



La Malattia mentale: *dalla diagnosi precoce alla cura*

Tra le tante psicopatologie o disturbi del comportamento che si riscontrano nella pratica clinica quotidiana alcuni si presentano in modo così complesso e multiforme tanto da compromettere, anche se non sempre permanentemente, il funzionamento familiare, lavorativo (o scolastico) e sociale della persona. Sono questi i disturbi più importanti in quanto più invalidanti per chi ne soffre e passano sotto il nome generico di "malattie mentali" o "psicosi" o "disturbi psicotici" o anche "disturbi psichiatrici". Si tratta di un insieme eterogeneo di patologie che associano una coorte di segni e sintomi che compromettono significativamente sia il modo di pensare, sia la sfera emotiva, sia pure le relazioni sociali. La più conosciuta di queste malattie mentali è la schizofrenia, ma accanto al nome più popolare se ne annoverano altri 8, meno noti, che possono allargarsi fino a più di 10, se si aggiungono anche alcuni tra i più invalidanti "disturbi dell'umore". E' difficile delineare le caratteristiche di un tipico "malato mentale" poiché sono presenti per lo più numerosi problemi che si combinano in vario modo, tanto che un caso può essere molto diverso dall'altro, data l'estrema variabilità delle manifestazioni emotive, cognitive e comportamentali di tali malattie. Ciò non di meno si riscontrano come caratteristiche ricorrenti nelle malattie mentali: convinzioni o idee strane in cui l'ammalato crede fermamente, mentre gli altri le considerano assurde e irreali (deliri) e visioni di cose che gli altri non vedono e non possono vedere, oppure audizioni di voci, rumori o suoni che gli altri non odono e non possono udire, oppure anche altre percezioni sensoriali non condivisibili (allucinazioni). Altre manifestazioni essenziali che accomunano molte malattie mentali sono le variazioni patologiche dell'umore, in direzione marcatamente depressiva, o in direzione dell'umore elevato, la disorganizzazione del linguaggio e del comportamento. La valutazione e la significatività di tali manifestazioni patologiche va riferita non solo in relazione alle altre persone della stessa condizione ed età, ma al funzionamento della stessa persona prima di contrarre la malattia.

COME CI SI AMMALA?

Non è possibile rispondere a tale domanda in modo definitivo ed esaustivo tuttavia recenti studi portano ad ipotizzare una origine multifattoriale, nel senso che molteplici fattori, non uno soltanto, possono determinare in una persona l'esordio della malattia. Secondo il modello cognitivo-comportamentale a carattere multifattoriale di Liberman e Falloon la malattia mentale si determina, e si mantiene, sulla base dell'interazione tra vulnerabilità psicobiologica, fattori stressanti ed abilità sociali deficitarie.

La vulnerabilità psicobiologica è una predisposizione in parte ereditaria, geneticamente trasmessa, ed in parte acquisita in seguito a traumi della nascita, malattie infettive o





virali, presenza di compromissioni neurologiche o neuropsicologiche, traumi cranici encefalici, privazioni fisiche o interpersonali. Probabilmente essa si associa ad alterazioni metaboliche di alcuni neurotrasmettitori (mediatori cerebrali) come la dopamina per le schizofrenie, gli ormoni tiroidei, la serotonina e la noradrenalina per i disturbi dell'umore. Inoltre è riferibile a caratteristiche osservabili quali la instabilità emotiva intesa come alta reattività allo stress, la facile comparsa di senso di frustrazione, l'eccessiva eccitabilità o "ipersensibilità" con tendenza ad avvertire facilmente minacce alla propria autostima e conseguentemente a sviluppare assunti disfunzionali sul sé ("sono un fallito") e a compensare gli insuccessi con ripetute fantasie di successo.

