Psicosi e schizofrenia

La psicosi è una condizione clinica che può essere collegata a molti differenti disturbi psichiatrici.[1]
Secondo uno studio del 2010 in Europa sono circa 5 milioni le persone affette da un disturbo psicotico (compresa la schizofrenia), vale a dire circa l'1,2% della popolazione, in aumento rispetto al 2005 (3,7 milioni - 0,8%).[2]
La psicosi si manifesta con deliri e allucinazioni, comprendendo generalmente anche sintomi come il parlare in modo sconnesso, il comportamento disorganizzato e gravi distorsioni nella percezione della realtà. La psicosi può essere considerata quindi come un insieme di sintomi in cui è compromessa la capacità mentale di una persona, la sua risposta affettiva e la capacità di riconoscere la realtà, di comunicare e di relazionarsi con gli altri.[1]
I disturbi psicotici comprendono la schizofrenia, il disturbo psicotico indotto dall'abuso di sostanze, i disturbi schizoaffettivi, il disturbo psicotico breve.[1]
La schizofrenia è uno dei disturbi psichiatrici più complessi e meno compresi, ed è in genere definita come una condizione cronica e debilitante, a causa del deterioramento funzionale, collegato alla malattia, che ha un forte impatto dal punto di vista cognitivo, affettivo e sociale; tuttavia alcune persone affette da schizofrenia riescono a mantenere una buona condizione di equilibrio e benessere fisico e mentale, riescono a mantenere il loro lavoro e ad avere delle buone relazioni famigliari e sociali.[3]
La schizofrenia è uno dei maggiori oneri per il sistema sanitario, ed è classificata tra le prime 20 cause di disabilità in tutto il mondo.[4]
Nei Paesi ad economia avanzata, la schizofrenia è responsabile dell'1,5 - 3,0% delle spese sanitarie; in Italia, si stima che il costo annuale delle cure di un paziente affetto da schizofrenia sia di circa 25.000 euro[2], la maggior parte del quale è rappresentata da costi indiretti (vedi scheda costi schizofrenia).
Una recente analisi sistematica di revisione della letteratura, ha portato ad una stima della prevalenza della schizofrenia in Italia di 303.913 persone (vedi scheda costi schizofrenia).

Diagnosi e trattamento

La manifestazione clinica della schizofrenia è abbastanza eterogenea, e comprende sintomi che vanno dalle allucinazioni, ai deliri, a discorsi e comportamenti sconnessi, all'apatia, alla mancanza di motivazione, ai deficit cognitivi.[3]
Gli antipsicotici sono, senza dubbio, una componente fondamentale nel trattamento della schizofrenia, grazie alla loro capacità di controllarne i sintomi di tipo psicotico, che determinano una grave distorsione della realtà.[5]
Nei pazienti con schizofrenia, l'intervento farmacologico precoce è di fondamentale importanza, in quanto permette di contenere i sintomi psicotici, ridurre la gravità della malattia e contrastarne le conseguenze biologiche e psico-sociali (come isolamento, emarginazione, perdita dell'interazione con i parenti e gli amici, ridotta cura di sé, aumento della disoccupazione).[2]
È dimostrato, infatti, che la durata della psicosi non trattata (DUP) farmacologicamente, è negativamente collegata agli esiti della malattia, a lungo termine. Di conseguenza, una prolungata durata della psicosi non trattata (DUP) è risultata associata a una remissione incompleta dei sintomi, alla presenza di sintomi ricorrenti e persistenti, a ospedalizzazioni più lunghe ed a un rischio maggiore di ricaduta, ad un rischio di depressione e suicidio, ad un aumentato abuso di sostanze ed a costi di trattamento significativamente più alti.[2]
In effetti, sono disponibili evidenze di aspetti neurodegenerativi che potrebbero essere modificati da trattamenti precoci, efficaci per prevenire tanto le ospedalizzazioni, quanto le comorbilità e le complicazioni dovute a patologie non trattate, tra cui l'abuso di sostanze.

A conferma del decorso progressivo della malattia e della possibilità di prevenirne le conseguenze sfavorevoli, vi è l'evidenza che, in confronto ai pazienti che ricevono il trattamento farmacologico anti-psicotico in modo precoce e continuativo, i pazienti non trattati possono mostrare una maggiore perdita di materia grigia cerebrale.[6]

Tuttavia, per le persone affette da schizofrenia, non è fondamentale il solo trattamento farmacologico tempestivo, fin dalle fasi iniziali della malattia, ma anche proseguire il trattamento di mantenimento che permette di ridurre il rischio di ricadute. Secondo una meta-analisi di 65 studi clinici, che hanno coinvolto più di 6.000 pazienti schizofrenici, la terapia farmacologica di mantenimento riduce l'incidenza delle ricadute e delle ospedalizzazioni di circa il 60%.[5]

I farmaci antipsicotici di tipo "long-acting injectable" (LAI) sono disponibili da oltre 40 anni (se si considerano i LAI di prima generazione) e presentano alcuni vantaggi rispetto agli antipsicotici a formulazione orale: tra questi, si possono citare la possibilità di monitorare l'aderenza del paziente, il minor rischio di minori o maggiori dosi assunte del farmaco, accidentali o deliberate, una migliore biodisponibilità del farmaco, una più affidabile correlazione tra le dosi assunte del farmaco e le concentrazioni plasmatiche.[7]

Inoltre, i farmaci LAI hanno dimostrato di garantire un elevato grado di continuità terapeutica, come dimostrato da diversi studi, tra cui lo studio americano di recente pubblicazione di Marcus *et al.*, nel quale i pazienti schizofrenici, cui veniva prescritto un farmaco LAI, mostravano una significativa riduzione della percentuale di discontinuità di trattamento e di riospedalizzazioni, rispetto ai pazienti a cui veniva prescritto un antipsicotico orale.[8]

Non dimentichiamo infatti che uno dei principali problemi della schizofrenia è la mancanza di consapevolezza della malattia da parte del paziente, la cui adesione al trattamento può essere facilitata nel caso di terapie con un LAI.

