**PSICOSI ACUTE BREVI:**

**NOSOGRAFIA:**

Nei sistemi nosografici attuali, le psicosi acute brevi hanno una loro autonomia nosografica: sono psicosi distinte sia rispetto alla schizofrenia, sia rispetto ai disturbi affettivi, sia rispetto ai disturbi deliranti cronici.

Nell’ICD-10 questa autonomia è ribadita: non sono imparentate né con la schizofrenia né con i disturbi cronici.

Nel TSM, pur mantenendo una loro autonomia nosografica, fanno parte della macrocategoria “schizofrenia e altri disturbi psicotici”.

**DEFINIZIONE:**

Le **psicosi acute brevi** (**PAB**) sono in gruppo alquanto eterogeneo di disturbi psicotici endogeni non affettivi, all’interno del quale sono raccolte diverse forme psichiatriche ad eziologia variabile, tutte accumunate da due caratteristiche essenziali, cioè l’**esordio acuto** e la **breve durata**, anche spontanea, che non va in genere oltre a qualche giorno o settimana.

Per definizione, quindi, si può propriamente parlare di PAB quando si ha un **quadro delirante e/o allucinatorio acuto**, dalla **durata relativamente breve**, spesso **innescate da eventi stressanti**, che si sviluppa in **assenza delle caratteristiche di una personalità pre-morbosa schizoide o schizotipica**, avendo peraltro una **prognosi favorevole**. Il paziente tipico affetto da PAB è quindi un soggetto che non ha una personalità vicina alla schizofrenia, ha in genere un’età che va dall’adolescenza sino ai 30-40 anni (più avanzata rispetto alla schizofrenia), e sono soggetti del tutto insospettabili, del tutto normali.

Va inoltre ricordato che quelle che oggi chiamiamo PAB sono in realtà disturbi da sempre descritti in letteratura (ad esempio in Scandinavia erano un tempo chiamate “psicosi psicogene” per indicare l’esordio scatenato da eventi stressanti) e che erano precedentemente raccolti nel **disturbo schizofreniforme** proposto da Langfeld nel 1939.

**LANGFIELD: DISTURBO SCHIZOFRENIFORME:**

Langfeld, per definire le psicosi acute brevi coniò il termine di **disturbo schizofreniforme**: disturbo simile alla schizofrenia che però non è schizofrenia.

Tale denominazione diagnostica esiste ancora adesso ma è completamente diversa dal concetto di Langfeld; *attualmente* infatti è intesa come una diagnosi provvisoria di schizofrenia nella quale manca il criterio temporale, ossia che il quadro clinico deve persistere per più di sei mesi.

Langfeld invece identifica come disturbo schizofreniforme quel disturbo che presenti determinati elementi prognostici favorevoli, ossia elementi che ci indirizzano verso la diagnosi di psicosi acuti brevi e che ci facciano escludere la diagnosi di schizofrenia.

Tali elementi sono:

* **esordio acuto**: anche la schizofrenia può insorgere acutamente, per processo, anche se le forme più gravi di schizofrenia sono l’esordio per sviluppo (lento, graduale.. ) -> esordio acuto: elemento favorevole;
* **reattività**: l’evidenziare un legame forte cronologico di causa-effetto tra un evento importante di vita e l’esordio della psicosi. Ovviamente anche quadri gravi, come alcune forme di schizofrenia, possono insorgere da un evento scatenante ma nelle psicosi acute brevi è fondamentale che ci sia questo legame;
* **alterazioni affettive:** movimenti affettivi molto evidenti, oscillazioni del tono dell’umore con instabilità affettiva. Una regola aurea della psicopatologia dice infatti che più elementi affettivi troviamo più la prognosi è favorevole. Ovviamente tale elemento può essere considerato controintuitivo: tale alterazione affettiva è più impressionabile;
* **alterazioni dello stato di coscienza**: il fatto di un’alterazione più o meno grave dello stato di coscienza è un evento prognostico favorevole perché è più tipico di quadri affettivi.
* Alterazioni di tipo *crepuscolare* : il campo di coscienza è ristretto: quando abbiamo uno stato di coscienza integro normalmente esso è focalizzato su una sola azione ma nella mia mente ho la continua percezione di tutto ciò che mi circonda, avendo quindi un campo di coscienza molto ampio. Un restringimento del campo di coscienza è caratterizzato dal fatto che il campo di coscienza è focalizzato su un unico contenuto di coscienza.
* Alterazioni di tipo *confusionario*: vi è una distruzione dei parametri spazio temporali ed elementi della realtà sono frammisti ad elementi deliranti allucinatori.
* **assenza di sintomi negativi**: i sintomi negativi sono i sintomi core della schizofrenia (apatia, abulia…). Se noi ravvisiamo sintomi negativi forse dietro c’è un quadro schizofrenico;
* **polimorfi sintomi positivi**: i pazienti affetti da psicosi acute brevi sono affetti solo da sintomi positivi. Tali sintomi sono molto floridi, molto produttivi cioè presentano deliri cangianti (il paziente non costruisce un delirio sistematizzato ma ha deliri che vanno e vengono e vengono sostituiti da altri deliri: i contenuti cambiano di volta in volta anche rapidamente) e allucinazioni polisensoriali (possono coinvolgere tutti i canali sensoriali);
* **buon adattamento premuroso**: prima dell’esordio questi pazienti avevano un buon funzionamento. Nella schizofrenia ciò non avviene: il funzionamento avviene al di sotto dei livelli standard (personalità pre-morbosa).
* **prognosi favorevole**: a breve termine si ha remissione.

