

PSICOSI PRIMARIE

- **SCHIZOFRENIA**
- **PARANOIA**

LA SCHIZOFRENIA, TRA TUTTE LE MALATTIE DI CUI SI OCCUPA LA MEDICINA, E' UNA DELLE PIU' GRAVOSE PER LA SOCIETA', PERCHE':

- 1. Insorge in genere in età giovanile**
- 2. Accompagna di solito l'individuo per buona parte della sua esistenza**
- 3. Compromette in misura significativa il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale dell'individuo**
- 4. Incide di solito in maniera molto rilevante sulla qualità di vita della famiglia** (carico emozionale e economico)
- 5. Suscita spesso una reazione sociale di rifiuto e di emarginazione, che aumenta la sofferenza della persona colpita e dei suoi familiari (stigma).** È spesso proprio la "vergogna" che porta il pz dallo specialista solo dopo molti anni dall'esordio dei sintomi (anche se spesso può avere un esordio insidioso subacuto).

EPIDEMIOLOGIA DELLA SCHIZOFRENIA - I

- **Prevalenza lifetime nella popolazione generale: 0,5-1%**
- **Prevalenza lifetime aumentata notevolmente tra i familiari di primo grado delle persone affette: 5-12%**
- **Concordanza tra i gemelli monozigoti: 50-65%(non è la malattia in sé ad essere trasmessa ma solo la vulnerabilità a tale malattia che poi si manifesta o meno in relazione agli eventi). Concordanza tra i gemelli dizigoti: 5-12%(come per parenti di primo grado)**
- **Nelle coppie di gemelli monozigoti *discordanti* per la malattia, i discendenti del gemello non malato hanno la stessa probabilità di sviluppare la malattia dei discendenti del gemello malato cioè la probabilità di trasmettere la malattia da parte del gemello sano e di quello malato è la stessa.**

EPIDEMIOLOGIA DELLA SCHIZOFRENIA - II

- **I soggetti con un genitore schizofrenico che sono dati in adozione in epoca precocissima a persone normali hanno la stessa probabilità di sviluppare la malattia dei soggetti con un genitore schizofrenico che crescono con i loro genitori naturali**
- **La trasmissione riguarda una predisposizione, una vulnerabilità su cui agisce l'ambiente (in senso positivo o negativo) teoria stress-vulnerabilità.**
- **La prevalenza della malattia è la stessa nei maschi e nelle femmine**

- **La malattia tende a manifestarsi più precocemente nei maschi che nelle femmine (in realtà è un'anticipazione della diagnosi); ci sono 3 interpretazioni riguardo a ciò:**

- alcuni comportamenti delle fasi iniziali, come la riduzione della partecipazione e delle iniziative sociali, sono più frequentemente interpretati come patologici nei maschi che nelle femmine

- abuso di sostanze come fattore di rischio per l'insorgenza della malattia è più diffuso nel maschio

- traumi perinatali (ipossia), prematurità, immaturità si associano a un'insorgenza più precoce e sono più frequenti nel maschio perché il peso e le dimensioni del maschio sono maggiori.

- **L'età di insorgenza della malattia è compresa in genere tra i 15 e i 35 anni** (anche se oggi spesso può essere inferiore a 15 anni).
- È rara dopo i 35 anni e ha caratteristiche atipiche.

Eziologia

Non c'è un fattore eziologico o genetico ben specifico. Appartiene alle malattie cosiddette COMUNI o COMPLESSE che riconoscono numerosi fattori di rischio/protettivi di cui la malattia ne è la risultante.

QUAL E' "LA CAUSA" DELLA SCHIZOFRENIA? – I Fattori di rischio:

- **FATTORI PREDISPONENTI**

- **Familiarità** (geni per la dopamina, suo catabolismo(enzima COT) e recettore T4 per la dopamina)
- **Traumi perinatali** (ipossia cerebrale prolungata durante il parto), **prematùrità/immatùrità**

- **FATTORI PRECIPITANTI**

- ***Che aumentano il rischio di insorgenza della malattia***

- **Isolamento sociale**(dato controverso perché non si sa se è un fattore di rischio o una manifestazione iniziale della malattia)
- **Abuso di sostanze**(abuso prolungato di diverse sostanze come cocaina, sostanze anfetamino-simili e hashish aumentano il rischio e la precocità d'insorgenza ma tale dato è ancora dibattuto perché non si sa bene se la malattia sia frutto della droga o la droga sia assunta proprio dalla persona perché maggiormente predisposta alla malattia)

