



## **L'episodio psicotico: studio di un caso clinico**

Ilaria Missaglia, Alessia Antonella Merelli, Antonella Francesca Cuccomarino,  
Annalisa Boldrini, Marco Cappucciati, Edgardo Caverzasi

*Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentli, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia*

---

### ***L'episodio psicotico: studio di un caso clinico***

L'Episodio Psicotico Breve si manifesta con una sintomatologia improvvisa e di breve durata, si risolve entro un mese e nella maggior parte dei casi spontaneamente; inoltre si distingue dal Disturbo Schizofreniforme per la durata di quest'ultimo compresa tra uno e sei mesi. L'indeterminatezza delle manifestazioni conduce spesso alla sottovalutazione dei sintomi e a ritardi diagnostici, che influenzano la prognosi e l'evoluzione della psicosi. Il caso clinico riportato rappresenta un esempio di esordio psicotico acuto, che, non tempestivamente riconosciuto, ha portato ad una recidiva e ad un peggioramento del quadro clinico.

### ***Psychotic Edpisode: a case report***

The breif psychotic episode manifests with an acute onset and a short duration, ends in a month and in the most cases spontaneously; it's different from Schizophreniform psychosis for the duration of this between one and six months. The indeterminacy of the events often leads to the understimation of symptoms and to the delay of diagnosis, which influence the prognosis and the development of psychosis. The clinica case reported is an example of an acute psychotic onset, which not promptly recognized, led to a recurrence and to a worsening of the clinical case.

---

## **Introduzione**

### ***Disturbi psicotici***

I disturbi psicotici sono, a livello diagnostico, raggruppati insieme poiché includono, come aspetto preminente del loro quadro, i sintomi psicotici; nonostante questa classificazione, si deve tenere in considerazione che questi non hanno necessariamente un'eziologia comune. Un altro importante aspetto è che clinicamente i sintomi psicotici non sono sempre le manifestazioni centrali e fondamentali con cui questi disturbi si presentano. Il termine psicotico ha ricevuto storicamente una quantità di definizioni differenti, nessuna delle quali ha raggiunto un'accettazione universale. La definizione più ristretta è limitata ai deliri o alle allucinazioni senza consapevolezza da parte del

soggetto della loro natura patologica. Una definizione più ampia include anche altri sintomi positivi della Schizofrenia quali il linguaggio disorganizzato, il comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico. Secondo il DSM-IV-TR il termine psicotico si riferisce alla presenza di determinati sintomi e gli specifici sintomi variano nelle diverse categorie diagnostiche [1].

### ***Disturbo Psicotico Breve***

Il Disturbo Psicotico Breve è caratterizzato essenzialmente dall'improvvisa insorgenza di almeno un sintomo psicotico positivo (deliri, allucinazioni, eloquio e comportamento disorganizzato), dalla durata di almeno un giorno, ma meno di un mese e dalla completa remissione e ritorno allo stato premorbo. Il disturbo viene messo in diagnosi differenziale con il disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche, il disturbo schizoaffettivo, la schizofrenia ed ad un'ampia varietà di condizioni che possono presentarsi come episodio psicotico breve, quali gli affetti dovuti all'uso di sostanze d'abuso o una condizione medica generale. L'esordio può essere associato alla presenza o assenza di fattori di stress rilevanti o al post partum, si associa spesso ad agitazione emotiva, senso di confusione, compromissione delle capacità del soggetto, rischio aumentato di mortalità in soggetti giovani e spesso a preesistenti disturbi di personalità. La prevalenza del disturbo non è ben definibile a causa della difficoltà nel diagnosticarlo e per via del fatto che, per la brevità del disturbo stesso, molti casi non giungono all'osservazione del medico. Il disturbo compare con maggior frequenza nell'adolescenza e all'inizio dell'età adulta, più comunemente nei paesi in via di sviluppo rispetto a quelli industrializzati [1]. Insorge più precocemente nel sesso maschile, nel quale può più spesso associarsi all'uso di sostanze. Infine sembra esordire più tardivamente tra soggetti con un livello d'istruzione elevato, i quali manifestano inoltre più di frequente un funzionamento premorbo migliore [3].

