

CAPITOLO VII

LA SCHIZOFRENIA E LE PSICOSI

Massimo Viola

Per poter comprendere la schizofrenia e le psicosi, bisogna considerare che cosa siano i deliri, le allucinazioni, il pensiero disorganizzato, il comportamento grossolanamente disorganizzato e i sintomi negativi.

Le psicosi sono caratterizzate dalla presenza di deliri e/o allucinazioni.

I deliri sono convinzioni non reali, non criticabili. Il loro contenuto può comprendere una varietà di temi (per es., di persecuzione, di riferimento somatico, religioso, di grandezza). I *deliri di persecuzione* (cioè la convinzione di poter essere oggetto di aggressioni, di danneggiamenti, di molestie e così via da parte di un individuo, da un'organizzazione o altro gruppo), sono i più comuni. Anche i *deliri di riferimento* (cioè la convinzione che certi gesti, commenti, stimoli ambientali e così via siano diretti a sé stessi) sono comuni.

Esistono, poi, i *deliri di grandezza* (quando un individuo crede di avere eccezionali capacità, ricchezza o fama) e i *deliri erotomaniaci* (quando un individuo crede erroneamente che un'altra persona sia innamorata/o di lui o di lei).

I *deliri nichilistici* comportano la convinzione che si verificherà un evento catastrofico; i *deliri somatici* concentrano l'attenzione su preoccupazioni che riguardano la salute e il funzionamento degli organi.

I deliri sono considerati *bizzarri* se sono chiaramente non plausibili, non sono comprensibili a pari appartenenti alla stessa cultura e non derivano da esperienze di vita ordinaria. Un esempio di delirio bizzarro è la convinzione che una forza esterna abbia rimosso i propri organi interni e li abbia sostituiti con gli organi di qualcun altro, senza lasciare ferite e cicatrici.

I deliri che esprimono generalmente una perdita di controllo sulla mente e sul corpo sono considerati *bizzarri*; questi comprendono la convinzione che i propri pensieri siano stati "rimossi" da alcune forze esterne (*furto del pensiero*), che pensieri estranei siano stati introdotti nella propria mente (*inserzione del pensiero*), oppure che il proprio corpo o le proprie azioni siano sotto controllo o sotto l'influenzamento di qualche forza esterna (*deliri di controllo*).

Le *allucinazioni* sono delle percezioni senza uno stimolo esterno. Esse possono essere *uditivo*, *somatiche*, *visive*, *olfattive*, *gustative*, *cenestesiche*, ecc.

Un esempio di allucinazioni uditive sono le percezioni di voci inesistenti di un familiare; mentre le allucinazioni visive sono, per esempio, delle per-

cezioni di ombre inesistenti o di demoni.

Le allucinazioni devono verificarsi nel contesto di un sensorio integro; quelle che si verificano durante l'addormentamento (*ipnagogiche*) o durante il risveglio (*ipnopompiche*) sono da considerarsi normali.

Le allucinazioni possono essere una parte normale dell'esperienza religiosa in determinati contesti culturali.

Il *pensiero disorganizzato* (*disturbo formale del pensiero*) è individuato dall'eloquio dell'individuo. L'individuo può passare da un argomento all'altro (*deragliamenti* o *allentamento dei nessi associativi*). Le risposte alle domande possono essere correlate in modo marginale o completamente non correlate (*tangenzialità*). L'eloquio può essere così gravemente disorganizzato da essere quasi incomprensibile e assomigliare all'afasia ricettiva nella sua disorganizzazione linguistica (*incoerenza* o "*insalata di parole*").

Il *comportamento motorio grossolanamente disorganizzato* o *anormale* può manifestarsi in vari modi, ossia da una agitazione infantile "stolidità" a una imprevedibile. Il *comportamento catatonico* è una marcata diminuzione della reattività all'ambiente. Ciò può variare dalla resistenza a istruzioni impartite (*negativismo*) al mantenere una postura rigida, inappropriata o bizzarra, fino alla completa mancanza di risposte verbali e motorie (*mutismo* e *stupor*). Il comportamento catatonico può comprendere anche un'attività motoria non finalizzata ed eccessiva, senza motivazione evidente (*eccitamento catatonico*). Altre manifestazioni sono i movimenti stereotipati ripetuti, lo sguardo fisso, il mutismo e l'ecolalia.