- ***Che aumentano il rischio delle recidive***

- **Eventi stressanti** (non per forza negativi, basta qualsiasi situazione che comporti uno sforzo di adattamento come una promozione sul lavoro, il servizio militare, una relazione sentimentale etc)
- **Ambiente familiare ostile o troppo coinvolto emotivamente**

QUAL E' "LA CAUSA" DELLA SCHIZOFRENIA? - II

- **FATTORI PROTETTIVI**

- **Supporto sociale** (ampiezza ed efficienza del social network: un social network ampio e efficiente sostiene emozionalmente il soggetto esercitando un ruolo protettivo anche nei soggetti portatori della vulnerabilità alla malattia)

- **Una vita priva di traumi significativi** cioè bassa incidenza di eventi stressanti intesi come qualsiasi evento che comporti per il soggetto un forte sforzo di adattamento; intesi sia in senso positivo (relazione sentimentale, promozione sul lavoro) che negativo (servizio di leva, fine di una relazione sentimentale, trasferimento etc.)

MODALITA' DI ESORDIO DELLA SCHIZOFRENIA

(possono in realtà essere variabili; quanto più tarda la diagnosi tanto più la prognosi è infausta)

- **INSIDIOSO/subdolo**
- **ACUTO/brusco**

SCHIZOFRENIA – ESORDIO INSIDIOSO:comparsa lenta,
graduale, di una o più di queste manifestazioni:

- **Progressivo isolamento sociale**(nel corso di mesi, a volte un anno, è graduale e non è colta dai parenti.il pz esce sempre di meno e da solo. Le situazioni di incontro sociale vengono vissute passivamente, poi evitate attivamente. In seguito si isola anche dalla famiglia.)
- **Progressiva riduzione degli interessi abituali (anedonia e apatia):**il soggetto diventa svogliato e disinteressato con riduzione del rendimento e delle frequenza lavorativa.
- **Progressiva comparsa di interessi esoterici (per l'astrologia, la parapsicologia** come la telepatia, **la magia,la filosofia** soprattutto sul significato dell'esistenza **ecc.)**
- **Esperienze di depersonalizzazione**(sentirsi cambiare, non sentirsi più lo stesso, non riconoscersi più: i pz stanno ore e ore davanti allo specchio perchè non si riconoscono) **e lamentele ipocondriache** riguardanti il proprio corpo come dolori, mal di testa, scosse sul cuoio capelluto quando si pettinano, cuore che batte troppo forte cmq tutti sintomi pseudosomatici che portano spesso il pz al primo consulto dal medico di famiglia)

- **Alcune azioni impulsive improvvise e immotivate** (il pz non riesce a spiegare perchè l'ha fatto; anche atti di aggressione fisica e psichica verso i familiari); anche comportamenti strani e insoliti come fughe di casa, dal posto di lavoro etc.
- **Alcune espressioni verbali che appaiono strane e incomprensibili** (alogia = eloquio povero) espressioni vaghe e prolisse che colpiscono i familiari.
- **Esiste poi qualche evento di vita che fa traboccare il vaso (servizio militare, relazione sentimentale etc); spesso i familiari ritengono che quell'evento ne sia la causa ma non è così; le manifestazioni della patologia sono solo state accelerate da quell'evento. Spesso il pz non è portato subito dallo specialista ma dal medico curante che diagnostica una grossolana depressione o peggio ancora il pz è portato da guaritori e da maghi; ciò è un danno poichè quanto prima viene iniziato un adeguato trattamento tanto più lenta è l'evoluzione della malattia.**

SCHIZOFRENIA – ESORDIO ACUTO

- Insorgenza più o meno brusca dei deliri e delle allucinazioni, preceduta da sintomi aspecifici (irrequietezza, insonnia) oppure da quello che è il precedente più specifico:
- Vissuto del “mutamento pauroso” o “umore delirante”

È un vissuto acuto e reale (cioè che il pz vive egli stesso), il pz si sente trasformato, cambiato o anche sente che l'ambiente circostante sia cambiato e diventato mostruoso. Non si ha nell'esordio insidioso. Il mutamento pauroso è ricollegato all'attività delle strutture limbiche ed è forse l'esperienza primaria su cui si costruisce il delirio. A un certo punto compare il delirio (di persecuzione, di veneficio etc..) cioè il pz cerca una ragione a questa trasformazione attraverso il delirio. Nei casi in cui venga riferito dal pz e duri per alcuni giorni ci aiuta a sostenere la diagnosi.