### ***Disturbo Schizofreniforme***

Il Disturbo Schizofreniforme è caratterizzato dalle stesse manifestazioni sintomatologiche della Schizofrenia (almeno due sintomi tra deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico, sintomi negativi), ma perché si possa porre diagnosi queste devono durare più di un mese e meno di sei. Inoltre, sebbene siano possibili menomazioni del funzionamento sociale o lavorativo durante il periodo della malattia, queste non sono necessarie ai fini diagnostici. Le specificazioni "con segni prognostici favorevoli" e "senza segni prognostici favorevoli" indicano la presenza o meno di una serie di caratteristiche associate ad un valore prognostico positivo (insorgenza di sintomi psicotici rilevanti entro quattro settimane dalla prima modificazione apprezzabile del comportamento o del funzionamento usuale, confusione o prelessità al culmine dell'episodio psicotico, buon funzionamento sociale e lavorativo premorbo, assenza di ottundimento o appiattimento affettivo) [1]. Durante il periodo di acuzie il disturbo non può che essere diagnosticato in forma provvisoria, poiché si stima che solo un terzo di questi casi si ristabilisca effettivamente entro sei mesi (confermando la diagnosi), mentre la restante parte progredisce verso una forma di Schizofrenia o di Disturbo Schizoaffettivo [2]. Anche in questo caso il disturbo deve essere differenziato dalle psicosi maggiori, dal disturbo psicotico breve e dalle psicosi in corso di condizioni mediche generali o di abuso di sostanze stupefacenti. La prevalenza è mal definita e varia nei diversi ambienti socio-culturali; tendenzialmente l'incidenza è bassa e si stima essere fino a cinque volte inferiore a quella della schizofrenia [1].

## **Caso Clinico**

G. P. è una ragazza nata a Nuoro nel 1989. La sera del 21 dicembre 2011 in seguito a segnalazione alla

guardia medica da parte del fratello, allarmato per il comportamento anomalo della sorella, viene condotta in pronto soccorso, dove lo psichiatra di guardia ritiene opportuno il ricovero in spdc. L'anamnesi familiare è muta per patologie psichiatriche, mentre quella patologica personale presenta esclusivamente una diagnosi di favismo. Da un punto di vista psicopatologico la ragazza presenta un normale sviluppo psicofisico durante l'infanzia e l'adolescenza, che vengono riferite allegre e spensierate. La paziente cresce in una famiglia cattolica e partecipa attivamente alla vita religiosa fin dalle elementari prendendo parte al corso di catechismo. Negli anni che vanno dalle scuole elementari a quelle superiori è descritta come una ragazzina piena di energie, con un buon rendimento scolastico, coinvolta in diverse attività sportive (pallavolo, pallacanestro, corsi di ballo...), mostrando particolari qualità. All'aumentare del carico di studi legato all'iscrizione al Liceo Classico, G. non manifesta difficoltà a mantenere e coordinare i diversi impegni ad eccezione di quelli religiosi, dai quali si allontana progressivamente negli anni del liceo, in particolare non potendo più seguire le cerimonie domenicali. Dopo il conseguimento del diploma di maturità raggiunge il fratello maggiore a Pavia, dove si iscrive alla facoltà di Giurisprudenza dopo non aver superato il test d'ingresso alla facoltà di Medicina e Chirurgia. Dopo un'iniziale difficoltà ad intrecciare rapporti d'amicizia con i nuovi compagni, in parte per la lontananza da casa ed in parte per il carattere dei ragazzi stessi, che, a suo dire, avrebbe trovato più chiuso rispetto a quello dei suoi vecchi amici sardi, la paziente riesce a crearsi una propria rete di amicizie ed inizia un'intensa vita sociale. Nonostante gli impegni di studio, G. si dedica inoltre ad attività di volontariato che si svolgono nel reparto di pediatria dell'ospedale San Matteo. Durante questo periodo vi è un progressivo riavvicinamento alla fede religiosa, vissuto con gioia dalla paziente, la quale si sente di nuovo vicina a Gesù Cristo, così come lo era stata in passato. Nel gennaio del 2010, inizia a vivere esperienze descritte da lei stessa come paranormali. Soprattutto durante la notte, racconta di essere tormentata da spiriti maligni che le impediscono una normale conduzione della sua vita da studentessa. La paziente descrive inoltre di aver vissuto esperienze di natura allucinatoria di tipo visivo (oggetti fluttuanti nella stanza), uditivo (voci minacciose) e di tipo somatico-cenestesiche (sensazione che qualcuno le tirasse la propria ombra). G. interpreta tutto questo come una manifestazione del Maligno (il Demonio) che così facendo, vorrebbe impedirle di professare la sua fede cristiana. Così, decide di sottoporsi a due esorcismi avvenuti a Pavia, i quali sembrano non sortire l'effetto sperato. Nella primavera dello stesso anno, torna a casa dai suoi familiari e il giorno della domenica delle palme, racconta di essersi sottoposta ad una terza pratica religiosa che "l'avrebbe liberata da tutti i mali, permettendole una resurrezione con e in Cristo". Sempre in quel periodo, si sottopone, su consiglio della famiglia, alla valutazione di uno psichiatra che non avrebbe ritenuto necessario iniziare una terapia farmacologica. Una volta cessate queste esperienze, la paziente fa ritorno a Pavia e qui si dedica intensamente allo studio riuscendo anche a recuperare qualche esame che aveva perso in precedenza. I mesi seguenti trascorrono senza particolari problemi, G. torna alla sua vita di studentessa universitaria e nell'autunno del 2010 decide di entrare a far parte di un gruppo religioso, non meglio specificato, con sede a Milano. Dopo pochi mesi la paziente si accorge di non essere a proprio agio e così, allontanandosi progressivamente, interrompe tutti i legami con le persone appartenenti a tale gruppo. Continua la sua vita tra studio, amicizie e brevi relazioni sentimentali fino alla fine di Novembre 2011. In questo periodo inizia a manifestarsi in G. una sintomatologia ansiosa ingravescente e supportata da pensieri di natura persecutoria e forte interpretatività. La paziente racconta di aver ricevuto minacce da parte di sconosciuti per via telefonica e teme per la propria incolumità. Compagno di nuovo fenomeni dispercettivi molto simili a quelli sopra descritti. G., in breve tempo, riduce le uscite, non frequenta più le lezioni e decide di portarsi un coltello da cucina nella propria camera a scopo di difesa. Una sera di dicembre, in questo clima di forte tensione e persecutorietà, la paziente si barricata nella propria camera, spinta da un'intensa angoscia secondaria all'idea che qualcuno possa farle del male. Il fratello, allarmato dal comportamento della sorella,

