



La storia di Marco tra allucinazioni, deliri e comportamenti disorganizzati

Giampaolo Di Piazza, Annalisa Mastropasqua, Raffaele Pasquini

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, P.O. San Donato, Arezzo, Azienda Usl Toscana Sud Est

Presentazione e storia clinica

Marco, elettrotecnico di 33 anni, disoccupato. Corporatura esile accentuata da magrezza ascetica. Vive con la madre di 65 anni; nel corso degli ultimi tre anni ha perso prima il padre, poi la sorella per patologia neoplastica. In primavera è stata formulata alla madre la diagnosi di una neoplasia renale benigna.

Giunge al Pronto Soccorso in uno stato di allerta psicotica dopo aver camminato nudo, solo spalle e schiena coperte da mantello, verso l'abbazia del paese in cui risiede. A tratti perplesso, l'unico tenue movimento quello delle labbra che sembrano proseguire una litania liturgica, a tratti invece si guarda intorno con evidente diffidenza, per poi voltarsi improvvisamente alla ricerca di quel luogo (irraggiungibile) da cui probabilmente giungono dispercezioni uditive. Gli proponiamo un trattamento per aiutarlo a "stare meglio", da assumere in modo autonomo: con un cenno di assenso della testa, comunica il suo accordo. Di fronte ai suoi occhi viene aperta una confezione di loxapina che Marco assumerà dopo oltre 15 minuti in quanto il dispositivo con il farmaco sarà utilizzato come una sorta di tramite con il divino: tenuto tra le mani protese verso l'alto per poi ripetutamente e con lenta gestualità portarlo dalla regione precordiale a sopra la testa, gli occhi protesi in alto nel vuoto intonando una sommessa cantilena di preghiera ("per salvare l'umanità"). Durante il colloquio non emergono elementi suggestivi di volatilità ed espansività maniacale o mista.

Potremmo definire Marco come un pioniere di quella che, nel post lockdown da SARS-CoV-2, è stata definita come la Sindrome della Capanna: vivere, da molti mesi, da autorecluso nella propria abitazione, nel vuoto delle interazioni umane, in un apatico appagamento di se stesso. Più che relazioni di amicizia vengono annoverati dei saltuari "contatti" con ex compagni di scuola: si definirà "un solitario per natura". Giunto in reparto accenna prima alla "musica d'organo" che lo accompagna insieme a "cori di salmi" che sono inequivocabili "comunicazioni e messaggi per me" che lo fanno "sentire eletto e scelto da Dio": paradossalmente proprio questo contatto diretto con il divino (a dire di Marco presente da circa due mesi), mette in luce la permeabilità del sé e la perdita dell'integrità dei confini dell'Io. Quindi, accoglie la proposta di alimentarsi, si nutre benedicendo le pietanze proposte: assume, dopo iniziale titubanza, lurasidone 74 mg 1 cpr, delorazepam 26 gocce. Impostiamo la terapia per il giorno successivo: lurasidone 148 mg 1 cpr/die, delorazepam 26 gocce mattino, pomeriggio e sera.

Nel corso della prima settimana Marco non esce mai dalla propria stanza, trascorre gran parte delle prime giornate seduto sulla poltroncina, lo sguardo rivolto nel vuoto al di là della grande finestra dello SPDC al primo piano. Viene visto spesso sussurrare preghiere. Non accoglie la proposta di partecipare agli incontri di psicoeducazione che vengono effettuati in SPDC al mattino. Marco dà l'impressione di una grave compromissione dell'intersoggettività con la caratteristica della dissocialità schizofrenica^{1,2}. BPRS in ingresso: 116.