La catatonia può esserci anche nei disturbi depressivi, nei disturbi bipolari ed in altri disturbi mentali.

I *sintomi negativi* sono, nella schizofrenia, la diminuzione dell'espressione delle emozioni e l'abulia.

Le emozioni sono delle variazioni, di breve durata, del tono dell'umore e si distinguono dai sentimenti che hanno durata maggiore. La diminuzione dell'espressione delle emozioni comprende la riduzione nell'espressione delle emozioni facciali, del contatto visivo, dell'intonazione dell'eloquio (prosodia), e dei movimenti di mani, testa e volto che, di norma, danno un'enfasi emozionale all'eloquio.

L'abulia è una diminuzione delle attività finalizzate, volontarie, spontanee. Il soggetto, con tali sintomi, può rimanere seduto per lunghi periodi di tempo e mostrare scarso interesse nel partecipare ad attività lavorative o sociali.

Altri sintomi negativi comprendono *alogia*, *anedonia* e *asocialità*. L'*alogia* si manifesta con una diminuzione della produzione verbale. L'*anedonia* è la diminuzione della capacità di provare piacere da stimoli positivi o da una degradazione del ricordo del piacere, precedentemente provato.

L'*asocialità* si riferisce all'apparente mancanza di interesse nelle interazio-

ni sociali e può essere associata all'abulia, ma può anche essere una manifestazione di limitate opportunità di interazioni sociali.

Le psicosi trattate in questo capitolo sono, oltre alla schizofrenia: il disturbo delirante, il disturbo psicotico breve, il disturbo schizofreniforme, il disturbo schizoaffettivo.

1. Schizofrenia

Essa è caratterizzata dalla presenza, per una parte di tempo significativa, per almeno un mese, di deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi.

Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello del funzionamento, in una o più delle aree principali (come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé) è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio; (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo).

I segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve comprendere almeno 1 mese di sintomi e può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da sintomi, precedentemente citati, in forma attenuata (per es.. convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali).

La schizofrenia può essere: paranoide, disorganizzata, catatonica e residua, a seconda se è predominante, rispettivamente, una ideazione delirante di persecuzione, un eloquio disorganizzato, una catatonìa o la presenza di sintomi negativi.

La prevalenza della schizofrenia varia dallo 0,3% allo 0,7%.

Il 5-6% degli individui affetti da schizofrenia muore per suicidio e circa il 20% tenta il suicidio in una o più occasioni.

SCHIZOFRENIA

È caratterizzata dalla presenza, per una parte di tempo significativa, per almeno 1 mese, di deliri, di allucinazioni, di un eloquio disorganizzato, di un comportamento disorganizzato o catatonico e di sintomi negativi.

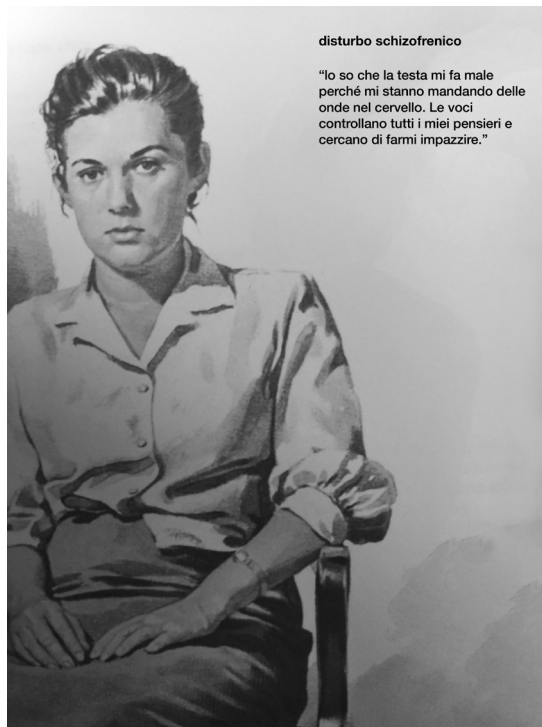
Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello del funzionamento, in una o più delle aree principali (come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé) è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima

dell'esordio (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo).

I segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve comprendere almeno 1 mese di sintomi e può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da sintomi, precedentemente citati, in forma attenuata.

Può essere:

- Paranoide.
- Disorganizzata.
- Catatonica.
- Residua.



Da Netter, Volume 7, Sistema Nervoso, Parte II, Collezione Ciba

2. Trattamento della schizofrenia

Il trattamento prevede l'uso di farmaci antipsicotici.

Ne esistono di 1^a e di 2^a generazione. Tra quelli di prima generazione, approvati in Italia, si segnalano: l'Aloperidolo, la Perfenazina, la Levomeprazina, la Clorpromazina, la Promazina, Zupentixolo e la Clotiapina.

Tutti questi farmaci hanno una azione antistaminica per cui possono dare sedazione. Essi hanno una azione D₂ bloccante sia sulla via meso-limbica, determinando una azione delirilitica, allucinolitica e quindi antipsicotica.

Essi agiscono pure sulla via dopaminergica meso-corticale, peggiorando spesso i sintomi negativi.

Gli antipsicotici di prima generazione sono attivi sui recettori D₂ nigro-striatali, determinando spesso sintomi extrapiramidali, come tremore, acatisia, distonie e crisi neurodislettiche.

Il tremore, le distonie e le crisi neurodislettiche possono essere trattate efficacemente con l'uso degli anticolinergici, come per es., il Biperidente, che in Italia è disponibile in fl., cp., a rilascio normale o ritardato.

Naturalmente tutti gli anticolinergici tendono a dare tachicardia, stipsi, secchezza delle fauci, clonie, confusione e ipotensione.

Un effetto di classe di tutti tali farmaci è l'allungamento del Qtc all'ECG che va periodicamente controllato.

Gli antipsicotici di 2^a generazione sono: l'Olanzapina, la Quetiapina, il Risperidone, il Paliperidone, il Lurasidone, la Cariprazina, lo Ziprasidone, la Clozapina, l'Aripiprazolo, Brexpiprazolo, ecc.

Questi farmaci sono attivi sulla via meso-limbica dopaminergica e quindi hanno azione deliriolitica e allucinolitica, inoltre agiscono molto sui sintomi negativi della schizofrenia.

Hanno anche una azione sui recettori 5HT determinando uno sblocco della via nigro-striatale e riducendo quindi la possibilità di dare dei sintomi extrapiramidali.

Alcuni (come l'Olanzapina, la Clozapina e la Quetiapina) hanno anche una forte azione antistaminica.

Questa azione spesso si accompagna a un aumento dell'appetito con conseguenti effetti sul peso.

La Clozapina può dare leucopenia, pertanto è necessario un periodico controllo dell'emocromo.

Esistono, poi, dei farmaci LAI (*Long Activity Iniection*), che prevedono la somministrazione di 1 fl. ogni 28-30 giorni come: l'Aloperidolo Decanoato, lo Zupentixolo Decanoato, il Paliperidone Palmitato, l'Aripiprazolo LAI.

Per il Paliperidone Palmitato, in Italia è stata approvata la formulazione che prevede la somministrazione trimestrale, che offre quindi la possibilità

al pz. di non assumere la terapia orale, e effettuare solo 4 somministrazioni annuali, con un grande vantaggio di *compliance* farmacologica.

Naturalmente esiste sempre una risposta individuale e la terapia va adattata al singolo individuo.

È possibile pure l'utilizzo di una politerapia nel caso non si riesca a controllare i sintomi con la monoterapia.

Va considerato, poi, che tutti gli antipsicotici possono abbassare la soglia epilettogena, e questo va adeguatamente considerato negli epilettici.

Anche la psicoterapia va utilizzata e vanno effettuati degli interventi psicoeducativi.

TRATTAMENTO DELLA SCHIZOFRENIA

- Antipsicotici di 1^a e 2^a generazione.
- LAI.
- Psicoterapia.
- Interventi psicoeducativi.

3. Il disturbo delirante

Esso è caratterizzato dalla presenza di uno o più deliri con una durata di almeno un mese.