I fattori stressanti che possono scatenare una malattia mentale sono solitamente o di tipo biologico (ad esempio sostanze tossiche e droghe) o di tipo psicosociale. Gli *stressors* psicosociali sono quelli della vita quotidiana, protratti nel tempo, correlati al lavoro, alle relazioni sociali (continue critiche o comportamenti invadenti in ambito interpersonale) e all'ambiente familiare ("emotività espressa"). Altri *stressors* fanno riferimento agli eventi di vita come la morte di una persona cara, la bocciatura scolastica, la perdita del lavoro, l'innamoramento intenso o non corrisposto o la rottura di una relazione affettiva. Se tali fattori stressanti eccedono la soglia di resistenza individuale allo stress possono causare una malattia mentale a condizione che la persona possieda una alta vulnerabilità psicobiologica e contemporaneamente sia pure dotata di un basso repertorio di competenze sociali (abilità sociali deficitarie) di fronteggiamento delle situazioni problematiche incombenti.

Il riferimento ad un modello esplicativo sull'origine della malattia può essere utile sia per stabilire le strategie di intervento terapeutico, particolarmente in ambito psicologico, sia pure per formulare con maggior attendibilità la prognosi sia infine anche per tentare una diagnosi precoce conoscendo i fattori di rischio.

E' POSSIBILE FARE LA DIAGNOSI PRECOCE?

Oggi pare possibile tentare di individuare la schizofrenia o altre malattie mentali, prima che queste si manifestino in modo conclamato attraverso la tipica sintomatologia florida (caratterizzata per lo più da deliri e allucinazioni). Il vantaggio della diagnosi precoce è quello di poter intervenire tempestivamente ed in modo mirato influenzando così favorevolmente il decorso della malattia mentale, in alcuni casi bloccarlo prima della sua insorgenza. Le procedure di valutazione clinica indirizzate alla diagnosi precoce tengono prevalentemente in considerazione 3 classi distinte dei seguenti segnali indicatori per la cui detezione il diagnosta (psichiatra o psicoterapeuta) si serve del colloquio clinico con i soggetti a rischio ed i loro familiari, dell'osservazione sistematica comportamentale della persona valutata e di specifici esami psicometrici e questionari, estesi anche ai familiari.

La prima classe di segnali indicatori riguarda i segni premonitori osservabili nella fase prodromica. Infatti la maggior parte dei soggetti, prima di manifestare i sintomi inequivocabili della fase florida, attraversa, durante l'adolescenza o nella prima età adulta,





un periodo critico caratterizzato da vari segni premonitori che evolvono con modalità lenta e graduale. Tali segni prodromici, solitamente conseguenti ad un eventuale evento stressante di tipo perdita, fanno riferimento a: immotivato ritiro sociale, perdita di interesse nella scuola, nel lavoro o in altre attività prima coinvolgenti, deterioramento nell'igiene personale, nell'aspetto o nell'ordine, scoppi di rabbia incontrollata, comportamenti inusuali o strani, mancanza di continuità nel perseguire decisioni o impegni spontaneamente presi (cambiamento immotivato del corso di studi o del lavoro), impegno in iniziative o attività insolite o inutili, cambio repentino di abitudini, inadeguatezza nell'esprimere emozioni, discorsi strani e poco comprensibili, ostilità immotivata verso i familiari, difficoltà di concentrazione, preoccupazioni esagerata per la propria salute o convinzione di avere malattie fisiche senza un'accertata base organica, alterazioni del sonno, disordini alimentari (alimentazione irregolare, eccessiva o ridotta).

La seconda classe di possibili segnali indicatori fa riferimento ai "Sintomi di Base". Secondo il modello esplicativo cognitivo-comportamentale si ipotizza che la persona che ha maggior probabilità di sviluppare i sintomi psicotici abbia una vulnerabilità psicobiologica preesistente. Ora tale vulnerabilità può essere individuata attraverso determinati *markers* soggettivi di tipo fenomenologico presenti, anche per anni, in fase prodromica, ma raramente riferiti nell'ambito dell'esame psichiatrico convenzionale. Riguardano determinati sintomi dell'esperienza con carattere di disturbo e non osservabili dall'esterno come: la perdita del controllo e degli automatismi, certi disturbi della percezione, del pensiero, della memoria, della motricità e delle funzioni vitali, sovrabbondanza di stimoli, sfiducia e paura del futuro.

