



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:

Alberto Giannelli

Diretta da:

Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:

Massimo Clerici (Monza)

Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:

Carlo Fraticelli (Como)

Giovanni Migliarese (Vigevano)

Gianluigi Tomaselli (Triviglio)

Mario Ballantini (Sondrio)

Franco Spinogatti (Cremona)

Gianmarco Giobbio (San Colombano)

Luisa Aroasio (Voghera)

Carla Morganti (Milano Niguarda)

Federico Durbano (Melzo)

Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)

Camilla Callegari (Varese)

Antonio Magnani (Mantova)

Laura Novel (Bergamo)

Pasquale Campajola (Gallarate)

Giancarlo Belloni (Legnano)

Marco Toscano (Garbagnate)

Antonio Amatulli (Vimercate)

Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)

Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)

Emi Bondi (Bergamo)

Pierluigi Politi (Pavia)

Emilio Sacchetti (Milano)

Alberto Giannelli (Milano)

Simone Vender (Varese)

Antonio Vita (Brescia)

Giuseppe Biffi (Milano)

Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:

Silvia Paletta (ASST Lodi)

Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)

Davide La Tegola (ASST Monza)

Responsabile Comunicazione Digitale:

Federico Grasso (Lodi)

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo

Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it

Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88

Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

5 Una domanda inquietante: la politica trascura la salute mentale?
di Giannelli A.

12 The Eternal Sunshine of a spotless mind. Ovvero come riprendere ad usare la parola in Psichiatria
di Cerveri G.

18 Società Italiana di Psichiatria: appunti per una proposta di trasformazione
di Bondi E.

20 Uno Sguardo al futuro: il punto della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia
di Mencacci C. e Balestrieri M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

22 Transizione da UONPIA a CPS Giovani: focus sulle diagnosi nelle traiettorie cliniche
di Baldaqui N., Malvini L., Barbera S.

28 Intervento di prevenzione del disagio giovanile nelle scuole secondarie superiori della Martesana (Città Metropolitana di Milano)
di Carnevali S., Camporota V., Giombelli A., Durbano F.

36 L'uso problematico di internet: dall'evoluzione della definizione diagnostica alla pratica clinica. Presentazione di un caso clinico
di Di Bernardo I., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.

51 L'integrazione tra i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) nell'età adulta e diverse aree della Medicina: Il Progetto Intersezioni
di Galetti N., Arrighoni V., Floris L.G., Cardani I., Fraticelli C.

58 L'abuso sessuale nell'infanzia come disorganizzatore nosografico
di Grecchi A., Cigognini A.C., Ingrosso G., Orešti M., Ossola C., Beraldo S., Miragoli P.

64 La riabilitazione psichiatrica in contesto residenziale ai tempi del Covid: analisi, considerazioni e prospettive future
di Gulizia D., Cisima M., Consonni E., Mazza U., Morsello I., Percudani M., Oltolina M., Porcellana M., Simone M., Zoppini L.

71 Progetto AUTER - Formulazione del progetto di vita per le persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) basato sui costrutti di "Quality of Life". Progetto per la diagnosi ed il trattamento dell'autismo nell'adulto: L'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi
di Viganò V., Granata N.; Vercesi M., Cerveri G.

IN COPERTINA: Profeta Imberbe di Donatello, 1416-1418

Museo dell'Opera del Duomo, Firenze

© Larry Lamsa / Wikimedia Commons / CC BY 2.0



SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 2 • luglio–dicembre

PSICHIATRIA FORENSE

80 Il presente e i possibili futuri scenari per i percorsi della esecuzione penale dei pazienti psichiatrici
Autori di reato alla luce delle sentenze 2022 delle Corti dei diritti (cui si aggiunge la sentenza Corte costituzionale n. 99 del 2019)
di Amatulli A.