Domanda: oltre alla reattività del fattore stressante, vi sono altri fattori di rischio? Sì, alcuni episodi sono legati a un basso QI: una fragilità cognitiva indica meno risorse di adattamento.

Caso clinico: *un ragazzo di 20 anni giunge all’osservazione del medico di famiglia e poi dello psichiatra, con un buon funzionamento pre-morboso, fu trovato a letto, per mano ai genitori con alterazione di tipo crepuscolare di coscienza (non voleva essere abbandonato dai genitori altrimenti sarebbe successo qualcosa). Tale quadro è durato 48 ore per poi andare incontro a risoluzione completa, senza ricordare nulla di cosa era successo.* ( N.B.: più è alterato lo stato di coscienza, più è facile che l’episodio venga dimenticato)

**ESORDIO E DECORSO:**

Essi sono disturbi psicotici che, come dice il termine stesso, tendono ad avere una determinata durata nel tempo: sono **acute**, esordiscono rapidamente, nell’arco di pochi giorni, settimane e tendono ad andare incontro a remissioni.

Hanno una modalità di decorso opposta ai disturbi deliranti cronici, i quali esordiscono gradualmente e tendono a mantenersi nel tempo; il delirio, infatti, tende ad avere un andamento centrifugo, ad espandersi sempre di più.

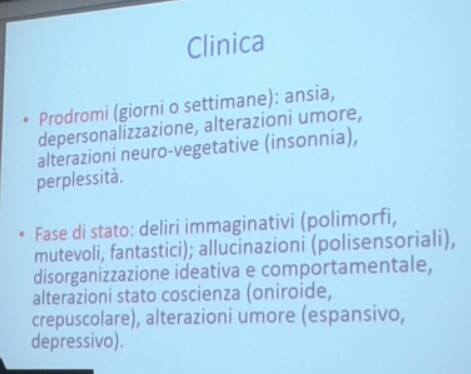
Le psicosi acute brevi tendono ad insorgere rapidamente e sempre rapidamente vanno incontro a remissione.

Questi quadri insorgono in assenza di caratteristiche pre-morbose di tipo schizoide o schizotipico: non si innestano su tratti di personalità appartenenti allo spettro schizofrenico, tant’è che generalmente il quadro pre-morboso non lascia evidenziare elementi che ci indicano la probabilità di insorgenza di una psicosi acuta breve.

Il paziente tipico affetto da PAB è quindi un soggetto che non ha una personalità vicina alla schizofrenia, ha in genere un’età che va dall’adolescenza sino ai 30-40 anni (più avanzata rispetto alla schizofrenia), e sono soggetti del tutto insospettabili, del tutto normali.

Esordio: solitamente presentano tale esordio acuto, improvviso, anche se talvolta possono insorgere con sintomi acuti **prodromici**, che però passano inosservati: sono infatti sintomi lievi, aspecifici (ansia, stanchezza, cambiamenti di umore, depersonalizzazione, alterazioni anche repentine dell’umore, perplessità ed alterazioni neuro-vegetative, in particolare l’insonnia) ma che mai destano una particolare preoccupazione.

Dopo di che si passa alla **Fase di Stato**, con deliri immaginativi, allucinazioni, floridi e vari, non strutturati, molto mutevoli e polimorfi, associati ad allucinazioni polisensoriali, disorganizzazione ideativa e comportamentale, alterazioni dello stato di coscienza (stato oniroide o crepuscolare) ed alterazioni dell’umore, che può essere di tipo espansivo o di tipo depressivo. I pazienti inoltre vivono con estrema partecipazione affettiva il loro mondo delirante, spesso riferiscono di essere in comunicazione con Dio (umore espansivo), altre volte riferiscono spavento e comunicazioni con demoni (umore depresso), oppure hanno intense preoccupazione rivolte verso parenti ed amici.