Sono questi diretta espressione del substrato neurobiochimico della malattia e sono considerati gli antecedenti delle allucinazioni, dei deliri e di una sofferenza più stabile nel senso che sia la sintomatologia florida, sia "i sintomi negativi", più ampi e maggiormente invalidanti, che permangono più a lungo, sorgono come reazione individuale a tali esperienze soggettive.

Infine tra i segnali premonitori si riscontrano quelli che possono essere raccolti dall'anamnesi familiare ed individuale. Considerata la probabilità statistica che hanno i figli di malati mentali a contrarre una qualche forma di psicosi, uno degli indicatori su cui basarsi nelle procedure di diagnosi precoce è la storia familiare associata a determinate caratteristiche relativamente stabili del soggetto evidenti in età infantile e/o adolescenziale. Queste caratteristiche ineriscono ad un comportamento anassertivo passivo (tradizionalmente definito timido), introversione, ipereccitabilità, deficit nella soluzione di problemi, difficoltà di fronteggiare eventi stressanti, presenza di compromissioni neurologiche. Inoltre un accertato disturbo schizoide, schizotipico o paranoide di personalità sono indici che, già di per sé, possono far prevedere un esito psicotico.

DALLA DIAGNOSI ALLA CURA





La diagnosi di malattia mentale è comunque sempre di esclusiva competenza dello psichiatra oppure dello psicoterapeuta alle cui professionalità i familiari faranno riferimento qualora colgano la presenza di caratteristiche che compromettano marcatamente il funzionamento sociale, scolastico o lavorativo di un loro congiunto. E' preferibile che la diagnosi sia specifica e precisa indicando la malattia mentale individuata e anche la sua gravità e la fase del decorso, se trattasi di schizofrenia vanno indicati anche i sottotipi. Vanno pure monitorate le abilità sociali conservate e quelle deficitarie. Il momento del referto diagnostico, compendio di un percorso clinico di valutazione personale, rappresenta anche uno strumento empatico e clinicamente utile che aiuta a dare un nome e un senso alle difficoltà di persone afflitte da grosse sofferenze psichiche. Il paziente, ed in certi casi anche i suoi familiari, ha comunque diritto a sapere di quale malattia soffre anche se le conclusioni diagnostiche cui il clinico è arrivato, vanno comunicate evitando di esprimere solamente 'una etichetta', ma curando di fornire anche informazioni sulla natura, le cause ed il decorso della malattia, sfatando comuni pregiudizi e correggendo eventuali conoscenze errate sulla malattia mentale. Solitamente la cura è sempre decisa solo dopo gli accertamenti diagnostici ed è sempre subordinata al loro esito. Il trattamento terapeutico delle malattie mentali secondo il modello di riferimento "stress/vulnerabilità" ha come obiettivo di porre l'individuo, in ogni momento della sua vita, in una condizione di equilibrio dinamico favorevole che possa evitargli di sviluppare la sintomatologia caratteristica e migliorare la qualità della sua vita relazionale. Si tratta quindi in primo luogo di incidere sulla vulnerabilità psicobiologica attraverso un adeguato e mirato trattamento farmacologico. Dal momento che i farmaci solitamente utilizzati modulano in parte tale predisposizione personale, agendo soprattutto sulla sintomatologia produttiva, ma non possono garantire pienamente un supporto nei confronti degli eventi stressanti risulta pertanto necessario, accanto al trattamento farmacologico, agire in direzione delle abilità sociali deficitarie e degli *stressors* ambientali. Pertanto da un lato la psicoterapia fornisce ai pazienti un repertorio articolato e flessibile di competenze sociali di tipo cognitivo e comportamentale, verbali e non verbali, adatto a risolvere problemi, fronteggiare gli *stressors* e comunicare abilmente a vari livelli con gli altri; dall'altro lato si procede nella diminuzione dell'incidenza dello stress ambientale attraverso interventi coinvolgenti la famiglia stessa, tramite incontri di "*parent training*" modificando le condizioni che possono determinare il rischio di ricaduta.