Il funzionamento, a parte l'impatto del delirio e delle sue ramificazioni, non risulta compromesso e il comportamento non è chiaramente bizzarro o stravagante.

Naturalmente il disturbo non deve essere dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza o a una condizione medica generale.

Il disturbo delirante può essere di vari tipi: erotomaniaco, di grandezza, di gelosia, di persecuzione, di tipo somatico e misto.

Il *disturbo delirante erotomaniaco* è caratterizzato dalla presenza di un delirio con il tema centrale che un'altra persona sia innamorata dell'individuo.

Nel *disturbo delirante di grandezza*, invece, il tema centrale del delirio è la convinzione di avere qualche grande dote o intuizione oppure di avere fatto qualche importante scoperta.

Il *disturbo delirante di gelosia* è caratterizzato dalla presenza di un delirio, il cui tema centrale è che il proprio coniuge o *partner* sia infedele.

Nel *disturbo delirante di persecuzione* vi è un delirio nel quale l'individuo è oggetto di una cospirazione, è ingannato, è spiato, è seguito, è avvelenato o

drogato, calunniato, ostacolato e molestato.

Il *disturbo delirante somatico* è caratterizzato dal tema centrale del delirio che coinvolge le funzioni o le sensazioni corporee.

Nel *disturbo delirante misto* non predomina nessun tema delirante, ma ci sono vari deliri.

Il disturbo delirante include la presenza di deliri bizzarri, ossia quando non sono plausibili, comprensibili e non sono derivati dalle comuni esperienze di vita (es. la convinzione che un estraneo abbia rimosso i suoi organi interni sostituendoli con gli organi di qualcun altro senza lasciare cicatrici o ferite).

La prevalenza è dello 0,2%.

IL DISTURBO DELIRANTE

È caratterizzato dalla presenza di uno o più deliri, con una durata di almeno un mese.

Il funzionamento, a parte l'impatto del delirio e delle sue ramificazioni, non risulta compromesso e il comportamento non è chiaramente bizzarro o stravagante.

Può essere di vari tipi:

- erotomanico;
- di grandezza;
- di gelosia;
- di persecuzione;
- somatico;
- misto.

Include la presenza di deliri bizzarri, ossia quando non sono plausibili, comprensibili e non sono derivati dalle comuni esperienze di vita.

4. Trattamento del disturbo delirante

Il disturbo delirante deve essere trattato con antipsicotici.

Anche la psicoterapia trova una sua indicazione per favorire la consapevolezza della malattia, nonché la *compliance* farmacologica.

TRATTAMENTO DEL DISTURBO DELIRANTE

- Antipsicotici.
- Psicoterapia.

5. Il disturbo psicotico breve

Esso è caratterizzato dalla presenza di deliri e/o allucinazioni e/o eloquio e/o comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.

Il disturbo deve durare da 1 giorno a meno di un mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso.

I sintomi si possono verificare in risposta a eventi che, individualmente o globalmente, risulterebbero marcatamente stressanti, per quasi tutti nell'ambito culturale dell'individuo, in circostanze simili.

I sintomi possono pure comparire senza un marcato fattore di *stress* o avere un esordio nel *postpartum*.

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi.

Negli Stati Uniti il disturbo psicotico breve può spiegare il 9% di casi di esordio di psicosi.

IL DISTURBO PSICOTICO BREVE

È caratterizzato dalla presenza di deliri e/o allucinazioni e/o eloquio e/o comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.

Il disturbo deve durare da 1 giorno a meno di un mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso.

I sintomi si possono verificare in risposta a eventi che, individualmente o globalmente, risulterebbero marcatamente stressanti, per quasi tutti nell'ambito culturale dell'individuo, in circostanze simili.

I sintomi possono pure comparire senza un marcato fattore di *stress* o avere un esordio nel *postpartum*.

La gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi.

6. Trattamento del disturbo psicotico breve

Esso prevede l'uso degli antipsicotici e della psicoterapia.

Quest'ultima deve essere finalizzata all'analisi del fattore stressante che ha indotto il disturbo, deve favorire la *compliance* farmacologica e magari agire sull'emotività del soggetto.

TRATTAMENTO DEL DISTURBO PSICOTICO BREVE

- Antipsicotici.
- Psicoterapia.

