiorare anche considerevolmente, ed altre condizioni che lo possono scatenare o aggravare sono lo stress sia fisico che mentale, le alterazioni del ritmo sonno-veglia, il dolore intenso, gli stati tossinfettivi e febbrili, nonché le terapie stesse.

Il delirium, ovviamente, risulta più comune nelle fasce estreme della vita, ovvero nei **bambini**, che risultano particolarmente suscettibili alle patologie tossinfettive e febbrili, e gli **anziani**, in cui la compromissione delle condizioni fisiche generali si sommano ad un deterioramento delle funzioni cognitive, predisponendo alle alterazioni dello stato di coscienza.

**EZIOPATOGENESI:**

Le cause del delirium sono quindi molto numerose e variabili, e possono essere generalmente suddivise in:

* **Cause Intracraniche**, che vanno dall’epilessia con stato di male epilettico sino a processi infettivi o a malattie vascolari;
* **Cause Extracraniche**, tra cui si devono ricordare i farmaci ad azione anticolinergica, ma anche la cimetidina, alcuni antipertensivi ed antiepilettici, i salicilati, gli oppiacei ed i corticosteroidi, ma non si devono dimenticare anche condizioni come l’intossicazione da CO, le disfunzioni endocrine, le malattie sistemiche, l’ipossia, lo scompenso cardiaco e le malattie metaboliche derivanti da alterazioni renali o epatiche.

**MANIFESTAZIONI CLINICHE**

Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche, il delirium si caratterizza per obnubilamento ed alterazioni dello stato di coscienza, stato crepuscolare e stato confusionale. L’esordio può essere rapido e brusco, nel giro di poche ore, oppure anche dopo alcuni giorni di ansia, insonnia o sonnolenza, e la fase di stato si caratterizza per la presenza di **allucinazioni transitorie**, spesso di tipo di visivo (ad esempio le macro/microzoopsie del delirium tremens), associate ad incubi e lentezza motoria. Fondamentale è l’oscillazione dei livelli di vigilanza, che possono essere di due tipi: di **iperattività** o di **ipoattività**. L’ipoattività si caratterizza per scarsa lucidità e confusione, mentre l’iperattività si ha soprattutto quando si correla con l’assunzione di sostanze. Importante è anche il disorientamento con perdita di riconoscimento di persone familiari oppure di falsi riconoscimenti. Il linguaggio tende a divagare, è incoerente, prolisso ed incongruo. A livello cognitivo ovviamente abbiamo **disturbi della memoria**, cioè viene limitata la capacità di registrare, osservare e richiamare i ricordi, le capacità attentive e l’abilità nel risolvere problemi.

Caratteristiche sono poi le **percezioni alterate**, perché l’individuo ha un’alterata percezione per incapacità a discriminare gli stimoli, non è capace di integrare le percezioni attuali da quelle passate o dai propri processi emotivi. Il paziente con delirium, inoltre, è un paziente agitato, distraibile, che ad ogni stimolazione tende ad agitarsi perché non riesce ad integrare le percezioni in una singola esperienza comune. Anche le allucinazioni e le illusioni sono frequenti, e l’umore tende alla disforia, all’irritabilità ed alle paure immotivate, oppure si può anche avere una condizioni di euforia infantile.

In questi pazienti, inoltre, sono tipiche le alterazioni del ritmo sonno-veglia e la presenza di **tremori “a battito d’ala”** (flapping tremor) a livello degli arti superiori più eventuali altri sintomi correlati con la patologia di base.

**CLASSIFICAZIONE:**

Può essere fatta in diversi modi e secondo diversi criteri:

**Stato di coscienza:**

* DELIRIO LUCIDO: è quello che si ritrova generalmente nelle patologie psichiatriche. I pazienti (depressi, schizofrenici, paranoici…) delirano, ma mantengono uno stato di coscienza lucido e non alterato.
* CONFUSO: è quello che si manifesta durante un’alterazione dello stato di coscienza. Generalmente sono legati ad una patologia organica.