CHE COSA E' LA SCHIZOFRENIA?

criteri diagnostici

La schizofrenia è una malattia mentale che colpisce circa una persona su 100. Essa interferisce con il funzionamento del malato tanto da compromettere il suo modo di percepire la realtà, di pensare con chiarezza, di provare emozioni, di esprimersi e di comportarsi.





Tale compromissione si evidenzia in diverse situazioni della vita familiare, sociale e lavorativa (o scolastica).

Tra i sintomi caratteristici si riscontrano:

1. convinzioni o idee strane in cui l'ammalato crede fermamente, mentre gli altri le considerano assurde e irreali, questi sono i deliri
2. visioni di cose che gli altri non vedono e non possono vedere, oppure sentire voci, rumori o suoni che gli altri non odono e non possono udire, oppure sentire odori che altri non sentono e non possono sentire, queste sono le allucinazioni
3. difficoltà nel farsi capire in quanto l'ammalato usa parole strane o dice frasi incomprensibili, oppure può perdere il filo del discorso o anche passare da un discorso all'altro rendendo difficile la comunicazione a chi ascolta
4. comportamenti inusuali come ad esempio assunzioni di posture strane o inappropriate, rimanere immobili per molto tempo, oppure anche vestirsi in modo bizzarro, disordinato, fare stranezze, agire in modo disorganizzato nell'eseguire comuni attività quotidiane, senza una motivazione condividibile
5. inoltre: parlare molto poco, sentirsi vuoti senza emozioni e mostrare una mimica facciale spenta o rigida, iniziativa ed interessi molto ridotti nell'intraprendere e mantenere attività finalizzate ad uno scopo con evidente preferenza alla solitudine

La diagnosi di schizofrenia è di esclusiva competenza dello psichiatra oppure dello psicoterapeuta alle cui professionalità i familiari faranno riferimento qualora colgano la presenza di almeno due dei sintomi sopra descritti che compromettano marcatamente e per almeno 6 mesi il funzionamento sociale o lavorativo di un loro congiunto.

Le varie forma della schizofrenia

Pur presentando tratti comuni i malati schizofrenici, secondo un classificazione tradizionale, possono venire raggruppati in 5 sottotipi secondo la sintomatologia predominante al momento della visita, anche se la diagnosi di un particolare sottotipo può variare nel tempo.

1. Il tipo paranoide

evidenzia la presenza rilevante di deliri complessi e ben sistematizzati su temi prevalentemente persecutori o di grandiosità, ma possono ricorrere anche altre tematiche (relative al proprio corpo, di tipo religioso o di gelosia). Le allucinazioni uditive, se presenti, sono in sintonia con il contenuto dei deliri.





Altre caratteristiche sono forti manifestazioni d'ansia, rabbia, atteggiamento polemico e di superiorità.

I pazienti di questo tipo (25% dei casi) possono apparire eccessivamente sospettosi e diffidenti o dimostrarsi aggressivi.

L'esordio è solitamente più tardivo e la prognosi tende ad essere migliore di altre forme di schizofrenia

2. Il tipo disorganizzato (già ebefrenico)

presenta un linguaggio ed un comportamento prevalentemente disorganizzati e da una mimica facciale quasi spenta.

Il linguaggio risulta incomprensibile agli altri in quanto: le parole o le frasi sono messe insieme senza nesso logico (incoerenza) oppure le idee passano da un discorso ad un altro che non c'entra affatto (deragliamento), oppure la persona fornisce risposte non del tutto pertinenti alle domande (tangenzialità), oppure può sviluppare un discorso molto articolato con presenza di dati irrilevanti e solo alla fine completa il pensiero iniziale (circostanzialità), può infine interrompere bruscamente il discorso prima della conclusione (blocco mentale).

Il comportamento può compromettere gravemente l'esecuzione delle comuni attività quotidiane e manifestare stravaganze.

Le emozioni possono non essere congruenti con quanto viene espresso verbalmente.

Tale tipo esordisce solitamente in età più precoce e la prognosi tende ad essere la peggiore di altre forme di schizofrenia.