SCHIZOFRENIA – QUADRO CLINICO NEL PERIODO DI STATO

(sintomi più frequenti ma non sempre tutti presenti; in alcuni casi il quadro clinico è ricco, in altri è povero)

1. **Deliri**(idea o sistemi di idee errate, che non corrispondono alla realtà, mantenute con fermezza dal soggetto, non smontabili, resistono ad ogni tentativo di critica, non condivise dalla cultura o subcultura del soggetto). Sono per lo più disarticolati e poco strutturati. Sono deliri di:
 - **veneficio**: convinzione che sia stato o che lo stiano avvelenando, drogando attraverso il cibo, le iniezioni, l'aria;
 - **persecuzione**: convinzione che gli si voglia fare del male. I persecutori sono i familiari, i vicini di casa, i compagni, conoscenti, in qualche caso la mafia, i partiti politici etc.
 - **influenzamento**: convinzione di essere oggetto di influenze dall'esterno; influenzamento del proprio corpo, pensiero, volontà, azioni.
 - **trasformazione corporea**: il proprio corpo si trasforma, spesso diventa marcio e putrefatto. Descritto spesso in modo assai fantasioso (cervello marcito etc..) e in maniera varia a seconda dei contesti sociali, interni etc.

- **Allucinazioni** sono percezioni in assenza di stimolo adeguato. Sono per lo più allucinazioni uditive a contenuto verbale, le quali dicono cose emozionali cioè sono voci che:
 - - insultano
 - - comandano
 - - minacciano
 - - rinfacciano
 - - commentano ciò che il pz fa e pensa
 - - che dialogano tra loro, parlando del pz in terza persona
 - - eco del pensiero (ripetono ciò che il pz sta pensando)
- Possono essere percepite come provenienti dall'esterno o dal proprio interno (non riconoscimento del proprio linguaggio interno); a volte il pz si accorge che non sono vere e cerca di controllarle. Sono intermittenti, sono meno frequenti quando il pz è impegnato in attività (tecniche di visualizzazione cerebrale: PET: le aree temporali che si attivano sono le stesse che si attivano normalmente durante il pensiero interno) e sono più frequenti la sera quando il pz è meno impegnato e più rilassato.

- **Disturbi formali del pensiero e del linguaggio** con disorganizzazione. Nelle fasi iniziali della malattia o nelle forme lievi viene percepita solo dall'osservatore attento (il discorso si fa a tratti vago, prolisso con tendenza a divagare) mentre nelle fasi più avanzate o nelle forme più gravi risultano molto evidenti (blocco e deragliamenti) fino a rendere il discorso incomprensibile (rottura dei nessi). Il pz usa neologismi:
 - attivi (hanno intenzione comunicativa)
 - passivi (non hanno intenzione comunicativa)
 - paralogismi (parole usate con significato peculiare idiosincrasico)
- **Disturbi della sfera affettiva** (impoverimento affettivo, incongruenze affettive; in oltre il pz non tiene più nemmeno al suo aspetto fisico che si deteriora progressivamente)
- **Disturbi della sfera istintiva** comportamento spesso alterato. Conduce a volte al suicidio. Per ciò che riguarda il suicidio oggi è cambiata l'epidemiologia: il pz che esce dalla crisi acuta ha un'adepsione reattiva a rischio suicidario (fase post sindromica). Ci sono anche alterazioni dell'istinto alimentare, il soggetto può divenire oppositivo o molto vorace. L'istinto sessuale può essere ridotto o aumentato ma cmq privato della componente emozionale.

- **Disturbi del comportamento e della psicomotricità:**
 - aumento o riduzione dei movimenti
 - movimenti spesso afinalistici
 - oggi è divenuto raro l'arresto psicomotorio
- **Ritiro autistico:** ritiro in un proprio mondo alternativo popolato dai propri fantasmi.

