



Diagnosi e Terapie
Sezione del sito a cura di



Mariachiara Federici

La schizofrenia

Letteralmente significa scissione della mente ed è la più grave tra le malattie mentali, e rappresenta un gruppo di psicosi caratterizzate dalla destrutturazione della personalità e dalla disgregazione della struttura psichica e affettiva.

Storicamente, il primo ad utilizzare il termine *schizofrenia* fu lo psichiatra svizzero E. Bleuler nel 1908, che andò a sostituire quello di *Dementia Praecox* proposto da E. Kraepelin. Con Bleuler, la parola schizofrenia racchiude, ancora oggi, il significato di quella dissociazione mentale che fa assumere al soggetto comportamenti incoerenti e contraddittori, che altera il linguaggio, l'affettività, la percezione di sé e i meccanismi associativi del pensiero ed influisce negativamente sulle capacità di adattamento di un individuo. Il soggetto schizofrenico ci appare come se visse in una dimensione parallela ed incomprensibile agli altri, per questo risulta spesso indifferente a ciò che accade e reagisce in maniera incongrua agli eventi esterni. Si tratta di persone che presentano, a causa del disturbo, una personalità gravemente destrutturata che incide negativamente anche sulla rete relazionale del soggetto e, in particolar modo, sul suo nucleo familiare.

L'esordio della malattia è rintracciabile in età adolescenziale o giovanile: tra i 17 e i 30 anni negli uomini, più tardi (20-40 anni) nelle donne. L'esordio può essere acuto, nel 5-15% dei pazienti, ed è indice di una prognosi più favorevole. La maggior parte dei soggetti, tuttavia, presenta un tipo di fase "introduttiva" al disturbo vero e proprio che si manifesta con la comparsa lenta e graduale di specifici sintomi, quali il ritiro sociale, la perdita di interesse per la scuola o per il lavoro, deterioramento nell'igiene e nell'ordine, comportamento inusuale e scoppi di rabbia. La diffusione di questa patologia è relativamente bassa, 1% in tutto il mondo, e trasversale: si riscontra, infatti, in tutte le classi sociali, senza distinzione di sesso, razza, territorio.

La maggior parte degli studi sul decorso e sugli esiti della Schizofrenia indicano che il decorso può essere variabile, con certi soggetti che mostrano riacutizzazione dei sintomi e remissione, mentre altri ancora rimangono cronicamente ammalati.

Per quanto riguarda le cause del disturbo sono state formulate molte teorie sia di tipo biologico, neurofisiologico e genetico sia di tipo relazionale-dinamico con riferimento alle influenze familiari, socioculturali o individuali o ancora in riferimento a fattori tossici, traumatici o infettivi. Per cui si può parlare di *ipotesi multifattoriale*

all'origine della Schizofrenia, intesa quindi come malattia multideterminata in cui trovano ampio spazio eventuali fattori di "vulnerabilità" che esporrebbero alcuni individui più di altri allo sviluppo di questa grave malattia psichiatrica.

La Schizofrenia è una malattia eterogenea, che si presenta con diverse forme cliniche; tuttavia la maggior parte dei clinici ritiene utile far ricadere i sintomi principali del disturbo in tre categorie: i *sintomi positivi*, i *sintomi disorganizzati* ed i *sintomi negativi*.

I sintomi positivi, sintomi propriamente "psicotici" che indicano la presenza di qualcosa "in più" rispetto alle normali funzioni psichiche che comunque non dovrebbero essere presenti in una persona normale. Essi sono i deliri e le allucinazioni, che si presentano quando il paziente ha perso il contatto con la realtà in maniera rilevante. Nei deliri i pazienti sviluppano delle convinzioni erronee sulla realtà e sugli altri sino a giungere a credere che qualcuno li perseguiti, li minacci, sia innamorato di lui o lo spia. Mentre le allucinazioni riguardano delle alterazioni della sfera percettiva, in quanto il paziente riferisce di sentire o vedere cose in realtà inesistenti.

I sintomi disorganizzati, riguardano il linguaggio e il pensiero confusi. Infatti, il paziente schizofrenico possiede una particolare modalità di comunicare: crea neologismi, formula frasi senza senso e per nulla attinenti alle domande o al contesto, presenta un' "insalata di parole"; mentre a livello motorio possono comparire dei movimenti ritmici, ripetitivi, come pure degli stati di immobilità e assunzione di posture rigide. Gli schizofrenici presentano, comunque, una generale difficoltà a comprendere il senso della vita quotidiana, sia a livello emozionale che organizzativo.

I sintomi negativi, includono la piattezza emotiva (affettività coartata), la povertà di pensiero e la mancanza di piacere e di motivazione nello svolgimento delle più normali attività della vita quotidiana. Questi sintomi vengono definiti negativi, poiché indicano un' "assenza" di funzioni.