3. Il tipo catatonico

è caratterizzato da una prevalente compromissione psicomotoria. Possono essere presenti momenti di blocco motorio con rigidità posturale (catalessia) o mancanza di reattività (stupor), momenti di iperattività motoria senza scopo apparente, eccessivo negativismo e mutacismo con resistenza persistente agli stimoli esterni, movimenti bizzarri e ripetitivi, smorfie strane, ripetizione a papagallo di parole o frasi pronunciate da altri (ecolalia), ripetizione incontrollata di movimenti agiti da altri (ecoprassia). Tali manifestazioni possono essere pericolose per il malato e per le persone a lui vicine.





L'esordio è prevalentemente giovanile ed il decorso oscillante.

4. Il tipo indifferenziato

mostra i tipici sintomi della schizofrenia e non presenta caratteristiche rilevanti di tipo paranoide, disorganizzato o catatonico.

5. Il tipo residuo

è quel malato che ha presentato in passato almeno un episodio di schizofrenia, ma al momento della valutazione attuale non presenta sintomi positivi (deliri, allucinazioni e pensiero disorganizzato) rilevanti. Pur tuttavia si caratterizza per la presenza rilevante della sintomatologia negativa della schizofrenia, scarsamente rispondente a trattamento farmacologico, e consistente in caratteristiche cognitive e comportamentali deficitarie come ottusità affettiva, isolamento, mancanza di empatia, passività, apatia, mancanza di volizione, pensiero ripetitivo e rigido, comunicazione limitata, disabilità sociali e pratiche con conseguente difficoltà di integrazione sociale ed inserimento competitivo nelle relazioni interpersonali e nel lavoro.

PERCHE' CI SI AMMALA?

Le cause della schizofrenia

Non è possibile rispondere a tale domanda in modo definitivo ed esaustivo.

Un tempo si pensava che la schizofrenia fosse dovuta principalmente ad errori di comunicazione tra genitori e figli (teoria di Bateson del "doppio legame"). Secondo il prof. Fallon non ci sono prove che una scarsa capacità di comunicazione dei genitori causi la schizofrenia anche se l'ambiente dove una persona vive può aiutare o anche peggiorare la situazione del malato.

Recenti studi portano a definire la schizofrenia una malattia ad origine multifattoriale nel senso che molteplici fattori, non uno soltanto, possono determinare in una persona l'esordio della malattia.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale a carattere multifattoriale di Liberman e Falloon la schizofrenia si determina, e si mantiene, sulla base dell'interazione tra vulnerabilità psicobiologica, fattori stressanti ed abilità sociali deficitarie.





La vulnerabilità psicobiologica è una predisposizione in parte ereditaria ed in parte acquisita, probabilmente associata ad alterazioni metaboliche della dopamina (mediatore cerebrale). I fattori stressanti, provenienti prevalentemente dall'ambiente relazionale, se hanno superato la soglia individuale di vulnerabilità possono scatenare la schizofrenia in persone predisposte purché prive di adeguate abilità sociali di fronteggiamento dello stress.

Il riferimento ad un modello esplicativo sull'origine della malattia può essere utile sia per tentare una diagnosi precoce conoscendo i fattori di rischio, sia per stabilire le strategie di intervento terapeutico, particolarmente in ambito psicologico, sia pure per formulare con maggior attendibilità la prognosi.

Diagnosi precoce

E' possibile tentare di individuare la schizofrenia prima che questa si manifesti in modo conclamato attraverso la sintomatologia florida (caratterizzata da deliri e allucinazioni). Il vantaggio della diagnosi precoce è quello di poter intervenire tempestivamente ed in modo mirato influenzando così favorevolmente il decorso della schizofrenia, in alcuni casi bloccarlo prima della sua insorgenza.

Le procedure di valutazione clinica indirizzate alla diagnosi precoce tengono prevalentemente in considerazione 3 classi distinte di segnali indicatori per la detenzione dei quali il diagnosta (psichiatra o psicoterapeuta) si serve del colloquio clinico, dell'osservazione sistematica comportamentale e di specifici questionari ed esami psicometrici:

1. I segni premonitori osservabili nella fase prodromica

La maggior parte dei soggetti, prima di manifestare i sintomi inequivocabili della fase florida, attraversa, durante l'adolescenza o nella prima età adulta, un periodo critico caratterizzato da vari segni premonitori che evolvono con modalità lenta e graduale.