Ad esempio il delirio febbrile: un paziente con febbre alta può avere anche una sintomatologia delirante ed allucinatoria o illusionale. In questo caso il delirio è secondario ad una profonda alterazione dello stato di coscienza. Oppure, ancora più paradigmatici sono i deliri notturni dei pazienti dementi, che vanno incontro ad una destrutturazione dello stato di coscienza (che può essere deliroide, confusionale, ecc…).

**Struttura del delirio:**

* PARANOICALE: per quanto riguarda la struttura è il più sistematizzato,ben strutturato, elaborato, con nessi associativi che reggono l’intero complesso delirante, tanto che il paziente può essere talmente convinto del suo delirio da interpretare qualsiasi cosa in funzione di questo. Come suggerisce il nome, questo tipo di delirio è quello che caratterizza la paranoia. Il paziente costruisce un’impalcatura coesa che sostiene il delirio. Vi sono nessi logici, su base interpretativa, che lo spiegano. Generalmente si trova nei disturbi deliranti cronici, che non poggiano su una patologia, ma sulla personalità.

Ad esempio: *il delirio di gelosia nel paziente che riporta i due minuti di ritardo della moglie, calcola la benzina e sostiene quindi, dopo aver costruito questa struttura complessa, il tradimento*.

* PARANOIDE:che ha delle tematiche ricorrenti, ma non sono così elaborate, e la strutturazione è piuttosto povera. Generalmente è presente in pazienti con una destrutturazione più o meno profonda, come la schizofrenia (che, come diceva Bleuler, crea una scissione e devasta la vita dell’individuo): difficilmente il paziente sarà in grado di strutturare un delirio così ben schematizzato come quello del caso precedente.

Ad esempio: *il paziente riferisce di essere seguito dagli alieni, ma non sa dare una spiegazione, oppure lo dice in modo meno elaborato*.

* PARAFRENICO: che risulta alimentato da fenomeni allucinatori molto marcati, come allucinazioni visive, uditive, olfattive o gustative, che sono quindi connesse con la tematica delirante e la rafforzano. Il delirio parafrenico è l’elemento che caratterizza appunto la parafrenia.

Quindi è spesso determinato da fenomeni allucinatori: le allucinazioni dei depressi hanno sempre le medesime tematiche dei deliri olotimici; cioè se sentono delle voci facilmente queste dicono “*Sei indegno*”, oppure “*Hai commesso degli errori terribili*”, “*Sei ridotto sul lastrico*”, “*Finirai il resto dei tuoi giorni in galera*”. A volte oltre che allucinazioni uditive hanno allucinazioni visive: ancora una volta con i medesimi contenuti: magari vedono diavoli o le fiamme eterne infernali.

Le allucinazioni olfattive sono molto più frequenti nei depressi che negli schizofrenici, sempre con i medesimi contenuti: iniziano a sentire odore di zolfo, o di putrefazione (legato al tema ipocondriaco).

(N.B.: I termini paranoicale e paranoide non hanno nulla a che vedere con il contenuto; non si tratta, ad esempio, di deliri persecutori)

**Caratteri genetico-formali:**

* PRIMARIO: è, per definizione, il delirio della schizofrenia. Non è conseguenza di altri disturbi psichiatrici, se non la schizofrenia: emerge direttamente dalla destrutturazione che essa porta. Venne chiamato così perché il delirio caratteristico della schizofrenia è incomprensibile sul piano psicologico: anche provando a metterci nei suoi panni, non riusciamo a colmare il vuoto che c’è tra la percezione ed il significato che il paziente fornisce.

*Caso clinico:* *il paziente che, entrando nella stanza, dice che sulla sedia che vede è sceso Gesù*.

Si dicono primari perché dietro non c’è patologia; o meglio, ci sono tali vissuti che non sono ancora sintomi, della Schizofrenia.