Trattamento ed esiti

Dopo sette giorni di trattamento (lurasidone 148 mg/die e delorazepam 78 gocce/die) inizia a riconoscerne il carattere di *quid novum*, così come l'abnormità dei fenomeni dispercettivi uditivi percepiti come dissonanti: precisa inoltre che, in realtà, aveva l'impressione "non di udire preghiere e cori chiari e definiti, ma di vedermi e sentirmi dall'esterno come sospeso in una matrice di atomi ed elettroni sonori, di cui con la mente rincorrevo la vibrazione" (fenomeno, questo, che ricorda la modificazione della coscienza di sé preriflessiva nella schizofrenia suggerita da Parnas, 2000)³. Riporta come "il ticketto del grande orologio a pendolo nel soggiorno di casa comunicati che il tempo sta per scadere, mia madre muore, muore a ogni scoccare di secondo. No, in realtà è tutta l'umanità che muore e scompare. Quell'orologio annuncia la perdita di ogni speranza, a meno che... io non espri i mali degli uomini e delle donne su questa terra": se da una parte ci troviamo di fronte a uno dei più tipici fenomeni di primo rango, la percezione delirante, descritta da Schneider (1980)⁴ come manifestazione patognomica della schizofrenia⁵, allo stesso tempo il paziente, rispetto alla settimana precedente, sembra aprirci un varco attraverso cui cogliere e comprendere l'entità e la coloritura delle esperienze provate. Inoltre, da un'angoscia (senza oggetto) Marco è passato alla preoccupazione per la salute della madre, aggiungendo aspetti concreti, come le modalità per accompagnarla a visite di controllo in oncologia al Policlinico nel capoluogo di regione. Dopo tredici giorni di ricovero, Marco è disponibile a confrontarsi sulle modalità di arrivo al Pronto Soccorso, affiora la vergogna per la processione compiuta in pressoché completa nudità per le vie della città e sembra in atto un processo di critica delle dispercezioni uditive (prima ben descritte con i caratteri allucinatori, esterne e provenienti da un luogo imprecisabile) che, adesso, vengono definite dei "pensieri" (quindi qualcosa di interno e con i caratteri dell'abitualità). Sembra volersene distanziare e ne parla malvolentieri. Il paziente lamenta eccessi-

Correspondence:

Giampaolo Di Piazza
dipiazzaggiampaolo@yahoo.it

How to cite this article: Di Piazza G, Mastropasqua A, Pasquini R. La storia di Marco tra allucinazioni, deliri e comportamenti disorganizzati. Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 1):10-11; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-S6>

va “rilassatezza” (significativo il ricorso a una parola non connotata, in verità, da una connotazione negativa), “senso di gambe pesanti”. Per promuovere il consolidarsi di un’alleanza terapeutica, si concorda, insieme al paziente, di ridurre la posologia sia di delorazepam (13 gocce x 3 volte die) sia di lurasidone (111 mg/die). In SPDC inizia a partecipare alla psicoeducazione che promuove una maggiore consapevolezza dell’abnormità delle esperienze avvenute prima del ricovero.

Dopo 24 giorni di ricovero Marco viene dimesso (BPRS in uscita: 38). I fenomeni dispercettivi uditivi sono “lontani ricordi di pensieri strampalati”, dialoga con maggiore disinvoltura mantenendo il contatto visivo.

A 5 mesi di trattamento si assiste a un buon recupero del funzionamento sociale e Marco è motivato a effettuare un percorso di psicoterapia.

Conclusioni

Il ricorso alla posologia piena di lurasidone (148 mg/die) ha permesso a Marco di ripercorrere a ritroso il percorso nella follia, ricostruendo insieme al terapeuta un nesso di comprensione a quanto vissuto: è stato dato un senso a sintomi prima soltanto subiti, trasformandoli in occasioni di maggiore comprensione di sé e opportunità di cambiamento e riconsiderazione dell’andamento della propria esistenza.

Siamo, inoltre, rimasti sorpresi della rapidità d’azione di lurasidone: in una settimana abbiamo assistito all’arginarsi e alla rarefazione di quell’atmosfera allucinatoria così come a una progressivo ridimensionarsi della portata delle tematiche deliranti. Dall’utopica e astratta salvezza e protezione dal male dell’intera umanità, al più concreto supporto alla salute della madre nei confronti della quale affiora una premurosa sollecitudine.