Tali segni prodromici solitamente fanno riferimento a: immotivato ritiro sociale, perdita di interesse nella scuola, nel lavoro o in altre attività prima coinvolgenti, deterioramento nell'igiene personale, nell'aspetto o nell'ordine, scoppi di rabbia incontrollata, comportamenti inusuali o strani, mancanza di continuità nel perseguire decisioni o impegni spontaneamente presi (cambiare lavoro o studio immotivatamente), intraprendere iniziative o attività insolite o inutili, cambio repentino di abitudini, inadeguatezza nell'esprimere emozioni, discorsi strani e poco comprensibili, ostilità immotivata verso i





familiari, difficoltà di concentrazione, preoccupazioni esagerata per la propria salute o convinzione di avere malattie fisiche senza un'accertata base organica, disturbi del sonno, disordini alimentari (alimentazione irregolare, eccessiva o ridotta).

Le procedure di diagnosi precoce richiedono interviste cliniche ai soggetti a rischio e ai loro familiari al fine di individuare la presenza di almeno 2 dei sintomi sopra indicati, possibilmente conseguenti ad un eventuale evento stressante, di tipo quotidiano (familiare, sociale e lavorativo) o di tipo evento di vita improvviso (perdita del lavoro, morte di una persona cara, fine di una relazione sentimentale).

2. I Sintomi-Base

Secondo un modello esplicativo dello sviluppo della malattia mentale che fa riferimento alla psicologia cognitivo-comportamentale si ipotizza che la persona che ha maggior probabilità di sviluppare i sintomi della schizofrenia abbia una vulnerabilità psicobiologica preesistente.

Tale vulnerabilità può essere individuata attraverso determinati *markers* soggettivi di tipo fenomenologico presenti, anche per anni, in fase prodromica e raramente riferiti nell'ambito dell'esame psichiatrico convenzionale. Riguardano determinati sintomi dell'esperienza con carattere di disturbo e non osservabili dall'esterno come: la perdita del controllo, e degli automatismi e certi disturbi della percezione, del pensiero, della memoria, della motricità e delle funzioni vitali, sovrabbondanza di stimoli, sfiducia e paura del futuro.

Sono diretta espressione del substrato neurobiochimico della schizofrenia e sono considerati gli antecedenti delle allucinazioni e dei deliri nel senso che la sintomatologia florida sorge come reazione individuale a tali esperienze soggettive.

3. L'anamnesi familiare ed individuale

Considerata la probabilità statistica che hanno i figli di schizofrenici a contrarre la malattia uno degli indicatori su cui basarsi nelle procedure di diagnosi precoce è la storia familiare associata a determinate caratteristiche relativamente stabili del soggetto evidenti in età infantile e/o adolescenziale.

Queste caratteristiche ineriscono a comportamento anassertivo passivo (tradizionalmente definito timido), introversione, ipereccitabilità, deficit nella soluzione di problemi, difficoltà di fronteggiare eventi stressanti, presenza di compromissioni neurologiche. Inoltre un accertato disturbo schizoide, schizotipico o paranoide di personalità sono indici che, già di per sé, possono far prevedere un esito schizofrenico.





Recenti studi portano a definire la schizofrenia, come anche altri importanti e complessi disturbi mentali, una malattia ad origine multifattoriale nel senso che molteplici fattori, non uno soltanto, possono determinare in una persona l'esordio della malattia.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale a carattere multifattoriale di Liberman e Falloon la schizofrenia si determina, e si mantiene, sulla base dell'interazione tra vulnerabilità psicobiologica, fattori ambientali stressanti ed abilità sociali deficitarie.

La vulnerabilità psicobiologica è una predisposizione in parte ereditaria ed in parte acquisita, probabilmente associata ad alterazioni metaboliche della dopamina (mediatore cerebrale). I possibili fattori di vulnerabilità fanno riferimento al patrimonio genetico, ai traumi perinatali, a malattie virali, traumi infantili, disfunzioni cerebrali solitamente frontali o deficit neuropsicologici (come ad esempio deficit attentivi, mnestici, prassici o dei tempi di reazione).

