CASO CLINICO
CASE REPORT

Esordio psicotico e aripiprazolo: un caso clinico

Early episode and aripiprazole: a case study

G. VINCI
V. FAIA
A. BALBI

Progetto interventi precoci nelle psicosi, DSM ASL Roma D

L'intervento terapeutico nelle fasi iniziali dei disturbi psicotici si è notevolmente sviluppato negli ultimi anni, con evidenti cambiamenti nelle modalità di trattamento.
Il Focus dei modelli di cura più convenzionali è centrato sull'intervento in fasi più avanzate di malattia, quando si sono già determinate notevoli disabilità.
La prevenzione primaria e secondaria ha ricevuto un'attenzione prevalentemente teorico-speculativa, ma non sono stati impostati, nelle nostre realtà, programmi concreti e diffusi orientati specificamente in tale direzione.
Le nostre conoscenze delle variabili che influenzano l'esito delle fasi precoci delle psicosi sono ben consolidate e ci permettono di organizzare servizi ed interventi specifici.
Da queste premesse è stato messo a punto il "Progetto per gli interventi precoci nelle psicosi" che interessa tutti i pazienti tra i 18 ed i 30 anni affetti da tali patologie seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma D, la cui profonda ragione può essere descritta da tre elementi chiave per una efficace prevenzione secondaria:

1) individuazione precoce di "Stati mentali a rischio";
2) intervento precoce sull'episodio conclamato;
3) interventi rivolti ad obiettivi specifici durante il "periodo critico" che corrisponde ai primi 3-5 anni di malattia.

Il Progetto avviato nel 2005 coinvolge tutte le strutture del Dipartimento e presenta una ulteriore peculiarità, per la prima volta in Italia viene utilizzata una struttura di ricovero dedicata esclusivamente a giovani affetti da psicosi nei primi tre anni di malattia.
Un gran numero di esperienze in tutto il mondo, con cui ci siamo direttamente confrontati, rafforzano la convinzione che questo tipo di interventi possono non solo influire positivamente sulla evoluzione psicologica biologica e sociale dei giovani ma possono concretamente sostenere le famiglie nell'affrontare condizioni molto dolorose.
Per esemplificare queste modalità di approccio e l'utilizzo di farmaci innovativi, riportiamo una nostra esperienza di trattamento di un giovane paziente al primo episodio psicotico con aripiprazolo, antipsicotico atipico di recente immissione in Italia; il paziente non era stato precedentemente trattato con alcuna sostanza psicotropa, non era né è dipendente né sporadicamente abusante di alcuna sostanza, non era affetto da patologie mediche di sorta.
S.M. è un ragazzo di 23 anni che, in seguito alla separazione dei genitori, ha dovuto modificare il proprio stile di vita, passando da un quartiere signorile ad un edificio popolare, adattandosi a convivere con la madre dopo un periodo di relativa indipendenza economica. Circa sei mesi fa il paziente ha presentato il primo episodio psicotico, classificabile secondo i criteri DSM IV come Disturbo Schizoaffettivo. Al momento dell'esordio psicotico il quadro psicopatologico comprendeva una chiara sintomatologia depressiva, che appariva in un momento di relativa remissione, evidenziabile e precedente la sintomatologia positiva, su cui si installava un quadro psicotico severo. La sintomatologia psicotica comprendeva un grave disturbo del contenuto del pensiero, che risultava polarizzato su tematiche persecutorie, di colpa congrue con il tono dell'umore, ma anche divagante, circostanziale; il processo di pensiero appariva compromesso nelle componenti attentive, con scarse capacità di astrazione. Alle alterazioni del pensiero si associavano allucinazioni uditive, talvolta voci dialoganti tra loro, più spesso una sola, non sempre riferentesi al paziente, "come una radio". Era apprezzabile una intensa quota di ansia libera ed insonnia mista.
Particolarmente compromessa appariva la funzionalità sociale, la capacità di stabilire relazioni interpersonali, la volizione.
Sebbene il disturbo depressivo persistesse ormai da qualche mese, la sintomatologia, che comprendeva anche la perdita della precedente e piuttosto redditizia attività libero-professionale, non aveva indotto