89 In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?
di Mantovani R. e Mantovani L.

91 Stress e pazienti psichiatrici autori di reato
L'esperienza della Fondazione AS.FRA durante la pandemia da Covid-19
di Santambrogio J., Giancontieri A., Matuella M., Besana F., Leon E., Rat C., Mauri M., Cunial E., Mattavelli C., Solmi M., Clerici M., Santarone A.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

104 CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
AITeRP. Da associazione professionale maggiormente rappresentativa ad associazione tecnico scientifica (ATS).
di Fossati E.M., Pagella D.M.G., Scagliarini V.

109 Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio
di De Paola T., Romano F., Elsa V.

TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

122 Le nuove tecnologie per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)
Breve rassegna delle terapie digitali e slato dell'innovazione
Di Cugno M., Pasi A., Perrotta S., Migliarese G.

L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

132 Sharp objects: immagini da una miniserie televisiva e spunti per una lettura psicopatologica del disturbo fittizio per procura
di Caselli I.

135 Significati archetipici e simbolici nella perizia di famiglia e nella figura del perito
di Loi M.

L'abuso sessuale nell'infanzia come disorganizzatore nosografico

Grecchi A.; Cigognini A.C.°; Ingrosso G.°; Oresti M.°; Ossola C.°; Beraldo S.*; Miragoli P.***

INTRODUZIONE

È del 2001 (Read J et al., 2001) una revisione della letteratura che ipotizza una correlazione tra esperienze traumatiche, includendo l'abuso sessuale infantile, e lo sviluppo di schizofrenia secondo un modello di neurosviluppo su base traumatica TNM (Traumatogenic Neurodevelopmental Model).

È altresì noto come le esperienze traumatiche precoci possano portare allo sviluppo di varie condizioni psicopatologiche come il Disturbo Posttraumatico da Stress (PTSD) all'interno del quale possono svilupparsi sintomi psicotici quali paranoia o fenomeni allucinatori, più frequenti nelle vittime di incesto (Ensink, 1992), in grado di coinvolgere più canali sensoriali quali l'uditivo, il tattile, il visivo e l'olfattivo (Bosson JV et al., 2011).

È possibile una sovrapposizione di sintomi tra il PTSD e i disturbi dello spettro psicotico che rendono la diagnosi differenziale una sfida clinica per distinguere se si tratti di un PTSD con sintomi psicotici, di un'erronea attribuzione ad un PTSD di prodromi schizofrenici oppure di una comorbidità tra PTSD e schizofrenia (O'Conghaile A et al, 2015; Compean E et al., 2019). Chiarezza sul piano diagnostico può orientare il successivo trattamento.

Consideriamo sinteticamente alcuni modelli in grado di integrare il trauma come possibile organizzatore attorno a cui si struttura lo sviluppo di sintomi psicotici.

MODELLO PSICODINAMICO

In questo modello il concetto di trauma andrebbe riservato a quelle esperienze in cui il soggetto vive la possibilità di

una sua morte: fisica o psichica (la condizione di abuso sessuale infantile reiterata rientra tra queste).

Il trauma è un potente apparato di sensorializzazione della mente sotto il cui stimolo essa si frammenta e sensorializza il trauma stesso portando alla rottura dei contenitori psichici (Bion, 1967). Il trauma determinerebbe così un eccesso di emozioni ed un difetto di rappresentazioni.

L'esperienza viene ad acquisire un carattere emozionale che non si accompagna ad un pensiero ma a una frammentazione dei dati sensoriali che, restando nella mente come tali, non conducono all'identificazione di uno scenario traumatizzante.

Ricollegandosi a quanto appena detto va rammentato come un fenomeno basilare delle psicosi sia costituito da una ipersensorializzazione di alcuni dati percettivi, definito come l'allucinatorio, divenuti così potenti da fissarsi nel pensiero in modo esageratamente stabile e fissato. Il pensiero viene da questi paralizzato e parassitato tanto da condizionarne il corretto funzionamento con la perdita dei caratteri di fluidità e ampiezza (Correale, 2021).