La prognosi è generalmente favorevole, anche nell’ evoluzione naturale di questi disturbi, ossia anche senza trattamento farmacologico: tendono ad andare incontro a remissione da sole.

Sono quadri molto importanti perché insorgono in modo drammatico (sintomatologia accentuata) in persone assolutamente normali (inserite nella società, con interessi e relazioni interpersonali…) e ovviamente il primo quesito che un medico si deve porre è una netta DD con quadri più impegnativi.

In altri termini, se esercitiamo in guardia medica e vediamo un paziente, giovane, con un quadro sintomatologico di deliri e allucinazioni, dobbiamo pensare più a psicosi acute brevi piuttosto che a un quadro schizofrenico o di psicosi affettiva.

**SINTOMATOLOGIA:**

Le psicosi acute brevi si caratterizzano per una **sintomatologia positiva** (delirante, allucinogena) molto florida, acuta, difficilmente quindi passano inosservate e spesso sono innescati da eventi stressanti: si evidenzia quindi un rapporto tra lo stile di vita e l’insorgenza del quadro psicotico.

**INCIDENZA**

Generalmente i pazienti presentano un’età compresa tra i 30 e i 40 anni.

Tali psicosi acute brevi rappresentano il 3% dei ricoveri psichiatrici.

**RISOLUZIONE**

La risoluzione avviene entro 3 mesi dall’esordio, e può rimanere un ricordo dell’esperienza delirante (più nello specifico, si è visto che tanto più alterato è lo stato di coscienza, tanto meno i pazienti hanno memoria degli episodi psicotici). La risoluzione è spesso brusca, sebbene non manchino i casi in cui le PAB si risolvono attraverso delle fluttuazioni sintomatologiche più graduali, e si deve tenere a mente che la risoluzione delle PAB è spesso una “risoluzione a ponte”, cioè il paziente va in remissione completa ma può avere delle recidive (tanti più episodi si hanno, tanto maggiore è la probabilità di averne di nuovi, e con una maggior frequenza), per cui il decorso è per definizione remittente, ed 1/3 dei pazienti mantiene l’autonomia nosografica (cioè continua ad avere attacchi di PAB), mentre nei restanti 2/3 “evolvono” ad altre forme, soprattutto disturbo bipolare o schizofrenia.

I criteri di Langfeld sono molto importanti per valutare e predire se il paziente andrà verso la schizofrenia o verso altro.

Spesso però non è facile raccogliere l’anamnesi di un paziente non riuscendo quindi bene ad intuire se il paziente presenta un ridotto funzionamento pre-morboso: i quadri clinici talvolta possono essere molto più complessi.

Se il quadro delirante non si risolve entro 3 mesi è difficile che si risolva, e in questo caso è opportuno rivalutare la diagnosi, perché si tratta probabilmente di schizofrenia..

Caso clinico: *ricovero di una ragazza di 19 anni che aveva apparentemente un buon funzionamento pre-morboso, aveva una rete di amici e un fidanzato. Fu ricoverata di urgenza per un quadro psicotico acuto breve caratterizzato da una sintomatologia delirante allucinogena (con allucinazioni visive soprattutto, a contenuto terrifico), uno stato di angoscia e un’alterazione dello stato di coscienza. Tale quadro andrà incontro a risoluzione in 15 giorni (con terapia farmacologica, quindi non sappiamo se si sarebbe risolta senza). Lei riprese la vita precedente anche se nel corso dei mesi, pur non presentando sintomi psicotici, iniziò a perdere piano piano tutte le sue capacità, diminuendo quindi il suo funzionamento. Nell’arco di 5-6 mesi ebbe un altro episodio, molto meno florido, che andò anch’esso in remissione, dopo il quale il suo declino diventò più evidente, tanto è che nell’arco di 1 anno e mezzo perse gli amici, il fidanzato, non studiò più e non uscì più di casa. Questo è stato identificato come un quadro schizofrenico.*

*Se avessimo indagato bene il pre-morboso della ragazza potevamo notare degli atteggiamenti che ci potevano insospettire (lei viveva in un ambito molto protetto, con poche amicizie dell’infanzia, viveva in un paesino sperduto di montagna, il ragazzo era lo stesso da quando aveva 13 anni, l’attività scolastica era incentrata su uno studio giorno e notte per ottenere i minimi risultati.*

*Domanda:* vi è familiarità? Sì. Essa è un aspetto molto importante da indagare, soprattutto per riuscire ad inquadrare il disturbo che vi può essere dietro. Se un paziente viene da una famiglia di schizofrenici, l’episodio di psicosi acuta breve può nascondere un disturbo schizofrenico alla base.