SCHIZOFRENIA – DIMENSIONI SINTOMATOLOGICHE

1. **“POSITIVA” O “PRODUTTIVA” (deliri, allucinazioni)**
2. **“NEGATIVA” O “DEFICITARIA” (povertà ideativa, affettiva, volitiva, di interessi e di iniziative)**
3. **“DISORGANIZZATIVA” (disorganizzazione ideativa, incongruenza affettiva):** perdita del contatto del sè con disordine del pensiero (deragliamenti, tangenzialità, incoerenza, illogicità, circostanzialità) e dell'attività (incongruità) e comportamenti bizzarri per ciò che riguarda l'abbigliamento, il sesso, i manierismi e le stereotipie.

Tali 3 dimensioni sintomatologiche sono ricondotte a 3 meccanismi fisiopatologici:

SCHIZOFRENIA – FISIOPATOLOGIA

- 1. IPOFRONTALITA' (dimensione "negativa")** corteccia prefrontale; documentata con varie tecniche in condizioni di riposo e di attività; la clozapina aumenta il release di dopamina a livello della corteccia prefrontale.
- 2. ATTIVITA' INCONTROLLATA DI STRUTTURE SOTTOCORTICALI, SOPRATTUTTO LIMBICHE** (nucleo accumbens)(dimensione "produttiva") produce l'esperienza primaria del mutamento pauroso attorno a cui si costituisce il delirio.
- 3. DISCONNESSIONE FUNZIONALE TRA L'ATTIVITA' DELLA CORTECCIA PREFRONTALE E QUELLA DI STRUTTURE SOTTOCORTICALI (dimensione "disorganizzativa")**

SCHIZOFRENIA – MODALITA' DI DECORSO

- 1. CRONICO INGRAVESCENTE** o ebefrenica. Oggi in non più di 1 caso su 4. peggiora progressivamente fino alla demenza precoce.
- 2. EPISODICO CON INTERVALLI PIU' O MENO LIBERI** (paranoide)
- 3. EPISODICO CON SINTOMATOLOGIA RESIDUA INTERVALLARE STABILE** (poco impoverito affettivamente, ideativo, volitivo, anche senza allucinazioni)
- 4. EPISODICO CON SINTOMATOLOGIA RESIDUA INTERVALLARE INGRAVESCENTE** (ebefrenica)

SCHIZOFRENIA – VARIETA' CLINICHE

1. PARANOIDE
2. EBEFRENICA (O DISORGANIZZATA)
3. CATATONICA
4. SIMPLEX

Vediamole più nel dettaglio:

PARANOIDE: età d'esordio tardiva (25-35 anni); l'esordio è acuto con deliri e allucinazioni. Il disturbo del pensiero e della sfera affettiva è poco presente. Manca il progressivo impoverimento intellettivo e affettivo. Il decorso può essere episodico con sintomatologia intervallare. La prognosi è più o meno buona ma c'è difficoltà nella collaborazione del pz per via della sua sospettosità. Cmq la prognosi è migliore del tipo catatonico o disorganizzato.

EBEFRENICA (O DISORGANIZZATA) :esordio precoce 15-25 anni, insidioso. Predominano i disturbi formali del pensiero e l'appiattimento affettivo. Sono meno significativi i deliri e le allucinazioni. Decorso episodico con sintomatologia intervallare importante o cronico ingravescente con impoverimento affettivo e intellettivo fino al quadro di demenza precoc .

CATATONICA : rallentamento psicomotorio fino all'arresto psicomotorio con stupor e mutismo. Atteggiamento oppositivo. Rigidità con stereotipie posturali. Eccitamento afinalizzato con rischio di lesioni per sè e per gli altri.

SIMPLEX: assenza di deliri e allucinazioni; decorso cronico ingravescente con disturbi dell'affettività e impoverimento progressivo. Siu testi è indicata un'altra varietà detta **RESIDUA** che è molto simile a quella simplex ma ha in anamnesi ci sono sintomi psicotici.

La **terapia** è sempre farmacologica, ma non deve essere solo farmacologica! I **farmaci antipsicotici** si suddividono in **classici** (o standard) e **atipici** (o di nuova generazione).

FARMACI ANTIPSICOTICI “CLASSICI”

Bloccano soprattutto i recettori dopaminergici delle strutture limbiche (effetto sui deliri e sulle allucinazioni).

A livello del circuito nigrostriatale: provocano sintomi collaterali extrapiramidali (parkinson simile) e crisi distoniche.

A livello dell'ipofisi: iperprolattinemia (blocco PIF) con:

- Nelle donne: galattorrea e amenorrea
- Negli uomini: riduzione della libido e ginecomastia.