immediatamente il paziente o la famiglia a chiedere aiuto, poiché circostanze contingenti sia di natura economica che personale (una recente separazione sentimentale), parevano giustificare il quadro di relativo appiattimento del tono dell'affettività.
Il perdurare della situazione aveva spinto la famiglia a consultare il medico di famiglia, particolarmente sensibile a queste dinamiche in quanto aveva partecipato ad un programma di prevenzione organizzato nell'ambito del Progetto Dipartimentale per gli Interventi Precoci.
I genitori sono stati prontamente inviati presso uno dei nostri ambulatori e la nostra équipe ha preso contatto con il paziente presso la sua abitazione; dopo qualche diffidenza ha accettato di essere seguito da noi.
Una valutazione completa costituisce uno degli elementi caratterizzanti del progetto, al fine non solo di definire con sufficiente chiarezza il quadro diagnostico, ma anche per accertare le potenzialità ed i deficit del paziente in modo da formulare modalità di intervento realmente commisurate all'individuo.
S.M. è stato valutato mediante: BPRS, HONOS, CGI, HDRS, YMRS, VGF, SF36, *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*, immediatamente, dopo un mese e dopo sei mesi. Dopo circa due mesi è stato sottoposto ad una batteria di test neurocognitivi che non hanno evidenziato deficit; è questo un reperto che sempre più spesso ritroviamo in giovani all'esordio e che stimola notevoli suggestioni sulla relazione tra funzioni cognitive e compromissione psicosociale.
Abbiamo immediatamente iniziato un trattamento farmacologico con aripiprazolo 15 mg/die, ben accettato perché non sono comparsi effetti collaterali di sorta, e clonazepam 6 mg/die.
S.M. è stato avviato ad un trattamento psicoterapeutico individuale impostato su un ritmo di un incontro a settimana della durata di circa un'ora.
Particolare attenzione è stata prestata alla famiglia, cui una collega esperta ha dato ascolto immediatamente in uno spazio dedicato, con lo scopo di sostenere i genitori in un momento così delicato e di utilizzare le loro risorse per affrontare al meglio la crisi.
L'esame clinico delle condizioni mentali del paziente è stato effettuato ad ogni incontro.
Due infermieri specificamente addestrati si sono recati periodicamente al suo domicilio per interventi nel contesto di vita, per esempio è stato accompagnato presso l'ufficio di collocamento per controllare le graduatorie.
Due settimane dopo l'inizio del trattamento si sono constatati i primi effetti sulla sfera volitiva, con un visibile miglioramento dei sintomi negativi. Contemporaneamente miglioravano le capacità espressive del paziente: la forma del pensiero appariva più combaciante col processo di pensiero, rendendo possibile una migliore connessione tra paziente e terapeuti.
Ad un mese dall'inizio del trattamento sono scomparsi completamente i sintomi positivi, sia nella componente allucinatoria che, con maggiore lentezza, nell'intensità e pervasività dei contenuti deliranti, che sono divenuti accessibili alla critica.
S.M. a questo punto era in grado di discutere con ironia dei "momenti della sua follia", sebbene lontano dal *setting* spesso fosse preda di un'angoscia importante.
A sei mesi dall'inizio del trattamento, la componente psicotica appare completamente risolta, mentre lo spazio terapeutico è affollato dei contenuti della componente affettiva, di più lenta e vischiosa risoluzione.
Molti passi avanti sono stati fatti, ed ora S.M. è in grado di muoversi autonomamente, usa la propria macchina ed ha accettato di svolgere alcune semplici mansioni in casa.
Non ha ancora trovato il coraggio di riprendere le normali attività professionali, ma la vita di relazione appare sufficientemente ricca, tanto da non richiedere particolari stimoli da parte nostra.
Continua la terapia farmacologica che viene accettata con grande serenità.
Questa esperienza, seppure parziale, rafforza la nostra convinzione della necessità di interventi articolati non solo sul paziente ma anche sul suo contesto familiare e sociale.
Un contributo importante al benessere del paziente è stato fornito da un farmaco come l'aripiprazolo che ha mostrato una solida efficacia sulla sintomatologia positiva, un buon profilo di tollerabilità, ma anche ha mostrato la sensibile peculiarità di incidere positivamente sulla qualità della vita del paziente.
Questo specifico aspetto merita, a nostro avviso, una riflessione approfondita e conferme da casistiche ben più ampie.

Bibliografia

Awad AG, Voruganti LN. *Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia*. CNS Drugs 2004;18:877-93.

Ritsner M, Gibel A, Perelroyzen G, Kurs R, Jabarin M, Ratner Y. *Quality of life outcomes outcomes of risperidone, olanzapine, and atypical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study*. Clin Psychopharmacol 2004;24:582-91.

Zhang PL, Santos JM, Newcomer J, Pelfrey BA, Johnson MC, de Erausquin GA. *Impact of atypical antipsychotics on quality of life, self report of symptom severity, and demand of services in chronically psychotic patients*. Schizoph Res 2004;71:137-44.