In alcuni casi, in reazione all'allucinatorio, si comprende la presenza di sintomi quali la confusione e la perplessità (Sarlès, 1965). In queste è possibile che dati ipersensorializzati raggiungano un'intensità tale da avere come conseguenza la perdita delle connessioni, la dissoluzione delle idee, la soppressione di singoli determinanti associativi nonché l'impossibilità di differenziare gli stimoli percettivi fino ad una loro permanenza come immagini fisse, autonome, con caratteri di estraneità e di mistero che aprono alla possibilità di una significazione delirante.

Lo stesso linguaggio vede compromessa la funzione simbolizzante a favore di una sua concretizzazione: la simbolizzazione si può acquisire solo con lo sviluppo e l'allargamento della sensorialità che permette il passaggio da semplice percezione a rappresentazione. Il linguaggio criptico, concreto, allusivo può essere conseguenza del trauma.

Ma cosa sono questi elementi ipersensorializzati?

Possono essere frammenti di gesti, toni di voce, rumori, oggetti (facenti parte dell'esperienza e della scena traumatica) etc.

Mentre lo psicotico ne viene travolto fino alla formazione di un' allucina-zione (percezione senza oggetto da percepire) o fino allo sviluppo di un delirio come costruzione compensatoria (Rossi Monti, 2002), il traumatizzato li inserisce nel mondo reale che può essere sentito come ingestibile.

La possibilità di cogliere nell'allucinatorio un'aderenza o meno alla realtà senza sovrasignificazioni potrebbe indirizzare il clinico verso un disturbo posttraumatico con sintomi psicotici oppure verso una processualità psicotica.

MODELLO PSICOPATOLOGICO

Il PTSD è la patologia di cui il trauma è l'elemento centrale. Da questo lo sviluppo di una sintomatologia caratterizzata da disturbi del sonno con incubi, irritabilità, rabbia, perdita di interessi, ipervigilanza, condotte di evitamento, isolamento sociale fino a forme severe in cui emergono paranoia pervasiva e allucinazioni tattili, uditive, visive e olfattive. I flashback talvolta sono di difficile distinzione rispetto ai fenomeni allucinatori e i sintomi dissociativi con depersonalizzazione e derealizzazione possono essere scambiati per sintomi di primo rango schneideriani tanto da rendere sovrapponibili alcuni aspetti del PTSD con il disturbo schizofrenico (APA, 2013; Bosson et al., 2011; Blevins et al., 2014).

La distinzione fra sintomi psicotici nella schizofrenia ed esperienze psicotiche non è agevole nella pratica quotidiana.

Ad esempio i contenuti dei deliri e delle allucinazioni sono differenti nelle due patologie: deliri persecutori sono descritti all'interno del PTSD ma non presentano i caratteri di atipicità e bizzarria dei deliri primari schizofrenici; i fenomeni di flashback, spesso malinterpretati come fenomeni allucinatori, non sono accompagnati da un esame di realtà insufficiente come nella schizofrenia; la stessa dissociazione, trauma indotta, può portare a

fenomeni allucinatori uditivi ma in assenza di disturbi formali del pensiero (Morrison et al., 2003).

Sintomi negativi possono portare a considerare il ritiro e l'assenza di motivazione dello psicotico al posto dell'ottundimento emotivo e dell'evitamento del traumatizzato (Morrison et al., 2003).

Per ovviare a queste difficoltà diagnostiche prese corpo la necessità di differenziare un tipo di PTSD caratterizzato da effetti più intensi del trauma subito (es. traumi sessuali infantili), da più sintomi posttraumatici e maggiori comorbidità psichiatriche complicato da sintomi psicotici descritto come PTSD-PS (PTSD con sintomi psicotici) (Braakman et al., 2009).