Possono essere di tre tipi:

1. Percezione delirante: è l’**unico** ad essere un sintomo di primo rango di Schneider, quindi è l’unico ad essere altamente predittivo di schizofrenia. Indica una percezione di per sé corretta, a cui viene attribuito un valore semantico abnorme. Come esempio si può considerare quello della *visione della sedia*, citato sopra: ed è bene ricordare dalla scorsa lezione la diagnosi differenziale tra percezione ed interpretazione delirante.
2. Intuizione delirante: non poggia su una percezione, ma avviene come un’illuminazione. Esempio: *Il paziente improvvisamente si convince di essere Gesù*.

Può essere presente nella schizofrenia, ma è molto frequente anche in altri disturbi, come quelli affettivi. Esempio: *un paziente bipolare che, quando inizia la fase maniacale, la prima cosa a cui va incontro è sempre un’intuizione delirante di tipo megalomanico-mistico, convinto di essere Gesù e di dover salvare il mondo.*

1. Rappresentazione delirante: è un po’ più simile alla prima, ma non è una percezione del mondo esterno che sostiene il delirio, bensì un ricordo vero (nemmeno un’allucinazione della memoria, ovvero un processo psicopatologico in cui il paziente crede di ricordare cose che non sono mai avvenute, trattandosi quindi di un ricordo falsato). Sono ricordi veri a cui vengono attribuiti significati abnormi, come nella percezione delirante. Esempio: *un paziente che ricordava lo schiaffo della madre datogli quando aveva 5 anni, si convinse dopo tempo di non essere figlio dei suoi genitori, ma di essere figlio di una famiglia nobile, a cui addirittura andò a chiedere parte dell’eredità*. Il delirio genealogico nasce da una rappresentazione delirante, ovvero il ricordo dello schiaffetto della madre.

(N.B.: Intuizione delirante e rappresentazione delirante possono essere deliri primari, quindi presenti nella schizofrenia, ma possono anche essere presenti in altre patologie, ad esempio sono frequenti nei disturbi affettivi, ed essere deliri secondari)

* SECONDARI o DELIROIDI: sono comprensibili a partire dalla patologia alla base che sostiene il delirio.

Ad esempio:

1. DELIRI OLOTIMICI: Sono disturbi secondari a disturbi affettivi, sia che si tratti di fasi depressive che maniacali.

I deliri depressivi si riconoscono in genere abbastanza facilmente: hanno modalità formali tipiche ed il contenuto solitamente è sempre lo stesso, al di là delle epoche, dello stato sociale, della latitudine ecc... Essi infatti generalmente vertono su tre temi fondamentali: **colpa**,**rovina**, **ipocondria**. Quando si ha uno di questi elementi bisogna sempre sospettare che vi sia una depressione alla base.

**COLPA**: intesa come la preoccupazione per la salvezza della nostra anima. Non è sempre facile da immaginare.

Esempio: *un paziente era angosciato, perché sosteneva di vedere dei carabinieri in borghese sotto casa che lo controllavano ed erano pronti per arrestarlo; il paziente per altro tentò anche di uccidersi, perché ormai era preso da questo stato di assedio.* In base al contenuto, questo delirio si rubricherebbe inizialmente come persecutorio; in realtà, considerando la forma ed il vissuto che ci sta dietro, ci si accorge che è un delirio di colpa: *il paziente infatti aggiunse che aveva venduto un camper su internet, chiedendo ed ottenendo un prezzo che riteneva egli stesso eccessivo e quindi credeva di dover andare in galera*🡪 delirio di colpa. È importante distinguerlo perché, se si trattasse questo caso con un antipsicotico fermandosi alla prima diagnosi, ci accorgeremmo che peggiorerebbe, in quanto la base del delirio è affettiva eservirebbe quindi un antidepressivo.

**ROVINA**: intesa come il delirio di non avere più i mezzi di sostentamento economico, di non avere più possibilità di sostenere la famiglia, di non avere più nulla.