decide di contattare la guardia medica che, dopo aver valutato la situazione, con l'aiuto delle forze dell'ordine, riesce ad accompagnare la paziente in pronto-soccorso. Qui viene valutata da uno psichiatra, il quale, dopo un lungo colloquio, riesce a convincerla della necessità di un ricovero.

## Discussione

L'episodio psicotico acuto, a causa della rapidità d'insorgenza e delle sue caratteristiche intrinseche, si presenta raramente all'attenzione del medico a differenza di psicosi a più lento e progressivo esordio caratterizzate da un più subdolo declino delle condizioni psichiche e cognitive. A causa della sua brevità dovrebbe essere precocemente diagnosticato e trattato poiché il ritardo diagnostico e terapeutico è associato nella maggior parte dei casi ad un peggioramento del decorso e della prognosi. Il binomio diagnosi e terapia precoci riportano in luce l'importanza del concetto di dup (duration of untreated psychosis) ossia del periodo di tempo che intercorre tra l'insorgenza dei chiari sintomi psicotici e l'inizio di un adeguato trattamento [4]. Come si evince da numerosi studi è sempre più necessaria una definizione precisa e univoca del concetto stesso di dup e l'identificazione di predittori e sintomi che possono far riconoscere tempestivamente l'esordio acuto [5]. Il caso clinico presentato mostra come, a seconda del momento in cui si interviene, sia possibile modificare il decorso e la prognosi della patologia. Il mancato riconoscimento iniziale e la sottovalutazione dei sintomi ha infatti condotto ad un ritardo terapeutico che si è tradotto in un peggioramento dell'evoluzione e della gestione del caso. Le caratteristiche con cui è esordito e si è concluso il primo episodio psicotico, nonché la sua durata, consentono di inquadrare il caso come la manifestazione di un verosimile Disturbo Schizofreniforme, mentre il secondo episodio è evoluto molto più rapidamente nell'arco di un mese, come da Disturbo Psicotico Breve. Ciò evidenzia come sia spesso difficile inquadrare da un punto di vista prettamente diagnostico un simile caso. Inoltre è plausibile supporre che il mancato intervento terapeutico del primo episodio abbia peggiorato la prognosi influenzando sulla possibilità di una recidiva. Altro aspetto rilevante del caso è la mancanza di un'anamnesi patologica personale e familiare di patologie psichiatriche e l'assenza fattori di rischio nel periodo premorboso: se da un lato ciò può rendere difficile il riconoscimento di un esordio psicotico, dall'altro sono associate ad un outcome più favorevole.

---

## Bibliografia

1. DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text Revision. *Masson*, Torino, IT 2000.
2. Cassano G, Tundo A. Psicosi Acute Remittenti. In: *psicopatologia e clinica psichiatrica. Utet Scienze Mediche*, Torino, IT 2006.
3. Gilberti F, Rossi R. Altri disturbi psicotici. In: *Manuale di psichiatria. Masson*, Torino, IT 2009.
4. Norman RMG, Manchanda R, Windell D et al. The role of treatment delay in predicting 5-year outcomes in an early intervention program. *Psychological Medicine* 2012;42:223-233.
5. Polari A, Lavoie S, Sarrasin P et al. Duration of untreated psychosis: a proposition regarding treatment definition. *Early intervention in Psychiatry* 2011;5:301-308.