Se da una parte la gravità della sintomatologia manifestata con un delirio dalle caratteristiche di rivelazione⁶, così come la difficoltà al “contatto umano”⁷ e infine la sua lunga storia clinica di isolamento relazionale, ci ha portato a formulare la diagnosi di disturbo schizofrenico (Tab. I) anche attraverso quella particolare coloritura dell’incontro definita da Mario Maj (1998)⁸ come “*a holistic impression of the subject*”, tuttavia continuiamo a porci la domanda se non sarebbe auspicabile, per la salute di tanti nostri pazienti, ricorrere a un approccio di tipo dimensionale che favorisca l’utilizzo di lurasidone (a pieno dosaggio) in tutte quelle forme erroneamente considerate “minori” rispetto al *mare magnum* della schizofrenia, con viva e drammatica sintomatologia psicotica/delirante ovvero le psicosi esogene (da cannabinoidi, cocaina ed ecstasy) che si innestano su strutture di personalità schizoidi, i quadri clinici deliranti nel disturbo bipolare o le *bouffées* deliranti della psicopatologia francese.

Tabella I.

Criteri diagnostici	Sintomi
Criterio a: DSM 5, sintomi di primo e secondo rango di Schneider	<ul style="list-style-type: none"> Allucinazioni Uditive: avvertire “musica d’organo”, “cori di salmi” Deliri mistici: “espiare i mali degli uomini e delle donne su questa terra” Comportamento disorganizzato: iniziale mutismo e stupor Sintomi negativi: perdita di interesse, ritiro sociale anche in relazione allo spettro di personalità di tipo schizoide
Criterio B DSM 5	<ul style="list-style-type: none"> La sintomatologia era presente da almeno 6 mesi
Criterio C e D DSM 5	<ul style="list-style-type: none"> Escluso disturbo schizoaffettivo e bipolare, il disturbo non è attribuibile a effetti fisiologici di una sostanza o altra condizione medica
Specificatori: DSM 5	<ul style="list-style-type: none"> Con caratteristiche prognostiche favorevoli

Diagnosi ↓

Disturbo schizofrenico

Bibliografia di riferimento

- Stanghellini G, Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. *World Psychiatry* 2002;1:102-106.
- Stanghellini G, Mancini M. *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell’intervista psicoterapeutica*. Milano: Edra 2018.
- Parnas J. Clinical detection of schizophrenia-prone individuals. *Br J Psychiatry Suppl* 2005;48:s111-2.
- Schneider K (1980). *Psicopatologia Clinica*. Ed. it. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2004.
- Fagiolini A, Di Piazza G, Kurt Schneider. In: Molaro A, Stanghellini G, a cura di. *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*. Torino: UTET 2020, pp. 121-143.
- Rossi Monti M, Stanghellini G. Schizofrenia: oltre le dicotomie. In: Rossi Monti M, Stanghellini G, a cura di. *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999.
- Rümke HC (1948). The nuclear symptom of schizophrenia and the praecox-feeling. In: Ballerini A, a cura di. *Psicopatologia fenomenologica: percorsi di lettura*. Roma: CIC Edizioni Internazionali 2002.
- Maj M. Critique of the DSM - IV operational diagnostic criteria for schizophrenia, *Br J Psychiatry* 1998;172:458-460.



Latuda® 18,5 mg, 28 compresse rivestite con film - Classe di rimborsabilità: A-PHT-RR; PP: € 72,57
Latuda® 37 mg, 28 compresse rivestite con film - Classe di rimborsabilità: A-PHT-RR; PP: € 72,57
Latuda® 74 mg, 28 compresse rivestite con film - Classe di rimborsabilità: A-PHT-RR; PP: € 72,57

Scansiona per visualizzare RCP di prodotto