7. Disturbo schizofreniforme

Esso è caratterizzato dalla presenza dei sintomi sotto riportati per almeno 1 mese.

- Deliri.
- Allucinazioni.
- Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza).
- Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
- Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia).

L'episodio del disturbo dura almeno 1 mese, ma meno di 6 mesi.

Il disturbo non deve essere dovuto a una condizione medica generale o agli effetti fisiologici di una sostanza.

DISTURBO SCHIZOFRENIFORME

Esso è caratterizzato dalla presenza dei sintomi sotto riportati per almeno 1 mese.

- Deliri.
- Allucinazioni.
- Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza).
- Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
- Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia).

L'episodio del disturbo dura almeno 1 mese, ma meno di 6 mesi.

Il disturbo non deve essere dovuto a una condizione medica generale o agli effetti fisiologici di una sostanza.

8. Trattamento del disturbo schizofreniforme

Esso prevede l'uso di antipsicotici ed eventualmente di psicoterapia.

TRATTAMENTO DEL DISTURBO SCHIZOFRENIFORME

- Antipsicotici.
- Psicoterapia.

9. Il disturbo schizoaffettivo

Esso è caratterizzato da un periodo di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) in concomitanza a dei criteri diagnostici della schizofrenia.

In tale disturbo vi devono essere deliri e allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore (depressivo o maniacale) durante la durata *lifetime* della malattia.

I sintomi per l'episodio dell'umore sono presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

Naturalmente il disturbo non deve essere dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza o a una condizione medica generale.

Vi può essere un quadro di catatonìa.

Durante il corso del disturbo possono verificarsi degli episodi depressivi o maniacali.

La prevalenza del disturbo schizoaffettivo è dello 0,3% ed è più alta nelle femmine rispetto ai maschi.

IL DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO

È caratterizzato da un periodo di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) in concomitanza dei criteri diagno-

stici della schizofrenia.

Vi devono essere deliri e allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore (depressivo o maniacale) durante la durata *lifetime* della malattia.

I sintomi per l'episodio dell'umore sono presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

Naturalmente il disturbo non deve essere dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza o a una condizione medica generale.

Vi può essere un quadro di catatonia.

Durante il corso del disturbo possono verificarsi degli episodi depressivi o maniacali.

10. Trattamento del disturbo schizoaffettivo

Il trattamento del disturbo schizoaffettivo è, per la sintomatologia psicotica, uguale a quello per la schizofrenia, tenendo conto che è indispensabile tarare l'antipsicotico in relazione alla presenza o meno di sintomi maniacali.

Infatti, in tale caso, l'antipsicotico va aumentato e diminuito in presenza di sintomi depressivi, soprattutto per quei farmaci bloccanti la via dopaminergica meso-corticale.

È indispensabile l'uso di stabilizzanti del tono dell'umore come il Vaproato di Sodio, la Carbamazepina e soprattutto il Litio. Quest'ultimo è efficace nel prevenire i sintomi depressivi e maniacali a dosaggio di 0,9 mEq/L.

La differenza tra il disturbo bipolare e il disturbo schizoaffettivo è che in quest'ultimo i sintomi psicotici sono presenti in modo continuo e pertanto l'uso dell'antipsicotico deve essere conseguente.

Infatti, nel disturbo bipolare, vi sono degli intervalli liberi da sintomi e pertanto può essere sospeso l'antipsicotico che, comunque, per alcuni farmaci (es. Olanzapina, Aripiprazolo), è documentato l'effetto di prevenire gli episodi maniacali.

Durante gli episodi depressivi, si devono usare gli antidepressivi con particolare attenzione a sospenderli, repentinamente, alla regressione della sintomatologia.

Infatti, essi favoriscono, nei pz. affetti da disturbo schizoaffettivo, il viraggio verso la sintomatologia maniacale.

Anche in questo caso hanno un razionale uso la psicoterapia e gli interventi psicoeducativi.

TRATTAMENTO DEL DISTURBO SCHIZOAFETTIVO

- Antipsicotici.
- Stabilizzanti dell'umore: Valproato di Sodio, Carbamazepina e Litio.
- Antidepressivi.
- Psicoterapia.
- Interventi psicoeducativi.