**IPOCONDRIA**: ha a che vedere con la salute fisica, corporea. Esempio: *paziente che dice di saper per certo di avere un tumore al cervello, in seguito ad un episodio di visione offuscata. Addirittura un paziente fu ricoverato perché iniziò a suonare a tutte le case del paese per salutare tutte le persone, in quanto sentiva che il giorno seguente sarebbe morto*🡪 delirio ipocondriaco e di rovina.

Queste tre tematiche sono spesso interconnesse, addirittura spesso questi pazienti fanno costruzioni deliranti che contemplano tematiche di colpa, di rovina o di ipocondria interconnesse tra loro.

Generalmente i deliri di colpa interessano azioni compiute dal paziente, la qual colpa si traduce nell’indegnità attuale, peraltro spesso riferita al corpo, che risulta marcio o malato. (“*Sono una persona indegna” – “Sono moralmente insulso e merito la morte*”).

Nei casi gravi possono comparire anche deliri di negazione o nichilistici, che in realtà possono sempre essere ricondotti alle tre grandi tematiche descritte sopra. Esempio: *paziente nega l’esistenza di familiari, di organi o parti corporee (“non ho più lo stomaco, mi è stato sottratto il cuore”).*

Le forme estreme di depressione delirante o psicotica configurano la cosiddetta **sindrome di Cotard** o di **megalomania rovescia**: in essa tutte queste tematiche, soprattutto quelle di negazione o nichilistiche, sono particolarmente accentuate. Il paziente generalmente è incontrovertibilmente convinto di essere morto, nonostante capisca e sappia di sembrare vivo agli altri: questo fatto è vissuto come una condizione di dannazione eterna.

Una variante di questo delirio è la forma inversa: il paziente si ritiene l’unico vivo al mondo, in mezzo a tutti gli altri che sono morti. Sembrerebbe positivo, in realtà è sempre vissuto come dannazione: nel caso specifico dell’esempio, il *paziente si sentiva solo in un universo in cui non esisteva più niente, l’unico rimasto immerso nella solitudine e attorniato da ombre e parvenze, che rappresentavano i simulacri di piante, animali, persone*.

1. DELIRI CARATTEROGENI: sono legati allo sviluppo di tratti peculiari di personalità. Per esempio, una personalità rigida, sospettosa, fanatica può sviluppare un delirio di persecuzione, che in questo caso è secondario ad una personalità premorbosa.
2. Deliroidi in pazienti con disturbi psicosensoriali abnormi, come i sordastri, che sono conseguenza di questi deficit organici.

**STATO D’ANIMO PREDELIRANTE (Wahnstimmung)**

Deriva da ‘Wahn’=delirio e ‘Stimmung’=umore.

È una forma pre-delirante che si manifesta nella schizofrenia prima che ci sia l’esordio del delirio vero e proprio. Consente di capire meglio cosa sia la schizofrenia e da dove origini il delirio; è tipica dell’esordio per PROCESSO, non c’è generalmente nell’esordio per sviluppo. In ogni caso, non è necessariamente presente.

È un vissuto di estrema angoscia, di profonda ansia da parte del paziente, che ha una durata transitoria: non può durare più di qualche ora, giorno, settimana. Spesso il paziente, in uno stato di perplessità, formula una domanda caratteristica che ricorre molto frequentemente: afferma che sia successo qualcosa di stravolgente, che non capisce e non sa definire, con una portata cosmica, mondiale, che coinvolge tutti e che, però, lo riguarda in prima persona.

Lo stato d’animo predelirante è quella fase di transizione, che necessariamente dura poco tempo, in cui il paziente, prima di esordire, perde i significati consueti delle cose, degli oggetti, della propria vita psichica. Inizia a dissolversi la comune trama di significati entro cui viviamo, si perde la familiarità, l’ovvietà della vita, collassa il significato univoco delle cose: tutto può significare qualsiasi cosa e nello stesso tempo non significa niente.