Come criteri operativi diagnostici per il PTSD-PS (Compean et al., 2019) vennero proposti:

- Soddisfacimento dei criteri per il PTSD del DSM 5
- Presenza di sintomi psicotici positivi (es. deliri e allucinazioni)
- Il non soddisfacimento dei criteri del DSM 5 per altri disturbi psichiatrici come il disturbo depressivo maggiore con sintomi psicotici, il disturbo bipolare con sintomi psicotici o disturbi psicotici primari come la schizofrenia o disturbo psicotico breve
- I sintomi del PTSD devono precedere l'esordio dei sintomi psicotici (nessuna storia di psicosi prima del trauma)
- I sintomi psicotici non sono limitati ai flashback
- L'esame di realtà deve essere valido

La possibilità di avere criteri operazionali permetterebbe una scelta terapeutica maggiormente centrata rispetto al disturbo principale.

MODELLO NEUROBIOLOGICO

Un possibile modello in grado di integrare, nel contesto di una prospettiva neurobiologica, le varie rappresentazioni cliniche che emergono da gravi episodi traumatici è quello relativo agli endofenotipi (variabili quantitativamente misurabili che connettono la variabilità genetica alle manifestazioni cliniche del disturbo).

Di interesse è la suggestione di un nuovo endofenotipo per il PTSD in grado di mettere in relazione la sintomatologia psicotica con i gravi traumi precoci: l'endofenotipo iperdopaminergico (Auxemery Y, 2012).

Questo si porrebbe accanto a quelli iposerotoninergico e ipernoradrenergico già identificati nel PTSD.

La patofisiologia del PTSD riguarda queste vie suggerendo, però, la presenza di differenti fenotipi in relazione all'endofenotipo rappresentato: anedonia e umore depresso quando coinvolta è la serotonina o iperattività vegetativa quando parliamo di noradrenalina (Friedman MJ et al., 2000). È possibile che l'ipotesi iperdopaminergica caratterizzi la sintomatologia psicotica? Questo rafforzerebbe anche l'idea del PTSD-PS come possibile entità autonoma.

Da tempo è noto l'incremento della sintesi della dopamina in ragazze sessualmente abusate (DeBellis et al., 1994) così come è acquisito che, in adulti schizofrenici, una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) su base traumatica induca un aumento della sintesi di recettori per la dopamina e del rilascio dello stesso neurotrasmettitore (Walker et al., 1997). L'iperattività dopaminergica è una delle basi biologiche della schizofrenia

Il PTSD-PS suggerisce come lo stress possa attivare il sistema dopaminergico. Gli stessi pazienti a rischio di riacutizzazioni psicotiche (ad es, pazienti schizofrenici) affrontano continue variazioni nell'intensità dei sintomi psicotici in risposta allo stress.

Il sistema dopaminergico, inoltre, è interessato nelle fasi iniziali dei meccanismi che riguardano i sintomi da trauma psichico (Jovanovic T et al., 2011): questo agisce attraverso la via mesolimbica ed il rilascio di dopamina a questo livello va a modulare e viene modulato dall'HPA già disregolato nelle situazioni di stress.

Così la presenza di un'iperattivazione dopaminergica, come specifico endofenotipo, potrebbe contribuire a fornire un supporto biologico agli elementi clinici post-traumatici osservati nel PTSD-PS oltre che ad avvicinare il meccanismo di espressione di tali sintomi a quello proprio dei sintomi positivi schizofrenici.

CASO CLINICO

La paziente di 26 anni viene ricoverata in SPDC per sintomatologia ca-tatonica e dissociativa in disturbo post traumatico da stress prolungato su indicazione del curante per un approfondimento diagnostico.

Dimessa dopo un mese di ricovero con diagnosi di disturbo o reazione dissociativa non specificata in terapia con escitalopram 15mg/die, citalopram 1,5mg/die e delorazepam 20gtt/die.

Alle dimissioni accolta presso una struttura psichiatrica residenziale di-partimentale a media intensità riabilitativa (CRM).