FARMACI ANTIPSICOTICI “CLASSICI”

- **BUTIRROFENONI** – Aloperidolo (serenase, Haldol), **Bromperidolo**, **Droperidolo**
- **FENOTIAZINE** – **Clorpromazina** (antipsicotico e sedativo per azione sui recettori 1 adrenoliticied H1 dell'istamina), **Flufenazina**, **Levomepromazina**, **Perfenazina**, **Promazina**(più sedativo, meno antipsicotico), **Tioridazina**, **Trifluoperazina**
- **TIOXANTENI** – Clopentixolo, Zuclopetixolo
- **DIBENZOAZEPINE** – Clotiapina
- **DIFENILBUTILPIPERIDINE** – Pimozide(poco sedativa ma più efficace sulle psicosi)
- **BENZAMIDI** – Sulpiride, Levosulpiride, Amisulpride

FARMACI ANTIPSIKOTICI “ATIPICI” O “DI NUOVA GENERAZIONE”

aumentano il rilascio di dopamina; bloccano i recettori dopaminergici soprattutto a livello limbico; blocca alcuni recettori serotoninergici il che ha un effetto più sugli effetti negativi della schizofrenia.hanno meno effetti collaterali extrapiramidali e endocrini.

- **Clozapina**(può dare vita a un quadro di agranulocitosi anche letale per cui occorre monitorare continuamente l'emocromo;
- **Risperidone**
- **Olanzapina**
- **Quetiapina**
- **Aripiprazolo**(agonista parziale della dopamina)

INTERVENTI PSICOSOCIALI PER LA SCHIZOFRENIA

- **INTERVENTO PSICOEDUCATIVO** rivolto sia al pz che al familiare chiave cioè al familiare che se ne occupa
- **SOCIAL SKILLS TRAINING** addestramento alle attività sociali nel pz che ha avuto remissione della sintomatologia. Le abilità sociali in questione possono essere:
 - lavarsi
 - vestirsi
 - usare soldi
 - usare i mezzi pubblici
 - lavorare
- **RIABILITAZIONE COGNITIVA** ha come bersaglio alcune funzioni cognitive come attenzione , memoria e la programmazione delle proprie attività.

PARANOIA(altra psicosi primaria) – **PRINCIPALI CARATTERISTICHE** (spesso insorge su una personalità premorbosa ossia una persona sospettosa e permalosa)

- **PREVALENZA LIFETIME NELLA POPOLAZIONE GENERALE VALUTATA INTORNO ALLO 0.03%**(stima dimensionata in difetto cioè molto sottostimata perchè soprattutto le varietà lievi, che non condizionano l'inserimento sociale, sono misconosciute.)
- **PREVALENZA ANALOGA NEI MASCHI E NELLE FEMMINE**
- **INSORGENZA DI SOLITO TRA I 30 E I 50 ANNI**
- **QUADRO CLINICO DOMINATO DAL DELIRIO** che è molto strutturato e i cui temi più comuni oggi sono:
 - gelosia (soprattutto nel maschio)e erotomanico (nelle donne)
 - dismorfofobico (persona convinta di avere una deformità fisica non esistente o minima che viene ingigantita e spesso sono coloro i quali si rivolgono ai chirurghi plastici e il delirio si complica)
 - di rivendicazione (convinzione delirante di aver subito un torto da qualcuno e

In passato altri temi deliranti, oggi diventati più rari, sono quelli di invenzione (aver inventato qualcosa), mistici di missione politica o religiosa.

- **MANCANO ALLUCINAZIONI, DISTURBI FORMALI DEL PENSIERO, DISTURBI DELLA SFERA AFFETTIVA** il che ci permette di fare diagnosi differenziale con la schizofrenia
- **DECORSO CRONICO** e ingravescente
- **RISPOSTA INCOSTANTE AI FARMACI ANTIPSICOTICI**

PARANOIA – CARATTERISTICHE DEL DELIRIO

- **MOLTO STRUTTURATO**
- **TEMI PIU' FREQUENTI: EROTOMANICO**(donna convinta di essere amata da un personaggio importante; in una prima fase crea una storia d'amore, in una seconda fase si complica convincendosi che ci sono degli ostacoli, terza fase di aggressività.), **DI RIVENDI-CAZIONE, DI GELOSIA, DI MISSIONE POLITICA O RELIGIOSA, DISMORFOFOBICO, DI INVENZIONE, MISTICO**