Oltre a questa sintomatologia, paradigmatica del disturbo, possiamo rilevare nei pazienti schizofrenici anche un quadro preoccupante di relazioni personali disturbate che tendono a svilupparsi in un notevole arco di tempo. Manifestazione di ciò sono il ritiro sociale, l'espressione inadeguata dell'aggressività e della sessualità, la mancanza di consapevolezza dei bisogni altrui, le pretese eccessive e l'incapacità di avere un contatto significativo con le altre persone.

Per una migliore comprensione e un miglior inquadramento diagnostico di questo disturbo, il DSM-IV-TR propone i seguenti criteri diagnostici:

A. Sintomi caratteristici: due (o più) dei sintomi seguenti, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo):

- 1) deliri
- 2) allucinazioni
- 3) eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)
- 4) comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- 5) sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia.

Nota È richiesto un solo sintomo del Criterio A se i deliri sono bizzarri, o se le allucinazioni consistono di una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto, o di due o più voci che conversano tra loro.

B. Disfunzione sociale/lavorativa: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta un'incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile).

C. Durata: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfino il Criterio A (cioè, sintomi della fase attiva), e può includere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestati soltanto da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

D. Esclusione dei Disturbi Schizoaffettivo e dell'Umore: il Disturbo Schizoaffettivo e il Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche sono stati esclusi poiché: (1) nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva; (2) oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase di sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo e residuo.

E. Esclusione di sostanze e di una condizione medica generale: il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale.

F. Relazione con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo: se c'è una storia di Disturbo Autistico o di altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, la diagnosi addizionale di Schizofrenia si fa soltanto se sono pure presenti deliri o allucinazioni rilevanti per almeno un mese (o meno se trattati con successo).

Classificazione di decorso longitudinale:

- Episodico Con Sintomi Residui Intercritici (gli episodi sono definiti dalla ricomparsa di sintomi psicotici rilevanti); specificare anche se: Con Sintomi Negativi Rilevanti
 - Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico
 - Continuo (sintomi psicotici rilevanti sono presenti per tutto il periodo di osservazione); specificare anche se: Con Sintomi Negativi Rilevanti
 - Episodio Singolo in Remissione Parziale; specificare anche se: Con Sintomi Negativi Rilevanti
- Episodio Singolo in Remissione Completa
- Modalità Diversa o Non Specificata
 - Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva.

Nella **schizofrenia** vengono identificati vari sottotipi:

- **paranoide**, il soggetto presenta rilevanti deliri o allucinazioni in un contesto di funzioni cognitive ed affettività preservate;
- **tipo disorganizzato**, il soggetto presenta un eloquio ed un comportamento disorganizzato;

- **tipo catatonico**, la cui manifestazione essenziale è un notevole disturbo psicomotorio che può comportare l'arresto motorio;
- **tipo indifferenziato e tipo residuo**.

Per quanto riguarda il trattamento della Schizofrenia, si deve innanzitutto dire che non esiste, ad oggi, una cura definitiva per questo disturbo, che rimane comunque gestibile e trattabile. In corso di episodio psicotico acuto, il primo intervento sarà sicuramente un ricovero ospedaliero e la presa in carico del paziente da parte dello staff infermieristico.

Il trattamento farmacologico risulta sicuramente come elettivo rispetto agli altri, prevede l'impiego di farmaci antipsicotici e di neurolettici in grado di risolvere i sintomi positivi della schizofrenia. I sintomi negativi e le relazioni interpersonali disturbate, tuttavia, sono molto meno influenzati dai farmaci e richiedono pertanto approcci di tipo psicosociale. Sembra che alcuni agenti antipsicotici atipici (di seconda generazione), come la clozapina, il risperidone e l'olanzapina abbiano un impatto migliore anche sulla costellazione dei sintomi negativi. Dopo che i sintomi psicotici sono stati stabilizzati con la farmacoterapia, si può tentare una psicoterapia di gruppo, impiegata spesso con i pazienti ospedalizzati. La terapia di gruppo si rivela utile alla costruzione nel paziente della fiducia interpersonale ed inoltre offre un gruppo di sostegno nel quale i pazienti possono discutere liberamente le loro preoccupazioni su argomenti come il modo di affrontare le allucinazioni uditive o di convivere con lo stigma della malattia mentale.

Altro approccio alla Schizofrenia consiste in un intervento psicoeducativo rivolto alle famiglie del paziente schizofrenico. Tale approccio aiuta i familiari a riconoscere i segni e i sintomi precursori della malattia, inoltre viene loro insegnato a ridurre le critiche e l'ipercoinvolgimento e vengono aiutati a capire come un programma farmacologico costante possa preservare un funzionamento ottimale e ridurre la possibilità di ricaduta. Gli interventi di riabilitazione psicosociale rivolti al paziente schizofrenico, invece, consentono una migliore gestione della malattia ed un miglioramento della qualità della vita.