L'anamnesi è costellata di gravi episodi traumatici a carattere sessuale dalla prima infanzia, 4-5 anni, all'inizio della pubertà: le violenze sessuali vennero perpetrate continuamente dal nonno materno in seguito al decesso del padre terminando alla comparsa del menarca. A questo si associano i traumi omessivi della madre, della zia materna, verosimilmente traumatizzate in modo analogo, e della nonna materna. Possibile una storia di violenza subita anche dalla cugina (figlia della zia).

La storia traumatica divenne evidente durante l'adolescenza quando, lasciata in uno stato di abbandono fisico ed emotivo dalla madre, alle superiori, durante un colloquio con le insegnanti emersero i primi frammenti della storia con successiva attivazione dei Servizi Sociali e la richiesta della stessa di essere allontanata da casa (trascorrerà un periodo in comunità educativa dai 17 ai 21 anni dove completerà gli studi).

Copre la pelle con innumerevoli tatuaggi che, descritti, sembrano narrare le tappe della storia traumatica. Di questo è totalmente inconsapevole.

Acquista casa con l'eredità paterna e si trova dei lavori, non sempre continuativi, ma non è possibile valutare il reale funzionamento della stessa.

Viene seguita da psicoterapeuta privatamente fino al lock down.

Da allora perde il lavoro e in un progressivo stato confusionale fa rientro a casa della madre con fantasie

di recupero della relazione. La madre descrive episodi di tipo catatonico, barrage, incoerenza.

A posteriori la stessa ragione del ricovero sembra verosimilmente legata più che a uno stato dissociativo ad una bouffée délirante polimorfa caratterizzata da un totale sconvolgimento dei punti di riferimento abituali, con fantasie immaginative e un disinteressamento per la realtà circostante. Il delirio non si organizza attorno ad un tema unico: si alternano temi persecutori, di grandezza, mistici ed erotici, si osservano allucinazioni psicosensoriali con disturbi della cenestesi e imponenti fenomeni di passività. L'umore viene descritto come incoerente.

Dall'ingresso in CRM non si è assistito al fenomeno del delirio a eclissi ma alla presenza di automatismi mentali, a una frammentazione del pensiero, a un sovvertimento della spazialità e della temporalità, alla presenza costante di percetti ipersensorializzati, alla fugace presenza di fenomeni allucinatori e ad una critica imperfetta.

Nel corso del percorso in struttura residenziale venivano eseguiti i seguenti test: WAIS-IV, test di Rorschach, MMPI-2.

La valutazione testale evidenziava un importante disturbo della sfera del pensiero, legata ad un'immagine di sé scarsamente integrata ma con un buon investimento sulla sfera interpersonale ed una competenza cognitiva ai limiti della norma. Nell'insieme i dati risultavano coerenti con un disturbo post traumatico cronico con conseguenze sulla linearità del pensiero.

All'incremento di cariprazina fino a 6mg/die non era seguita alcuna modifica clinica sia in associazione che alla sospensione del SSRI.

L'introduzione di clozapina fino a 150mg/die, e la seguente sospensione di cariprazina, ha permesso un quasi completo restituito ad integrum tanto da consentire l'attiva partecipazione alle attività riabilitative e l'inizio di un lavoro autonomamente ricercato.

Dal miglioramento clinico le è stata somministrata la scala SPI-A (Strumento per la valutazione della propensione alla schizofrenia versione per adulti) (Shultze-Lutter

et al., 2007) con attenzione ai sintomi di base, disturbi subclinici percepiti solo dalla persona, che riguardano gli istinti, gli affetti, la tolleranza allo stress, il pensiero, il linguaggio, la percezione e la motricità e possono essere presenti nella fase prepsicotica, nelle vicinanze di una ricaduta, nelle fasi inter e postpsicotica e durante l'episodio stesso. Da questa emergevano l'autopercezione di un lieve disturbo della memoria a breve termine, di una lieve interferenza di pensieri insignificanti disturbanti il corso del pensiero, una dubbia difficoltà a discriminare sentimenti diversi quali tristezza o ansia, sensazioni di un disturbo della cenestesi moderatamente severo e una lieve fotofobia.

Tutti questo non obiettivabile dall'esterno.