In questo contesto, Janssen ha contribuito all'evoluzione dello scenario farmacologico attraverso numerose molecole antipsicotiche, di prima e di seconda generazione. In particolare, fin dal 2009 negli USA e dal 2012 in Italia, è disponibile per le persone affette da schizofrenia la formulazione mensile di un antipsicotico LAI (long-acting injectable): ma l'impegno in ricerca scientifica da parte di Janssen non si ferma qui, ed infatti nell'agosto del 2015 la Food and Drug Administration (FDA – ente regolatorio in USA) ha approvato il primo farmaco antipsicotico long-acting a formulazione trimestrale.

Dato il contesto sopra descritto, possiamo affermare che la capacità degli antipsicotici, ed in particolare dei LAI, di prevenire le ricadute e di migliorare la consapevolezza della malattia da parte dei pazienti, può assicurare un periodo di stabilità, facilitando in tal modo l'introduzione di trattamenti ulteriori quali gli interventi riabilitativi, volti a migliorare le capacità individuali e di integrazione sociale del paziente, e che possono contribuire a loro volta al miglioramento clinico, in termini di riduzione del numero delle ricadute o delle ospedalizzazioni.[5]

La terapia psicosociale

Come citato in precedenza, la terapia psicosociale svolge un ruolo importante nel trattamento dei pazienti schizofrenici, in aggiunta alla terapia farmacologica: questi due tipi di approccio terapeutico agiscono in sinergia, e maggiore è il miglioramento dei sintomi dopo l'inizio della terapia farmacologica, maggiore è la probabilità di buona risposta dei pazienti alla terapia psicosociale.[5]

Per poter aderire al progetto riabilitativo psicosociale è necessario che il paziente controlli i propri sintomi di alterazione del rapporto con la realtà attraverso l'adesione al trattamento farmacologico antipsicotico.

L'uso delle terapie psicosociali è sostenuto da molte evidenze. Ad esempio, riguardo alla *riabilitazione cognitiva* (un approccio psicosociale rivolto principalmente al miglioramento delle funzioni cognitive in soggetti schizofrenici), alcune evidenze ne dimostrano la superiorità nel miglioramento dell'esito funzionale della schizofrenia, rispetto ad interventi riabilitativi basati sull'intrattenimento, o in generale non strutturati e non personalizzati.[9, 10]

Un ruolo importante nel percorso terapeutico basato su un approccio integrato (farmacologico e psicosociale) volto al reinserimento sociale del paziente è svolto anche dall'attività fisica. È ormai diffusa la consapevolezza circa l'importanza dell'attività fisica per la salute mentale e fisica delle persone con

schizofrenia. L'isolamento sociale, combinato ad una mancanza di motivazione rappresenta una barriera significativa per la partecipazione all'attività fisica, così come la diminuita interazione sociale.
Pertanto, l'attività fisica, se accompagnata da interazioni e relazioni sociali, può favorire l'aderenza ai trattamenti e la motivazione dei pazienti nel proseguire il percorso di cura basato su di un approccio riabilitativo integrato (farmacologico e psicosociale).[11]

Riferimenti

1. Stahl SM, Antipsychotics and Mood Stabilizers: Stahl's Essential Psychopharmacology, Third Edition. Cambridge University Press.
2. Altamura C et al. Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care. Journal of Psychopathology 2014;20:223-243
3. Mendrek A et al. Sex/gender differences in the brain and cognition in schizophrenia. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2015.
4. Leucht S et al. Comparative effi cacy and tolerability of 15 antipsychoti drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet 2013; 382: 951–62.
5. Altamura C et al. Integrated treatment of schizophrenia. Journal of Psychopathology 2015;21:168-193.
6. Stahl SM, Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be the first? CNS Spectrums (2014), 19, 3–5.
7. Altamura C et al. Rethinking the role of long-acting atypical antipsychotics in the community setting. International Clinical Psychopharmacology 2012, 27:336–349.
8. Marcus SC et al. Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *J Manag Care Spec Pharm.* 2015;21(9):754-68.
9. Vita A et al. Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological, and functional outcome domains in schizophrenia: A prospective study in a real-world setting. Schizophrenia Research 133 (2011) 223–231.
10. Galderisi S(1), Piegari G, Mucci A, Acerra A, Luciano L, Rabasca AF, Santucci F, Valente A, Volpe M, Mastantuono P, Maj M. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2010 Jun;260(4):305-15
11. Gross J et al. A narrative synthesis investigating the use and value of social support to promote physical activity among individuals with schizophrenia. Disabil Rehabil, 2016; 38(2): 123–150.