I fattori stressanti scatenanti, possono essere di tipo biologico (ad esempio le droghe) o di tipo psicosociale. Gli stressors scatenanti di tipo psicosociale sono quelli della vita quotidiana, protratti nel tempo, correlati al lavoro, alle relazioni sociali e all'ambiente familiare. Gli stressors familiari possono essere anche misurati in termini di "emotività espressa". Altri stressors, più gravi, fanno riferimento agli eventi di vita come la perdita del lavoro, la morte di una persona cara, l'innamoramento o la rottura di una relazione affettiva. Tali fattori stressanti se hanno superato la soglia individuale di vulnerabilità possono scatenare la schizofrenia o altra malattia mentale in persone predisposte, cioè vulnerabili, purché prive di adeguate abilità sociali di fronteggiamento dello stress.

Le teorie del pensiero di sinistra degli anni '60 sul marchio (o etichettamento) sociale hanno avuto una notevole influenza sull'uso delle diagnosi. Si sosteneva infatti che la psichiatrizzazione poteva essere la vera malattia, in quanto portava a immedesimarsi nel ruolo deprivante e stigmatizzato di paziente mentale. Il movimento dell'antipsichiatria ha giustamente messo in luce il fatto che fare o ricevere una diagnosi psichiatrica non dipende esclusivamente da un'obiettiva identificazione di segni e sintomi ma che si tratta anche di un processo sociale e politico. Tuttavia il movimento antipsichiatrico e i teorici dell'etichettamento sociale non hanno considerato la possibilità che la diagnosi possa rappresentare uno strumento empatico e clinicamente utile che aiuta a dare un nome e un senso alle difficoltà di persone afflitte da grosse sofferenze psicologiche (Sedgewick, 1982; Leff, 1993).

Studi più recenti portano a concludere che, diversamente da quanto sostenuto dai teorici di sinistra dell'"etichettamento", la diagnosi medica non porta necessariamente e inevitabilmente al declino sociale. Al contrario, sembra che l'accettazione della malattia possa corrispondere a esiti diversi, spesso migliori (Lin, Spiga e Fortsch, 1979; McEvoy, Aland e Wilson, 1981; Heinrichs, Cohen e Carpenter, 1985; McEvoy et al., 1989; Warner et al., 1989).





Le strategie di tipo comportamentale basate sul dare consigli e informazioni e sul migliorare le abilità sociali hanno rappresentato importi progressi.

Si sono dimostrate superiori in studi controllati randomizzati rispetto a:

- a) modalità di intervento tradizionali imperniate sul ricovero e sul follow-up territoriale (Stein e Test. 1980);
- b) trattamento neurolettico e colloqui con uno psichiatra (ogarty et al.. 1974);
- c) psicoterapia psicodinamica (Gunderson et 1984).

Al contrario, le ricerche sull'efficacia della psicoterapia psicodinamica hanno dato risultati deludenti (vedere la rassegna di Mueser e Berenbaum, 1990)

Le teorie psicoanalitiche mettono le componenti affettive al centro della loro visione delle psicosi. Secondo queste teorie, alla base delle psicosi c'è una sensazione centrale di insicurezza derivante da esperienze infantili negative e i sintomi psicotici originano in risposta a minacce emotive, mediante meccanismi come la proiezione paranoidea, la difesa maniacale o la scissione.

Dagli inizi degli anni '60 però le teorie psicoanalitiche sono in declino, per due ragioni principali:

- gli interventi terapeutici basati su di esse non si sono dimostrati efficaci (vedere Mueser e Berenbaum, 1990, per una rassegna);
- l'attenta disamina delle evidenze della letteratura scientifica ha portato a concludere che è improbabile che le interazioni disfunzionali all'interno delle famiglie siano la causa più importante dei disturbi psicotici (Hirsch e Leff, 1975).

(tratto da D.FOWLER,P.GARETY, E. KUIPERS, TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DELLE PSICOSI, Masson 1998)