**DIAGNOSI**

Dal punto di vista diagnostico le PAB non sono semplicissime da riconoscere, nel senso che, se da un lato danno sintomi molto eclatanti, con pazienti estremamente deliranti, dall’altro è anche vero che tali quadri sono spesso sovrapponibili a quelli della schizofrenia in fase produttiva, e la diagnosi di certezza può quindi essere posta solo su di un piano longitudinale, cioè osservando l’evoluzione della psicosi nel tempo, e la diagnosi differenziale è essenziale dal punto di vista prognostico, perché le PAB hanno una **prognosi molto buona**, in quanto vanno incontro a remissioni completa e non lasciano compromissioni, mentre per la schizofrenia la prognosi è scarsa, perché difficilmente si risolve e anche in remissione lascia spesso una marcata compromissione del funzionamento del soggetto.

**DD**

Caso clinico: *siamo laureati da due mesi e siamo in servizio come guardie mediche, soli e lontani dal ps. Ci arriva un paziente di 18 anni che due ore prima si presenta con un quadro di deliri e allucinazioni, angosciato, con alterazione di stato di coscienza di tipo confusonirico (non sa dove si trova…).*

*Possiamo fare un tossicologico per vedere se alla base non vi è una patologia psichiatrica ma un quadro di abuso di sostanze, anche se non è detto che con un tossicologico negativo si possano escludere questi quadri (esempio la ketamina che non risulta positiva al test).*

*Con un tossicologico negativo, possiamo intraprendere una DD con disturbi neurologici quali l’epilessia temporale e in tal caso faremo un EEG.*

*Se l’EEG è negativo, possiamo fare anche una TAC. Se anche essa è negativa ci indirizziamo sempre di più verso una patologia psichiatrica (è una personalità pre-morbosa? Dobbiamo indagare le alterazioni affettive, lo stato di coscienza, se vi sono stati eventi stressigeni precedenti…).*

*L’importante è differenziare le psicosi acute brevi dagli* ***stati dissociativi****, i quali possono presentarsi con alterazioni di coscienza di tipo crepuscolare. Quello che ci permette tale DD, è la presenza di una personalità pre-morbosa di tipo dissociativo, istrionico. La differenziazione purtroppo è molto difficile, viste le similarità. Molti quadri che noi psichiatri occidentali inquadriamo come psicosi acute breve, sono influenzati dalla nostra cultura; culture ad esempio provenienti dall’Africa, rispondono a eventi stressigeni con quadri dissociativi.*

**TRATTAMENTO**

I pazienti con psicosi acuta breve vengono trattati con antipsicotici. Possono essere trattati anche con altri farmaci in base al quadro verso il quale possono revertare negli episodi futuri. Potremmo quindi dare stabilizzatori dell’umore (per curare un sospetto di quadro bipolare), antidepressivi (se sospettiamo una depressione psicotica) etc…

Non è una costante che, dopo un primo episodio di psicosi acuta breve, se ne ripresentino altri benché più episodi vi sono nell’arco della vita, più è possibile che ve ne siano altri.

La terapia antipsicotica, infatti, viene effettuata per 1 anno, se vi è stato un unico episodio; se gli episodi sono stati 2, viene mantenuta per 5 anni; se gli episodi sono stati 3 o più, la terapia viene effettuata tutta la vita. Benché i quadri siano autorisolvibili, la terapia viene effettuata per tutta la vita sia per prevenire la re-insorgenza del quadro sia poiché non siamo certi che i quadri si ripresentino nello stesso modo, ma potrebbero presentare quadri più gravi.

**ALTRE FORME PSICOTICHE BREVI**

I **disturbi psicotici brevi**, inclusi nel gruppo dei disordini associati alla schizofrenia, sono suddivisibili in **disturbo psicotico breve propriamente detto** e **disturbo schizofreniforme**: il disturbo psicotico breve p.d. è un quadro che dura meno di un mese, ed ha caratteristiche per il resto sovrapponibili a quelle delle PAB, mentre il disturbo schizofreniforme è un disturbo del tutto simile alla schizofrenia, ma che dura meno di 6 mesi, ha anche sintomi negativi e non è escluso che recidivi o diventi schizofrenia conclamata.