DISCUSSIONE

Dalla presentazione clinica si coglie un intreccio di esperienze traumatiche nei primi anni di vita:

- Il lutto paterno
- L'abuso sessuale, con caratteristiche dell'incesto, continuativo
- L'incapacità da parte delle figure di riferimento nel proteggerla (trauma omissivo)

Tutto questo accade in un periodo di vita, dai 5 anni, in cui il sé non è ancora integrato e le competenze verbali non ancora acquisite da consentire la costruzione di una narrazione, anche a posteriori, degli eventi occorsi se non attraverso memorie somatiche, frammenti immaginativi e una narrazione dagli abusi attraverso la pelle con tatuaggi rappresentativi del trauma non riconosciuti come tali.

L'anamnesi familiare non rileva chiaramente disturbi schizofrenici ma una possibile reiterazione traumatica intergenerazionale.

Avendo avuto la possibilità di osservare nell'arco di mesi l'evoluzione del quadro è stato possibile considerare:

1. La presenza di un evento traumatico grave con la caratteristica di un verso rischio di morte psichica (abuso sessuale reiterato in epoca infantile).
2. La presenza di sintomi intrusivi come frammenti di

immagini iper-sensorializzate, disturbi della cenesesi (memorie somatiche) con sintomi somatici, anche a livello pelvico, in reazione al tentativo di trattare gli argomenti inerenti agli abusi totalmente dissociati dal punto di vista emotivo ed inaccessibili ad una narrazione linguistica.

3. L'evitamento del ricordo traumatico con modalità difensive più arcaiche
4. Alterazioni dell'umore, con difficoltà a riconoscere le sfumature, in risposta alla riattualizzazione dei frammenti percettivi correlati al trauma

Dopo introduzione di clozapina si è riscontrato:

1. L'assenza di un disturbo dell'intersoggettività in corso di miglioramento clinico
2. Il recupero di un buon livello di funzionamento
3. L'assenza sostanziale di sintomatologia negativa e un corretto esame di realtà
4. Il permanere di alcuni disturbi autopercepiti cognitivi e cenesesici come sintomi di base

La clinica iniziale presentata dalla paziente, in assenza dell'esperienza traumatica, avrebbe indubbiamente orientato la diagnosi verso un quadro di bouffée délirante e verosimilmente una successiva diagnosi di schizofrenia.

La presenza di un trauma così severo in epoca precoce ha, in qualche misura, portato ad un orientamento diagnostico aperto a possibili evoluzioni.

La stessa indagine testistica indirizzava verso un disturbo legato al trauma.

Se l'andamento clinico e l'attuale compenso orientano verso un PTSD-PS ciò che stona nel quadro è la risposta ad una terapia per la schizofrenia resistente ed una sostanziale inefficacia di un trattamento con SSRi sia di SSRi in aggiunta ad un antipsicotico di nuova generazione.

Pur non essendo escitalopram una prima scelta nel trattamento avrebbe potuto presentare alcuni benefici (Wei et al., 2017; Zohar et al., 2018). Le stesse terapie di associazione, con agonisti parziali e Ssri, descrivono qualche iniziale indizio di efficacia con brexpiprazolo e sertralina (Stahl, 2021).

Evidente, per l'associazione temporale, il beneficio di clozapina pur non indicata nel trattamento di PTSD.

CONCLUSIONI

L'intero iter diagnostico-terapeutico del caso, alla luce di alcuni modelli come il TNM, dalla situazione di ricovero in acuzie, dell'invio in una struttura riabilitativa residenziale, dell'evoluzione psicopatologica e dell'efficacia del trattamento, rientrerebbe in un percorso di cura per un paziente schizofrenico o quantomeno gravemente psicotico.

L'evoluzione, con una rapida regressione sintomatologica una volta individuato il trattamento e un pieno recupero funzionale fino al rientro lavorativo, dà indicazioni di qualcosa di differente dalla processualità psicotica.