Caso clinico: *il paziente, in questo stato, entra nella stanza ed è angosciato perché vede il microfono. Sa cosa sia, perché non ha problemi di percezione, ma non riesce più ad attribuirgli un significato ovvio: mentre noi pensiamo che il microfono sia lì perché qualcuno deve parlare con esso, il paziente inizia a chiedersi perché sia lì. Successivamente volge l’attenzione alle proprietà fisiognomiche (perché è nero, perché ha quella forma a freccia volta verso di me?).*

Termina, ovviamente, con la percezione delirante, cioè quando il paziente torna finalmente ad attribuire un significato alle cose: tuttavia questo non è più normale e legato al senso comune, ma abnorme. In questo momento l’angoscia si placa, il paziente è tranquillo perché riesce nuovamente a trovare un significato, però non torna più indietro e tutto quello che poi accadrà sarà diretto ad alimentare questa visione delirante.

Sono difficili da vedere, perché è raro che il paziente giunga all’osservazione medica in questa fase essendo fasi transitorie e brevi, mentre è più facile che vi arrivi quando già delira.

Caso clinico: *un ragazzino di 14 anni, profondamente angosciato, che fa notare una crepa su un palazzo di fronte fuori dalla finestra, dicendo di avvertire che tutto il mondo stia cambiando, tutto abbia qualcosa di malato e qualcosa di enorme stia per succedere* (in realtà questa è già una fase più avanzata rispetto allo stato d’animo predelirante, che si chiama ‘esperienza della fine del mondo’).

Caso clinico: *una paziente di 16 anni che tentò il suicidio ingerendo tutti i farmaci trovati in casa, in seguito all’angoscia insostenibile che provava per il pensiero che qualcosa stesse per accadere*. Nell’arco di qualche settimana esordì con un delirio e quindi iniziò la schizofrenia(si trattava di un pieno stato d’animo predelirante).

Caso clinico: *un ragazzo di 18 anni che viaggiava in macchina con gli amici e avvertì che rumori e colori fuori dal finestrino cambiassero, fossero enigmatici; questo senso di estraneità diventava, di minuto in minuto, sempre più forte, più profondo, fino alla sensazione che tutto il mondo respirasse all’unisono con il suo respiro.* Da qui poi sviluppò una struttura delirante-allucinatoria complessa e questa fase era prodromica all’esordio imminente.

Caso clinico: *un paziente di 16 anni, seguito nelle settimane precedenti all’esordio, nella fase in cui da un disturbo di personalità schizotipico stava passando alla schizofrenia vera e propria. Non passò da una fase di Wahnstimmung, ma di settimana in settimana si vedeva cheperdesse i significati consueti delle cose. Era colui che soffriva di geometrismo patologico, cioè era convinto che gli amici gli disegnassero dei triangoli di cui dovesse calcolare l’area: quando esprimeva questa attività però ancora andava a scuola, aveva amici e manteneva quindi un ancoraggio con la vita reale, sebbene fosse già distaccato dal senso comune. Era anche manierato (corretto nel modo di presentarsi). Poi, improvvisamente, esordì a distanza di una settimana: il manierismo scomparve e il paziente chiese al dottore se volesse un reattore nucleare.*

Domanda: *esiste la possibilità di prevenire l’esordio di un delirio in questo stato?*

Sì, sebbene si sia già al limite dell’esordio e sia una situazione talmente breve che è raro si possa agire in questa fase. Però, finché non si arriva all’ingresso nella psicosi vera e propria, ovvero al delirio, si può intervenire.

**TERAPIA DEL DELIRIUM:**

La terapia è eziologica, e prevede reidratazione, protezione antibiotica ed eventualmente la sedazione, per cui per la farmacoterapia si usano essenzialmente le **benzodiazepine** (lorazepam) e gli **antipsicotici** (olanzapina, ziprasidone, aripiprazolo ed aloperidolo). Ultimo presidio che si può usare in questi pazienti è poi la **TEC** (Terapia Elettro-Convulsivante), che oggi si usa solo per le forme gravi e refrattarie, in assenza di cause organiche di delirium.