Il trauma, in questo caso, rappresenta un elemento "confusivo" e di "disorganizzazione" nosologica. Se ha permesso un investimento sulle possibilità riabilitative sicuramente superiore rispetto allo stigma di una psicosi maggiore lascia spazio al dubbio: la presenza di sintomi di base, la risposta alla terapia antipsicotica e la gravità dei sintomi positivi riscontrati non permettono ancora un "labelling" per il quale sarà necessaria una valutazione nel tempo.

Suggestiva è la possibilità che si tratti di un endofenotipo iperdopaminergico da cui l'importante fenomenologia psicotica.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Medico Psichiatra, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo, P.O. San Carlo Borromeo*

° *Medico Specializzando in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano*

** *Direttore Unità Operativa di Psichiatria P.O. San Carlo Borromeo, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo*

BIBLIOGRAFIA

1. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. *The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: a Traumagenic Neurodevelopmental Model*. Psychiatry Interpersonal & Biological Processes 64(4): 319-345. 2001.
2. Ensink B. *Confusing Realities: a study on sexual abuse and psychiatry symptoms*. Vu University Press, 1992.
3. APA. *Diagnostica and Statistical Manual of mental Disorders*. Fifth Ed. American Psychiatric Publishing. 2013.
4. Bosson JV, Reuther ET, Cohen AS. *The comorbidity of psychotic symptoms and posttraumatic stress disorder: evidence for a specifier in DSM 5*. Clin Schizophr Relat Psychoses 5:147-154. 2011.
5. O'Conghaile A, DeLisi L. *Distinguishing schizophrenia from post-traumatic stress disorder with psychosis*. Curr Opin Psychiatry. May; 28(3): 249-255. 2015.
6. Compean E, Hamner M. *Posttraumatic Stress Disorder with Secondary Psychotic Features (PTSD-SP): Diagnostic and Treatment Challenges*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 10; 88:265-275. 2019.
7. Bion W.R. *The Theory of thinking*. In *Second Thoughts*. Maresfield Library, London. 1967.
8. Corrales A. *La potenza delle Immagini*. Mimesis Edizioni. 2021.
9. Saerles H.F. *Collected papers on Schizophrenia and Related Subjects*. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis. London, 1965.
10. Rossi Monti M. *La mente e i suoi confini: psicopatologia dei disturbi dei confini dell'Io*. Interlinea. Novara. 2002.
11. Blevins CA, Weathers FW, Witte TK. *Dissociation and post-traumatic stress disorder: a latent profile analysis*. J Trauma Stress, 27:388-396. 2014.
12. Morrison AP, Frame L, Lakin W. *Relationships between trauma and psychosis: a review and integration*. Br J Clin Psychol 42:331-353. 2003.
13. Braakman MH, Kortmann FA, Van Der Brink W. *Validity of "posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features": a review of evidence*. Acta Psychiatr Scand; 119:15-24. 2009.
14. Auxemery Y. *Etiopathogenic perspectives on chronic posttraumatic and chronic psychotic symptoms: the hypothesis of a hyperdopaminergic endophenotype of PTSD*. Medical Hypotheses; 72:667-672. 2012.
15. De Bellis M, Chrousos G, Dorn L, Burke L, Helmers K, Kling M, Trickett P, Putnam F. *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls*. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 78:249-255. 1994.
16. Walker E, Diforio D. *Schizophrenia. A natural diathesis stress model*. Psychological Review. 104:667-685. 1997.
17. Jovanovic T, Norrholm SD. *Neural mechanisms of impaired fear inhibition in posttraumatic stress disorder*. Front Behav Neurosci; 5:44. 2011.
18. Shultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Strumento per la valutazione per la propensione alla schizofrenia*. Versione per adulti (SPI-A). Giovanni Fioriti Editore. 2007.
19. Stahl SM. *Treatments for anxiety disorders subtypes*. In *Stahl's essential psychopharmacology*. Cambridge University Press. 2021.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni