

SOS PSICHE

# Schizofrenia dalla A alla Z

**MANUALE PER CITTADINI,  
FAMILIARI E VOLONTARI**

**Serie di AUTO-AIUTO**

Hanno contribuito alla stesura, traduzione e correzione del testo PSICHE FRIULI e la sezione PSICHE2000 di Conegliano-Vittorio Veneto.

L'opuscolo viene distribuito nell'ambito delle associazioni che fanno parte del Comitato Promotore di SOS PSICHE.

Prima edizione: settembre 1996

© 1996 SOS PSICHE, PSICHE FRIULI - Disegni e testo non possono essere duplicati se non sotto espressa autorizzazione scritta ottenuta da PSICHE FRIULI, SOS PSICHE e dall'Istituto Nazionale Americano per la salute mentale. Si precisa che il copyright è applicato al solodocumento tradotto in Italiano; il testo in americano può essere liberamente distribuito.

L'opuscolo non è in vendita.

L'invio gratuito è subordinato al pagamento della quota sociale e/o all'avvio di campagne informative, di sensibilizzazione o promozionali.

# Introduzione

Dopo la pubblicazione dell'opuscolo "Schizofrenia: 6 importanti problemi", le associazioni PSICHE FRIULI e Psiche2000 di Conegliano (Tv) hanno collaborato a lungo per la stesura di questo importante volumetto sulla Schizofrenia.

Questa malattia è un vero e proprio problema sociale: colpisce in media l'un per cento della popolazione e l'individuo che ne è affetto crea numerosi problemi attorno a sé.

L'opuscolo è indirizzato a famiglie e volontari ed analizza con un linguaggio semplice gli aspetti della Schizofrenia. Lo scopo delle associazioni dei familiari è anche di dare una corretta informazione e spiegare ai parenti cosa è la malattia, quale è la possibile evoluzione e le cure.

Ringraziamo di cuore le persone che hanno collaborato:

- per la traduzione dell'opuscolo il Sig. Everardo Raimondi di Conegliano;
- l'Associazione Usa NAMI che ha fornito il materiale e in particolare Mr. D.J. Jaffe del gruppo FAMI di New York.
- l'Istituto Nazionale Americano per la Salute Mentale (NIMH), proprietario del testo in lingua americana – adattato in italiano da PSICHE FRIULI.
- per la stesura dell'opuscolo, la correzione e la supervisione il Sig. Amedeo Condotta (Psiche2000 di Conegliano) e il Sig. Alessandro Tuveri (PSICHE FRIULI del Friuli V.G.).



## Sommario

Premessa .....	7
CHE COSA È LA SCHIZOFRENIA? .....	9
IL MONDO DEGLI SCHIZOFRENICI .....	10
– Distorsione della realtà .....	10
– Allucinazioni .....	10
– Deliri .....	11
– Disturbi del pensiero .....	11
– Comportamento emotivo .....	12
– Normale o anormale .....	12
– Schizofrenia e sdoppiamento della personalità ..	13
– La schizofrenia è una malattia nuova? .....	14
– I bambini possono essere schizofrenici? .....	14
– E per quanto riguarda il suicidio? .....	15
QUALI SONO LE CAUSE DELLA SCHIZOFRENIA? ....	16
COME VIENE CURATA? .....	20
COSA SONO I TRATTAMENTI PSICOSOCIALI? .....	24
CI SONO ALTRE FORME DI CURA? .....	29
COME POSSONO ESSERE DI AIUTO GLI ALTRI? .....	31

QUALI SONO LE PROSPETTIVE? .....35

LE CAUSE: UNA IPOTESI INTERESSANTE .....37

## Premessa

Attualmente mentre si prevede che almeno tre milioni di americani si ammaleranno di schizofrenia nel corso della loro vita, già circa 100.000 pazienti schizofrenici sono ricoverati nei reparti degli ospedali pubblici in ogni giorno dell'anno. I trattamenti disponibili per la schizofrenia, pur se molto importanti nel fornire qualche sollievo alle sofferenze di molti degli ammalati, non sono ancora in grado di prevenire il normale ciclo di continue ricadute, con le ovvie pesanti conseguenze per la persona e la società.

La schizofrenia rimane, inoltre, un male poco conosciuto e largamente temuto dalla gente. Nel testo che segue vengono poste cinque domande fondamentali riguardo la schizofrenia:

- Cos'è la schizofrenia?
- Quali sono le cause?
- Come viene curata?
- Come possono gli altri dare un aiuto?
- Quali sono le previsioni per il futuro?

Questa piccola guida, oltre ad avere la giustificata pretesa di essere un manuale finalmente comprensibile e quindi accessibile dalla quasi totalità delle famiglie, è anche un documento di accusa verso un sistema - quello italiano - che basandosi esclusivamente sugli interventi psicosociali ha escluso le psicoterapie, alle quali si deve ricorrere in forma privata, ed altre forme di accoglimento per pazienti a medio-lungo degenza. Né ha saputo, a distanza di molti anni dalla approvazione della nuova normativa, colmare grosse lacune legislative e mancanza di strutture alternative all'ospedale psichiatrico.

Infine – lo diciamo con molto rammarico – mentre negli Usa la ricerca tutt'ora è indirizzata verso le cause biologiche, genetiche e biochimiche, ben poco si è fatto da noi per spronare gli studi in questo senso. Lo sapevate che il decennio 1990-2000 è dedicato agli studi del cervello?!?





## CHE COSA È LA SCHIZOFRENIA?

LA SCHIZOFRENIA è un termine usato per descrivere una complessa ed estremamente enigmatica condizione, la più cronica e disabilitante delle maggiori malattie mentali.

La schizofrenia può essere solo disturbo o l'insieme di più disturbi, con differenti cause. Stante la complessità della patologia e la pluralità di forme in cui si presentano i suoi sintomi, non sono molti gli elementi cui riferirsi per darne una definizione di carattere generale.

Se in un individuo si evidenziano improvvisamente gravi sintomi psicotici, si dice che soffre di schizofrenia *acuta*. Psicotico significa che ha perso il contatto con la realtà o che è incapace di separare le esperienze reali da quelle irreali. Alcune persone hanno un solo episodio psicotico; altre invece ne hanno molti nel corso della loro vita, ma conducono una esistenza relativamente normale nei periodi intermedi. L'individuo con schizofrenia *cronica* (continua o ricorrente), spesso non recupera interamente le proprie capacità funzionali e solitamente richiede un trattamento a lungo termine, inclusa di solito l'assunzione degli psicofarmaci per tenere sotto controllo i sintomi. Alcuni pazienti schizofrenici cronici non sono autosufficienti ed hanno bisogno di una assistenza continua.

All'incirca l'uno per cento della popolazione si ammala di schizofrenia nel corso della sua vita. Questo disturbo colpisce uomini e donne con uguale frequenza e le informazioni del presente opuscolo valgono in ambedue i casi. I primi sintomi di schizofrenia si notano spesso fra i dieci e i trent'anni negli uomini e fra i venti e i trentacinque anni per le donne.

Sintomi meno evidenti, come tendenza ad isolarsi, introversione, forme anormali di comunicazione, di ragionamento o di comportamento possono precedere e/o seguire i sintomi psicotici. Talvolta le perso-

ne mostrano sintomi psicotici, causati da altri mali non individuati. Per questa ragione durante la fase di ospedalizzazione è necessario venga redatta l'intera storia clinica e siano pure eseguite visite ed esami di laboratorio per individuare altre cause dei sintomi, prima di concludere che una persona è affetta da schizofrenia.

## IL MONDO DEGLI SCHIZOFRENICI

### Distorsione della realtà

Così come ogni individuo normale vede il mondo dal suo proprio punto di vista, anche lo schizofrenico ha una sua percezione della realtà. La sua visione del mondo, tuttavia, è spesso decisamente diversa dalla realtà vista e condivisa da quelli che lo circondano.

Vivendo in un mondo che può apparire contorto, mutevole e privo di quei punti di riferimento affidabili che ciascuno di noi usa per ancorarsi alla realtà, un individuo schizofrenico può sentirsi ansioso e confuso.

Questa persona può sembrare distante, distaccata o preoccupata e può anche star seduta rigida come una statua, senza muoversi per ore e senza emettere alcun suono. O può girare attorno senza fermarsi, sempre occupata, ben sveglia, attenta e vigilante. Uno schizofrenico può mostrare modi molto diversi di comportamento in tempi diversi.

### Allucinazioni

Il mondo di un individuo schizofrenico può essere pieno di allucinazioni; egli può percepire cose che in realtà non esistono, come udire voci che gli dicono di fare alcune cose, vedere persone o cose che in realtà non esistono, o sentire dita invisibili che toccano il suo corpo. Queste allucinazioni possono anche incutere timore. Udire voci che gli altri non

sentono è il più comune tipo di allucinazione schizofrenica. Tali voci possono descrivere le attività del paziente, fare una conversazione, mettere in guardia da pericoli imminenti o dirgli che cosa deve fare.

## Deliri

I deliri sono false convinzioni, che sfuggono alla ragione o all'evidenza critica e non fanno parte della cultura della persona. Sono comuni sintomi di schizofrenia e possono toccare ad esempio temi come la persecuzione, la grandezza, ecc.

Talvolta i deliri schizofrenici sono piuttosto bizzarri. La persona schizofrenica può credere, ad esempio, che un vicino stia controllando il suo comportamento con onde magnetiche o che qualcuno dallo schermo televisivo stia dirigendo speciali messaggi, indirizzati proprio a lui, o stia trasmettendo i suoi pensieri ad alta voce ad altra gente.

I deliri di persecuzione che sono comuni nella schizofrenia *paranoide*, sono costituiti da convinzioni false ed irrazionali, come ad esempio l'idea che qualcuno lo sta ingannando, tormentando o cospirando contro di lui o che un membro della famiglia o di un altro gruppo sia l'obiettivo della persecuzione immaginaria.

## Disturbi del pensiero

Spesso il pensiero della persona schizofrenica è affetto da disturbi. L'individuo può stare anche molte ore, senza essere in grado di "pensare correttamente". I pensieri vanno e vengono così rapidamente che non è possibile "afferrarli". La persona può essere incapace di concentrarsi su di un pensiero, per molto tempo, e può essere facilmente distratta, incapace di concentrare l'attenzione.

Lo schizofrenico può essere incapace di distinguere, in una determinata situazione, ciò che è importante da ciò che non lo è. La persona può essere incapace di ordinare i pensieri in una sequenza logica, ed

i pensieri possono diventare disordinati e frammentari, con un continuo e confuso passaggio da un argomento all'altro.

La mancanza di continuità logica, chiamata *pensiero illogico* può rendere la conversazione molto difficile e contribuire all'isolamento sociale. Se la gente non può comprendere ciò che una persona sta dicendo, è probabile che provi un certo senso di disagio e tenda a lasciare sola questa persona.

### Comportamento emotivo

Gli ammalati di schizofrenia assumono talvolta quello che viene chiamato un *atteggiamento improprio*. Ciò significa che mostrano emozioni che contrastano col proprio pensiero o discorso. Per esempio uno schizofrenico può dire di essere perseguitato dal demonio e poi ridere. Questo non deve essere confuso con il comportamento di una persona normale che, ad esempio, si mette a ridere confusamente dopo un piccolo incidente.

Spesso le persone affette da schizofrenia mostrano un atteggiamento chiuso o indifferente. Ciò è dovuto ad una grave riduzione nella capacità di esprimere emozioni. Un soggetto schizofrenico può non mostrare segni di normale emotività, magari usando un tono monotono di voce e riducendo l'espressione facciale.

Alcune persone con sintomi di schizofrenia mostrano anche stati di estrema *euforia* o *depressione*, e in tal caso è importante stabilire se si tratta di individui realmente schizofrenici oppure affetti da disturbi bipolari (manie depressive) o da altre forme depressive. Le persone che non possono essere esattamente catalogate sono talvolta diagnosticate come affette da disturbi schizoaffettivi.

### Normale o anormale

A volte anche individui normali possono sentire, pensare o agire in

modo schizofrenico. Spesso le persone normali non sono capaci di concentrarsi. Se devono ad esempio parlare in pubblico, diventano estremamente ansiose, si sentono confuse, non riescono nemmeno a mettere insieme i propri pensieri e si dimenticano anche quello che avevano intenzione di dire.

Così come la gente normale può fare occasionalmente cose strane, anche molte persone schizofreniche spesso pensano, sentono ed agiscono in modo normale. Fuorché nel nesso di uno stato di estremo disordine mentale, un individuo schizofrenico avrà un certo senso della realtà, rendendosi ad esempio conto che la maggior parte della gente mangia tre volte al giorno e dorme la notte.

Avendo perso il contatto con la realtà (che è uno dei modi di descrivere i sintomi psicotici della schizofrenia) non significa che un individuo sia totalmente in un altro mondo. Piuttosto, ci sono certi aspetti di questo suo mondo che non sono condivisi dagli altri e che sembrano non avere una base reale.

*Sentire delle voci* o avvertimenti che nessun altro può sentire non è una esperienza comune alla maggior parte della gente ed è chiaramente una distorsione della realtà, ma è solo una distorsione di una parte della realtà.

Una persona schizofrenica può perciò apparire del tutto normale per la maggior parte del tempo. (*ndr.* naturalmente questo modo di fare può trarre in inganno le persone normali e molti non riconoscono o non sanno che cosa è in realtà la schizofrenia...).

## Schizofrenia e sdoppiamento della personalità

È opinione diffusa che la schizofrenia sia la stessa cosa che lo sdoppiamento della personalità, cioè uno scambio di comportamenti tipo Dr. Jekyll e Mr. Hide. Questa *non* è una descrizione accurata e corretta della schizofrenia. Nella realtà, la doppia o multipla personalità è un disturbo completamente diverso e veramente molto raro.

## La schizofrenia è una malattia nuova?

Quantunque il termine schizofrenia non sia stato impiegato fino ai primi anni del ventesimo secolo, il disturbo è conosciuto da moltissimo tempo ed è stato presente in qualsiasi tipo di società. In quella occidentale la *pazzia* o *follia* non era considerata un problema di salute, fino agli inizi del diciannovesimo secolo.

A quell'epoca, un movimento inteso a fornire un trattamento più umano ai malati di mente, rese possibile che essi ricevessero le prime cure mediche su basi scientifiche. I malati mentali furono liberati dalle catene, rilasciati dalle prigioni e godettero di cure più appropriate. Successivamente vennero individuate diverse categorie di malattie mentali.

Agli inizi del ventesimo secolo la schizofrenia venne distinta dalla mania depressiva e furono individuate delle sottocategorie. Nel 1911 il Dott. Bleuler, uno psichiatra svizzero, usò per primo il termine *gruppo delle schizofrenie*. Nonostante il disaccordo fra studiosi su quali patologie si dovessero o meno includere in questo gruppo, da allora il termine è entrato nell'uso comune.

## I bambini possono essere schizofrenici?

I bambini al disopra dei cinque anni possono ammalarsi di schizofrenia però è molto raro che ciò si verifichi prima dell'adolescenza. Inoltre occorrono ancora ricerche per verificare la relazione tra le forme di schizofrenia che si manifestano nell'infanzia e quelle dell'adolescenza o della maturità.

Alcuni bambini che poi diventano schizofrenici possono anche sembrare diversi da altri bambini (per esempio disturbi psicomotori) che normalmente passano inosservati; i sintomi psicotici della schizofrenia (es. allucinazioni, deliri e incoerenze) si riscontrano raramente nei bambini.

## Gli schizofrenici possono diventare pericolosi?

Quantunque i mezzi di informazione tendano spesso ad associare malattia mentale e violenza criminale, gli studi dicono che se si prescinde dai soggetti con precedenti di violenza criminale prima della ospedalizzazione, i malati mentali nell'insieme *non sono più inclini* alla violenza della gente comune.

Vi sono alcuni studi in corso per affinare la nostra conoscenza delle diverse forme di malattia mentale per capire se alcuni gruppi sono più esposti di altri. Sicuramente la maggior parte degli schizofrenici non sono violenti; più ancora essi preferiscono farsi da parte ed essere lasciati soli. Alcuni pazienti in crisi possono diventare violenti fisicamente, ma tali manifestazioni sono diventate relativamente rare successivamente alla introduzione di programmi di trattamento più efficienti, incluso l'impiego di psicofarmaci. C'è un accordo generale nel fatto che i delitti più gravi non vengono commessi da soggetti schizofrenici e che la maggior parte di essi non commette crimini più violenti. (*ndr.* circa il delicato problema della violenza in ambito familiare, consultare anche l'opuscolo "Schizofrenia: 6 importanti problemi").

## E per quanto riguarda il suicidio?

Il suicidio è un effettivo pericolo potenziale per chi soffre di schizofrenia. Se una persona tenta di suicidarsi o manifesta l'intenzione di farlo, deve ricevere subito un aiuto adeguato. Gli affetti da schizofrenia mostrano di avere una maggior tendenza al suicidio se paragonati al resto della popolazione.

Sfortunatamente la previsione di suicidio da parte di un paziente schizofrenico può essere particolarmente difficile.

## QUALI SONO LE CAUSE DELLA SCHIZOFRENIA?

NON C'E' UNA SINGOLA CAUSA conosciuta della schizofrenia. Come si vedrà più avanti, sembra che i fattori genetici producano una vulnerabilità alla schizofrenia, insieme con i fattori ambientali che contribuiscono in modo diverso da individuo ad individuo.

Giusto come la personalità di alcun individuo è il risultato dell'interazione di fattori culturali, psicologici, biologici e genetici, anche l'alterazione della personalità che si verifica nella schizofrenia può derivare dalla somma di *differenti fattori*. Gli studiosi non sono d'accordo su di un particolare schema di instaurazione del disturbo. Non è stato ancora trovato un gene specifico; nessuna anomalia biochimica è stata provata quale responsabile; nessun evento scatenante sembra sufficiente, di per se stesso, ad ingenerare la schizofrenia.

### La schizofrenia si eredita?

È da molto tempo che la schizofrenia si presenta con maggiore frequenza in determinati nuclei familiari. I parenti prossimi di un paziente schizofrenico sono più esposti a contrarre la malattia di quanto non lo siano gli estranei.

I figli di un genitore schizofrenico, ad esempio, hanno ciascuno una probabilità di circa il 10 per cento di essere affetti dallo stesso disturbo. Nel confronto si tenga presente che il rischio di schizofrenia per la popolazione normale è di circa l'1 per cento.

Negli ultimi venticinque anni due tipi di studi sempre più sofisticati hanno dimostrato l'importanza del *fattore genetico* nello sviluppo della schizofrenia. Un primo gruppo di ricerche ha preso in esame l'inciden-



za del male fra gemelli identici o fraterni; l'altro ha messo a confronti famiglie biologiche ed adottive.

Recenti studi sui gemelli hanno confermato i risultati di precedenti rilevazioni, scientificamente meno rigorose. I gemelli identici (cioè geneticamente uguali), hanno generalmente un grado di *concordanza* con la schizofrenia, che non quelli fraterni (la cui uguaglianza genetica è limitata). Si verifica la *concordanza* quando ambedue i membri di una coppia gemella si rilevano schizofrenici. Quantunque gli studi su gemelli mostrino con convincente evidenza un'influenza del fattore ereditarietà sulla schizofrenia, il fatto che la suddetta concordanza fra gemelli identici sia solo del 40-60 per cento, suggerisce che al verificarsi dell'evento contribuisca anche qualche altro tipo di fattore ambientale.

Un secondo gruppo di studi è rivolto all'esame degli effetti dell'ereditarietà e dell'ambiente su bambini adottati. In Danimarca è stata condotta un'approfondita ricerca sullo stato di salute mentale di bambini di genitori schizofrenici dati in adozione. I risultati sono stati comparati con quelli di bambini, sempre in adozione, ma provenienti da genitori che non avevano precedenti di malattie mentali. Un confronto è stato fatto pure tra i livelli di disturbo mentale tra i parenti di due gruppi di adottati; uno certamente schizofrenico, l'altro senza precedenti di malattia mentale. I risultati di questi studi hanno indicato che la parentela biologica con un soggetto schizofrenico aumenta il rischio di contrarre la malattia, anche quando le persone interessate non abbiano avuto alcun contatto diretto tra di loro.

Questi studi indicano che la schizofrenia ha qualche base ereditaria, ma per conoscere quale sia l'effettiva entità di questa influenza genetica, sono necessari ulteriori ricerche. La maggior parte degli studiosi concordano nel ritenere che, ciò che può essere ereditata è la *vulnerabilità o predisposizione al male*; un potenziale ereditario negativo che, al verificarsi di altri fattori, può condurre alla schizofrenia. Questa predisposizione può essere dovuta ad una deficienza enzimatica o a qualche altra anomalia biochimica, a un lieve deficit neurologico oppure a qualche altro fattore o combinazione di fattori. Noi non com-

prendiamo ancora come la predisposizione genetica venga trasmessa e non possiamo prevedere esattamente se una determinata persona sarà affetta da schizofrenia. In alcuni individui il fattore genetico può risultare determinante in tal senso; per altri può essere relativamente ininfluenza.

### I familiari hanno delle colpe?

La maggior parte dei ricercatori concordano nell'affermare che i *rapporti familiari non possono causare la schizofrenia*. Nei decenni trascorsi c'era una certa tendenza da parte di alcuni operatori sanitari (*ndr.* militanti del movimento antipsichiatrico che ebbe il culmine in Italia con Basaglia) di incolpare i genitori per i disturbi dei loro figli.

Oggi questa deleteria abitudine è generalmente considerata sia poco corretta sia controproducente. Gli operatori sanitari cercano di favorire la partecipazione dei membri della famiglia al programma terapeutico e mostrano anche una più spiccata comprensione per il vero senso di oppressione e di isolamento che molte famiglie sperimentano nei loro tentativi di aver cura dei propri cari.

### La schizofrenia è causata da una carenza chimica?

Nonostante non sia stata individuata finora una causa neurochimica per la schizofrenia, le conoscenze di base riguardo la chimica del cervello e i suoi collegamenti con la schizofrenia si stanno ampliando rapidamente.

I *neurotrasmettitori*, sostanze che permettono i collegamenti fra le cellule nervose, sono sospettati da tempo di essere coinvolti nello sviluppo della schizofrenia. È anche possibile che la malattia sia associata con qualche squilibrio dei complicati ed interrelati sistemi chimici del cervello. Anche se non abbiamo ancora risposte definitive, questa area della ricerca è molto attiva e stimolante.

## La schizofrenia è causata da una anomalia fisica?

L'interesse in questo aspetto della ricerca è stato stimolato dallo sviluppo della TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), una specie di tecnica dei raggi-X per visualizzare le strutture del cervello in attività. Alcuni studi utilizzando questa tecnica indicano che i pazienti schizofrenici hanno più probabilità di presentare strutture cerebrali abnormi (per esempio l'allargamento delle cavità interne del cervello), rispetto a persone normali della medesima età. Va sottolineato che alcune delle anomalie segnalate sono piuttosto lievi. È stato anche riscontrato che queste anomalie non caratterizzano tutti i pazienti schizofrenici e non si presentano solo in soggetti schizofrenici.

Un ulteriore passo avanti è rappresentato dalla PET (Tomografia ad emissione di positroni). Diversamente dal sistema della TAC, che fornisce immagini della struttura cerebrale, la PET è un modo di misurare l'attività metabolica di aree specifiche del cervello, comprese quelle situate molto in profondità. Finora con la PET si sono fatte nel campo della schizofrenia solo ricerche di carattere preliminare, ma questa nuova tecnica, usata insieme ad altri tipi di esami, permette di fornire importanti informazioni riguardo la struttura e il funzionamento del cervello in attività.

Altre tecniche strumentali che possono migliorare la comprensione della schizofrenia sono quelle contraddistinte dalle sigle MRI (Risonanza magnetica), RCBI ed EEG (Elettroencefalogramma). La prima, la MRI, è una tecnica che consente precise misure della struttura cerebrale basata sugli effetti di un campo magnetico sulle diverse componenti del cervello. Questa tecnica viene talvolta indicata anche con la sigla NMR. La RCBF (regional cerebral blood flow) si ottengono immagini relativi al cervello durante il suo funzionamento: il soggetto inala un gas radioattivo ed in base alla sua comparsa nelle diverse aree si ottengono informazioni circa l'attività di alcune regioni durante le attività mentali. L'ultimo, l'EEG è una specie di esame delle onde cerebrali che traccia una mappa delle risposte del cervello, come reazione a diversi stimoli. Tutte queste nuove tecniche vengono usate per la ricerca e non sono quindi, si noti bene, forme di trattamento.

## COME VIENE CURATA?

Poiché la schizofrenia è una patologia complessa e le sue cause non sono ancora conosciute, gli attuali metodi per il trattamento sono basati tanto sulla ricerca clinica, quanto sull'esperienza. L'uno o l'altro approccio viene scelto in base alla sua capacità di alleviare i sintomi schizofrenici e diminuire le probabilità che si ripresentino. Numerose terapie e/o combinazioni di terapie si sono dimostrate utili ed altre ancora stanno per essere messe a punto.

Che cosa dire dei farmaci antipsicotici (o neurolettici)?

Gli antipsicotici, chiamati generalmente psicofarmaci, sono stati disponibili dalla metà degli anni cinquanta ed hanno notevolmente migliorato la situazione del paziente schizofrenico.

Questi farmaci riducono i sintomi psicotici della schizofrenia e normalmente fanno sì che il paziente si comporti in modo più razionale ed appropriato. Gli antipsicotici sono la miglior terapia attualmente disponibile, ma essi non curano la schizofrenia, ne assicurano che non ci saranno successivi episodi psicotici.

La scelta e il dosaggio della terapia possono essere fatti solo da un medico qualificato, con buona esperienza nel trattamento dei disturbi mentali. Il dosaggio deve essere effettuato in base alle esigenze specifiche di ogni paziente, poiché vi può essere una notevole differenza fra le quantità che è necessario somministrare a ciascun individuo, per riuscire ad attenuare i sintomi senza tuttavia ricorrere in effetti collaterali negativi.

Gli antipsicotici sono molto efficaci nella cura di certi sintomi schizofrenici (ad esempio le allucinazioni e i deliri): una grande maggioranza

za degli ammalati mostra un sostanziale miglioramento. Molti pazienti tuttavia non traggono molto beneficio da tale cura e una minoranza non sembra averne bisogno. È difficile prevedere quali pazienti ricadranno in questo gruppo e distinguerli da quella larga maggioranza che trae beneficio dalla terapia con antipsicotici.

Qualche volta i pazienti e le loro famiglie mostrano perplessità nei confronti di alcuni farmaci usati per curare la schizofrenia. In aggiunta alla preoccupazione per gli effetti collaterali (discussi in un'altra sezione di questo opuscolo), può sussistere il timore che queste medicine possano creare dipendenza. Gli antipsicotici tuttavia non danno eccitazione o una forte dipendenza fisica, come fanno invece certi altri farmaci.

Un altro equivoco relativo agli antipsicotici è che essi agiscano come una specie di controllo mentale. Gli antipsicotici non controllano i pensieri delle persone; invece essi aiutano il paziente a distinguere la differenza tra sintomi psicotici e il mondo reale. Questi farmaci possono ridurre le allucinazioni, l'agitazione, la confusione, le distorsioni e i deliri, consentendo così all'individuo schizofrenico di decidere in modo più razionale.

È la schizofrenia, invece, che in realtà sembra prendere il controllo della mente e della personalità del paziente, mentre gli antipsicotici possono aiutare la mente a liberarsi dai suoi sintomi e consentono di pensare più lucidamente e prendere decisioni più corrette.

Mentre alcuni pazienti che assumono questi farmaci possono effettivamente provare un senso di intontimento e perdere l'espressività, gli antipsicotici usati in dosi appropriate per il trattamento della schizofrenia non danno impoverimento della personalità.

Spesso con un monitoraggio accurato il dosaggio di un farmaco può essere ridotto in modo da eliminare gli effetti indesiderati. C'è un nuovo *trend* in psichiatria, inteso a favorire l'individuazione e l'uso della più piccola quantità di farmaco che consenta allo schizofrenico una vita relativamente normale, senza il timore di ricadute.

## Per quanto tempo vanno assunti gli antipsicotici?

I farmaci antipsicotici riducono anche il rischio di futuri episodi psicotici in pazienti ricoverati. Dei pazienti che, dimessi da un ospedale proseguono la loro terapia farmacologica, circa il 40 per cento potrà soffrire di recidive entro due anni. Peraltro, questo dato appare favorevole quando paragonato con l'80 per cento di recidive nel caso di trattamento interrotto.

Spesso dire che il prolungare l'assunzione dei farmaci previene le ricadute, non è corretto: piuttosto ne riduce la frequenza. La cura di sintomi psicotici gravi generalmente richiede dosaggi più alti di quelli impiegati per la terapia di mantenimento. Se i sintomi riappaiono con un dosaggio più basso un temporaneo aumento dello stesso può prevenire una ricaduta improvvisa.

Taluni pazienti possono negare di aver bisogno di farmaci e conseguentemente interrompere l'assunzione in base al proprio giudizio o al consiglio di altri. Questa è una situazione tipica di aumento del rischio di recidiva (anche se non è detto che i sintomi compaiano immediatamente). Può essere estremamente difficile convincere certi schizofrenici del fatto che essi continuano ad aver bisogno dei farmaci, particolarmente perché alcuni, in un primo momento possono sentirsi meglio. Per i pazienti inaffidabili nel rispetto delle prescrizioni può essere conveniente la soluzione costituita da iniezioni ad effetto prolungato. I pazienti schizofrenici non devono interrompere la terapia antipsicotica senza benessere ed assistenza medica.

## E per quanto riguarda gli effetti collaterali?

Gli antipsicotici, praticamente come tutte le medicine, hanno degli effetti indesiderati insieme con quelli benefici. Durante la prima fase di una terapia i pazienti possono essere disturbati da effetti collaterali, come sonnolenza, irrequietezza, spasmi muscolari, tremiti, secchezza orale ed offuscamento della vista. Gran parte di questi inconvenienti possono essere corretti riducendo le dosi, oppure essere controllati

con altri farmaci. Ciascun paziente reagisce in modo diverso al trattamento ed anche gli effetti collaterali possono variare. Un paziente può trovarsi meglio con una terapia che con un'altra.

Gli effetti collaterali a lungo termine di un farmaco psicotico possono porre problemi considerevolmente più seri. La discinesia tardiva (DT) è un disturbo caratterizzato da movimenti involontari, spesso interessanti la bocca, le labbra, la lingua e talvolta il tronco o altra parte del corpo. Ciò si verifica generalmente in circa il 15-20 per cento dei pazienti ai quali vengono somministrati i farmaci antipsicotici per molti anni, ma la discinesia può verificarsi anche in pazienti che sono stati curati con tali medicine per periodi più brevi di tempo. Nella maggior parte dei casi i sintomi sono modesti e il paziente può anche non rendersi conto dei movimenti.

Il confronto rischi-benefici è una considerazione estremamente importante in ogni genere di trattamento della schizofrenia. In questo contesto il rischio di discinesia, quantunque preoccupante possa essere, deve essere accuratamente valutato in confronto al rischio di continue ricadute che possono invalidare gravemente gli sforzi del paziente di reinserirsi nella scuola, nel lavoro, in famiglia e nella comunità. Per i pazienti nei quali insorge la discinesia l'uso dei farmaci deve essere riesaminato. Recenti ricerche suggeriscono tuttavia che tale patologia, una volta considerata irreversibile, spesso migliora anche quando i pazienti continuano ad assumere gli antipsicotici.

## COSA SONO I TRATTAMENTI PSICOSOCIALI?

I farmaci antipsicotici si sono rivelati determinanti nell'alleviare i sintomi psicotici schizofrenici come le allucinazioni, i deliri e l'incoerenza, ma non eliminano tutti i sintomi della malattia. Anche quando i pazienti schizofrenici sono relativamente liberi da stimoli psicotici, molte volte hanno ancora grandi difficoltà a stabilire e mantenere relazioni con gli altri.

Inoltre, poiché di frequente in tali pazienti la malattia inizia durante gli anni critici, nei quali si impara un mestiere o si inizia una carriera (dai 18 ai 35 anni) è improbabile che si riescano a completare l'addestramento necessario per svolgere un lavoro qualificato. Ne deriva che molti soggetti schizofrenici non solo denunciano difficoltà di pensiero o emozionali, ma risultano carenti anche sul piano sociale e lavorativo.

È proprio nei confronti di questi problemi psicologici, sociali ed occupazionali che i trattamenti *psicosociali* sono di maggiore aiuto. In genere l'approccio psicosociale ha limitato valore per i pazienti psicotici acuti, quelli cioè che hanno perso il contatto con la realtà o hanno gravi allucinazioni o deliri, ma possono essere utili per coloro che hanno sintomi meno rilevanti o quelli i cui sintomi psicotici sono sotto controllo.

Sono disponibili molte forme di terapia psicosociale per i pazienti affetti da schizofrenia e la maggior parte si pongono come obiettivo il miglioramento del comportamento sociale del paziente, sia in ospedale che nella comunità, a casa o sul lavoro.

Alcune di queste soluzioni sono descritte in questa sezione; sfortunatamente la disponibilità di diverse forme di trattamento varia grandemente da posto a posto.



## Riabilitazione

In linea di massima la riabilitazione comprende un vasto gruppo di interventi *non sanitari* per coloro che soffrono di schizofrenia. Nei programmi di riabilitazione l'accento è posto sull'addestramento sociale e professionale, per aiutare i pazienti e gli ex-pazienti a superare le difficoltà in questi due campi.

I programmi possono comprendere argomenti come: consulenza nella scelta di una attività, addestramento al lavoro, capacità di risolvere i problemi e maneggiare denaro, uso dei mezzi di trasporto pubblico e rieducazione sociale. Questi indirizzi sono importanti per la riuscita globale del trattamento della schizofrenia, centrato sulla comunità, perché consentono di dare ai pazienti dimessi la preparazione per condurre una vita attiva, al di fuori dell'ambito protettivo di un ospedale per malati mentali.

## Psicoterapia individuale

La psicoterapia individuale prevede delle conversazioni regolarmente programmate tra il paziente ed un *professionista* della salute mentale (*ndr.* l'attività richiede in Italia l'iscrizione ad un apposito albo professionale) come ad esempio psichiatri e psicologi. Queste conversazioni devono incentrarsi su problemi presenti e passati, esperienze, pensieri, sentimenti e relazioni.

Gli individui schizofrenici possono, nel corso dei colloqui nei quali discutono con una persona preparata e comprensiva, arrivare a comprendere di più se stessi e i loro problemi. Essi possono anche imparare a distinguere la realtà da ciò che è irreal e distorto.

Recenti studi portano a ritenere che una terapia di sostegno, attenta agli aspetti reali, dia più beneficio al paziente esterno (non ricoverato) di quanto possa averne dalla maggior parte della psicoanalisi classica o psicoterapia di introspezione. Da uno studio su larga scala è risultato che i pazienti curati con una psicoterapia orientata verso l'adat-

tamento alla realtà e alla capacità di gestire normali rapporti interpersonali, generalmente si comportano altrettanto bene se non meglio di quelli sottoposti ad una più frequente ed intensiva terapia analitica.

### Terapia familiare

Di norma la terapia in famiglia comprende il paziente, i genitori o il coniuge e un terapeuta. Fratelli e sorelle, figli ed altri pazienti possono essere coinvolti. Gli scopi variano ed il fatto di incontrarsi in un gruppo dà modo ai vari membri della famiglia ed al terapeuta di conoscere i rispettivi punti di vista.

Inoltre può aiutare nella pianificazione del trattamento, come ad esempio nella dimissione dall'ospedale, e nell'attribuzione di compiti ai diversi componenti della famiglia nel programma terapeutico. La terapia familiare può anche fornire al terapeuta il modo di offrire alla famiglia, in caso di crisi, il necessario aiuto materiale e morale.

Molto spesso i pazienti vengono scaricati dagli ospedali direttamente nelle famiglie così è importante che i membri della stessa si facciano una idea precisa della schizofrenia e si rendano conto delle difficoltà e dei problemi connessi con tale malattia. È inoltre importante che i membri della famiglia conoscano i modi per minimizzare la probabilità di future ricadute e siano a conoscenza dei diversi tipi di servizi per pazienti esterni disponibili dopo l'ospedalizzazione.

### Terapia di gruppo

Una seduta di terapia di gruppo solitamente coinvolge un piccolo numero di pazienti (6-12 unità) e uno o più terapeuti esperti. Qui l'obiettivo è l'apprendimento dell'esperienza degli altri, la verifica delle proprie percezioni rispetto a quelle degli altri e la correzione delle distorsioni e delle incongruità nel comportamento interpersonale, grazie alla colla-

borazione degli altri membri del gruppo. Questa forma di terapia può essere più efficace dopo che i sintomi si sono un po' attenuati ed i pazienti sono usciti dalla fase psicotica acuta della malattia, dato che in tali condizioni essi sono spesso troppo disturbati ed incoerenti per trarne profitto.

Più tardi quando il paziente sta cominciando a recuperare, la sua partecipazione al gruppo di terapia può essere spesso di aiuto nel prepararlo ad affrontare la vita comune.

### Gruppi di auto-aiuto

Un altro tipo di gruppo che sta diventando sempre più comune è quello di mutuo aiuto o sostegno. Quantunque non siano gestiti da terapisti di professione, i gruppi in questione sono terapeutici in quanto i loro membri, di solito ex-pazienti o familiari di persone schizofreniche, si scambiano una continua e mutua assistenza, così da non sentirsi soli di fronte ai problemi che si trovano a dover risolvere.

Questi gruppi svolgono anche un'altra funzione importante. Le famiglie, grazie alla loro unione, possono acquisire quella forza indispensabile per riuscire a portare avanti con la necessaria efficacia le richieste per nuovi studi e ricerche e più adeguati programmi per il trattamento nell'ospedale o in comunità. Gli stessi ex-pazienti come gruppo possono essere più adatti per trasmettere il messaggio ed anche per attirare la pubblica attenzione sugli altri e le discriminazioni cui sono soggetti i malati di mente.

Famiglie, comunità terapeutiche e gruppi di sostegno sono ora molti attivi e forniscono utili informazioni ed assistenza ai pazienti ed alle famiglie con malati di schizofrenia ed altri disturbi mentali.

Negli Stati Uniti, la NAMI (National Alliance for Mentally Ill, lega Nazionale dei malati di mente) è composta prevalentemente da familiari; alla fine del 1985 erano già 550 e da allora sono aumentati al ritmo di 150-200 gruppi l'anno. La NMHA (National Mental Health Association)

che è la maggiore e più vecchia organizzazione non governativa di volontariato, si occupa di tutti gli aspetti della malattia mentale e della prevenzione. La NMHCA (National Mental Health Consumer's Association, associazione degli utenti per la salute mentale) che è ormai una rete di organizzazioni di mutuo aiuto sparse in tutto il Paese, conta ora circa 150 affiliate.

### L'ospedalizzazione

Il ricovero prolungato è ora molto meno comune che non 20 o 30 anni fa, quando negli Stati Uniti vi erano circa 300.000 pazienti schizofrenici ospitati in Istituti Psichiatrici statali o regionali. Nonostante questa tendenza una minoranza di malati sembra ancora aver bisogno di essere ricoverata per lungo tempo. Per molti pazienti la permanenza prolungata in ospedale non è raccomandabile perché- in essi aumenta la dipendenza dalle cure istituzionali, mentre diminuiscono i contatti sociali con la famiglia, i conoscenti e la comunità.

Ricoveri brevi in strutture con personale adeguato possono invece dare al paziente il necessario sollievo da situazioni stressanti, fornire una atmosfera protettiva al paziente agitato, consentire di ricominciare o di mettere a punto la terapia farmacologica ed anche ridurre la pressione sulla famiglia.

Molte persone schizofreniche possono ricavare beneficio da una ospedalizzazione parziale (diurna o notturna), da un trattamento periodico (andando regolarmente in una clinica o in un centro) o vivendo in strutture intermedie progettate per aiutare il paziente a superare il distacco tra una vita di 24 ore in ospedale e quella autonoma nella comunità.

## CI SONO ALTRE FORME DI CURA?

### Elettroshockterapia (ECT) e come insulinico

Queste due forme di trattamento oggi sono usate raramente nella cura della schizofrenia. In situazioni particolari, tuttavia, l'ECT può essere utile. Può essere di aiuto, ad esempio, se nel corso di un episodio schizofrenico interviene una grave crisi depressiva (*ndr*: l'ECT praticato tutt'oggi non può essere paragonato a quello descritto in alcuni films come *Il nido del cuculo*; per una corretta informazione su questa terapia, non esente da contestazioni, chiedere documenti a PSICHE FRIULI).

Il *coma insulinico* ormai non viene praticamente impiegato per il fatto che sono disponibili altri metodi più efficaci di cura, con minor potenziale di serie complicazioni.

### Psicochirurgia

La lobotomia, un intervento al cervello un tempo praticato in alcuni pazienti sofferenti di schizofrenia cronica, ora viene impiegato solo molto raramente. Ciò a causa di seri ed irreversibili cambiamenti di personalità che l'operazione può indurre ed anche per il fatto che si possono ottenere risultati decisamente migliori con procedimenti meno drastici e rischiosi.

### Vitamine in dosi massicce

Un'adeguata igiene generale, comprendente una dieta ed un idoneo esercizio fisico sono importanti per una buona salute. Studi molto attendibili hanno dimostrato che l'aggiunta di una grande quantità di vitamine alla dieta e standard di cura non migliora significativamente il

trattamento della schizofrenia. Inoltre, quantunque le vitamine siano facilmente ritenute innocue, ricerche sui loro effetti collaterali hanno fatto nascere il sospetto che dall'uso eccessivo di queste sostanze possano derivare conseguenze tutt'altro che positive. L'affidamento su alte dosi di vitamine nel trattamento della schizofrenia non è quindi scientificamente giustificato e presenta anzi qualche rischio.

### Emodialisi

Qualche rapporto preliminare dal quale appariva che alcuni pazienti schizofrenici sembrano migliorare in seguito ad emodialisi, un trattamento per la depurazione del sangue, usato in certe disfunzioni renali, aveva destato grande attenzione. Tuttavia numerosi studi più recenti ed accurati hanno stabilito che il procedimento non ha alcun benefico effetto sui sintomi della schizofrenia. Il peso dell'evidenza scientifica indica ora che l'emodialisi non è utile nella cura della schizofrenia.

*(ndr.: PSICHE FRIULI ha svariati documenti su tutti i tentativi di cura effettuati, più o meno efficaci alla luce degli ultimi studi, oltre a quelli elencati in questa piccola sezione).*

## COME POSSONO ESSERE DI AIUTO GLI ALTRI?

L' AIUTO PER I PAZIENTI SCHIZOFRENICI può senz'altro provenire da diverse fonti, a cominciare dalla famiglia per proseguire poi con i servizi per la salute mentale, sia residenziali, sia esterni; gli operatori sociali; gli amici e i colleghi; i consulenti di vario genere; le Chiese e le sinagoghe e così via. Dato che la maggior parte dei pazienti vive nelle proprie famiglie, nel prosieguo verrà usato generalmente il termine *famiglia*; tuttavia ciò non vuol significare che le famiglie debbano essere il solo e principale elemento di questo sodalizio.

Sono molte le situazioni nelle quali i pazienti possono usufruire dell'aiuto che si rende così disponibile. Prima di tutto per i pazienti che non ammettono di essere ammalati, la famiglia e gli amici devono assumere un ruolo attivo nel far sì che siano visti ed esaminati da un professionista.

Spesso un soggetto schizofrenico che si oppone al trattamento, crede che deliri e allucinazioni siano la realtà e che l'assistenza psichiatrica non sia affatto necessaria.

Poiché le leggi relative al ricovero forzato sono diventate molto severe, la famiglia e le organizzazioni della comunità possono sentirsi frustrate nei tentativi di fare in modo che un individuo gravemente malato abbia il necessario aiuto (*ndr*: in alcuni stati degli Usa sono già state approvate alcune leggi per modificare il trattamento obbligatorio e PSICHE FRIULI in Italia promuove cambiamenti alla legge 180).

Negli Stati Uniti le leggi variano da stato a stato, ma generalmente i soggetti che sono pericolosi a sé o agli altri, a causa di disordini mentali, possono essere sottoposti – con l'intervento della polizia – ad una visita psichiatrica di emergenza e venire ricoverati in ospedale. In qualche caso anche un incaricato di un Centro di Salute Mentale della loca-

le comunità può valutare le condizioni di salute del soggetto, direttamente a casa sua, se questi non vuole farsi ricoverare volontariamente per il trattamento.

Talvolta solo la famiglia o qualche altra persona vicina al paziente può essere a conoscenza degli strani comportamenti o delle idee assurde che il paziente manifesta. Inoltre, nel caso in cui i pazienti schizofrenici non diano spontaneamente tali informazioni durante i colloqui, i membri della famiglia o gli amici dovrebbero chiedere di parlare con la persona che esamina il paziente, per fornire tutte le informazioni necessarie.

Altro aspetto importante per garantire la cura del malato è che lo stesso continui il trattamento dopo l'uscita dall'ospedale. I pazienti possono interrompere l'assunzione dei farmaci o non seguire più la terapia prescritta, esponendosi così ad un quasi sicuro ritorno dei sintomi psicotici. Incoraggiare ed assistere il paziente perché prosegua il trattamento è una cosa di primaria importanza per il suo ristabilirsi dalla malattia.

Senza il trattamento qualche paziente schizofrenico diventa così psicotico ed incoerente da non riuscire più a far fronte alle sue esigenze fondamentali, come: mangiare, vestirsi, ripararsi. Troppo spesso gli individui con gravi malattie mentali come la schizofrenia finiscono sulla strada o in prigione, dove ben difficilmente possono ricevere i trattamenti di cui abbisognano.

Coloro che sono a contatto con gli schizofrenici sono spesso incerti sul modo di comportarsi quando i pazienti fanno delle affermazioni che sembrano strane e del tutto false. Ma per il malato queste convinzioni o allucinazioni sono assolutamente vere, non fantasie immaginarie. I familiari o gli amici in queste situazioni – invece di seguirlo nei suoi discorsi deliranti – possono dirgli che loro non vedono le cose allo stesso modo o non sono d'accordo con le sue conclusioni, magari ammettendo che le cose possono sembrare così solo al paziente (*ndr.* per maggiori informazioni si rimanda la lettura dell'opuscolo di SOS PSICHE *Disturbi Neurobiologici*).



Può essere utile per coloro che conoscono bene il paziente annotare quali sono i sintomi che si presentano, quali farmaci (comprese le dosi) sono stati assunti, quale effetto abbiano avuto i diversi trattamenti; conoscendo come sono andate le cose in precedenza, i familiari risultano più preparati in futuro a decidere su come comportarsi.

Le famiglie possono essere anche in grado di individuare qualche *segno premonitore* di potenziale recidiva (come un accentuato estraneamento o un cambiamento nell'andamento del sonno), meglio e prima che gli stessi pazienti. Così se le psicosi si ripresentano vengono avvertite prima e con un trattamento più tempestivo può essere prevenuta una ricaduta improvvisa. Inoltre, conoscendo qualche farmaco sia stato di aiuto in precedenza e quale invece abbia dato fastidiosi effetti collaterali la famiglia può essere in grado di aiutare coloro che curano il paziente a trovare più rapidamente la terapia appropriata.

Oltre che ad attivarsi per la ricerca di aiuti, la famiglia, gli amici e le comunità terapeutiche possono fornire sostegno ed incoraggiamento alle persone schizofreniche nel loro sforzo per recuperare le proprie capacità. È importante che gli obiettivi prefissati siano all'effettiva portata del paziente, in quanto se lo stesso si sente sotto pressione e/o ripetutamente criticato dagli altri, può sperimentare molto probabilmente uno stress in grado di provocare un peggioramento dei sintomi.

Come ciascun altro, la persona schizofrenica ha bisogno di sapere se sta facendo e cose nel modo giusto. Un approccio positivo può essere più utile e forse anche più efficace, a lungo termine, che non uno critico; ciò vale per tutto coloro che hanno a che fare con i pazienti schizofrenici.

Una domanda frequentemente posta dalle famiglie e dagli amici è quella relativa agli stupefacenti (*ndr: vedasi anche l'opuscolo di SOS PSICHE Schizofrenia: 6 importanti problemi*). Poiché taluni di coloro che si drogano possono mostrare sintomi simili a quelli tipici della schizofrenia, capita che persone schizofreniche vengano accusate di essere tossicodipendenti. Per aiutare a capire le cause del comportamento del paziente, si possono far esaminare dei campioni di sangue o

di urina, in ospedale o in laboratorio, al fine di individuare l'eventuale presenza di stupefacenti.

La maggior parte dei ricercatori non ritengono che i soggetti schizofrenici possano sviluppare i loro sintomi a causa della droga, mentre è certo che coloro che sono affetti da tale malattia reagiscono particolarmente male all'assunzione di certi stupefacenti. Gli stimolanti (come le anfetamine e cocaina) possono causare gravi problemi ai pazienti schizofrenici e così pure altre droghe meno pesanti (marijuana, ecc.). In pratica alcuni pazienti presentano un peggioramento dei propri sintomi quando consumano questo tipo di droga.

I pazienti schizofrenici possono anche abusare dell'alcool o di altre sostanze, in un tentativo di attenuare i propri sintomi o per qualche altra ragione. Ciò può provocare ulteriori problemi che richiedono un trattamento più articolato. Tali pazienti possono essere aiutati da una terapia combinata comprendente oltre ai farmaci la riabilitazione e la psicoterapia, oltre ad altri trattamenti specifici per le sostanze di cui è stato fatto abuso.

## QUALI SONO LE PROSPETTIVE?

LA PROGNOSE PER GLI AMMALATI di schizofrenia è migliorata negli ultimi 25 anni. Anche se non è stata ancora individuata una terapia completamente efficace, va tenuto presente che molti pazienti schizofrenici migliorano tanto da poter condurre una vita indipendente ed accettabile.

Quanto più noi veniamo a sapere riguardo le cause ed il trattamento della schizofrenia, tanto meglio saremo capaci di aiutare un sempre maggior numero di ammalati ad ottenere risultati soddisfacenti.

Studi condotti seguendo i pazienti schizofrenici per un lungo periodo, dai primi sintomi fino alla vecchiaia, dimostrano che è possibile un ampio ventaglio di risultati. Un riscontro sulla storia clinica di almeno 2.000 pazienti indica che il 25 per cento guariscono completamente, il 50 per cento recuperano almeno parzialmente ed il restante 25 per cento richiedono ricoveri di lunga degenza. Quando vengono esaminati grandi gruppi di pazienti si rileva che certi fattori – ad esempio una storia precedente all'inizio della malattia, di normale comportamento sociale, scolastico e lavorativo – tendono ad essere associati con una migliore riuscita delle cure.

Tuttavia il nostro attuale livello di conoscenza non permette ancora una attendibile previsione degli esiti a lungo termine.

Lo sviluppo di una molteplicità di metodi di cura e di strutture è di cruciale importanza perché i pazienti schizofrenici hanno bisogno di una grande varietà di trattamenti. In particolare, migliori soluzioni alternative sono necessarie per colmare la distanza tra i relativamente non intensivi trattamenti offerti in cliniche per pazienti esterni (non ricoverati) ed il trattamento più controllato (supervisione del paziente) fornito dagli ospedali.

Con una grande varietà di strutture disponibili, gli specialisti della salute mentale saranno in grado di mettere a punto la terapia più adatta alle diverse esigenze di ogni caso. Alcuni pazienti richiedono costante cura ed attenzione, mentre altri hanno più bisogno di un posto dove imparare ad agire in modo più indipendente, senza continua supervisione.

Data la complessità della schizofrenia è improbabile che le maggiori domande, riguardanti questo male, che non hanno ancora trovato risposta – cioè le sue esatte cause, la sua prevenzione, il trattamento – possano avere risposte nel prossimo futuro.. La gente deve guardarsi da coloro che offrono la " cura sicura per" o "la causa sicura della" schizofrenia.

Affermazioni di questo tipo possono ingenerare aspettative irrealistiche, che quando poi non vengono soddisfatte, causano ulteriore sfiducia nelle famiglie e nel paziente. Quantunque un certo progresso sia stato certamente fatto verso una migliore comprensione della schizofrenia, c'è un bisogno urgente di un più rigoroso ed ampio programma di ricerche, di base e cliniche.

Gli studi sulla schizofrenia hanno approfittato delle recenti scoperte scientifiche di base e noi speriamo che una maggiore comprensione dei fattori neurobiologici e psicosociali della schizofrenia possa essere acquisita nel prossimo decennio.

## LE CAUSE: UNA IPOTESI INTERESSANTE

MENTRE STAVAMO componendo questo interessante opuscolo, ci è pervenuto dagli Stati Uniti un interessante articolo che aggiungiamo in quanto spiega ai lettori quali possono essere le prospettive sulla ricerca nel campo della schizofrenia.

Le radici della schizofrenia possono trovarsi nello sviluppo fetale del cervello.

*Di Daniel Goleman.*

*Ringraziamo il sig. Raimondi Everardo per la traduzione.*

Un cambiamento incisivo sta avvenendo nella comprensione a livello scientifico della schizofrenia, una malattia mentale dagli effetti devastanti che colpisce 2,5 milioni di persone nei soli Stati Uniti.

I primi sintomi compaiono normalmente verso la fine dell'adolescenza, ma i neuroscienziati pensano che le cause del disturbo siano spesso già presenti nel corso della formazione del feto.

In tale periodo si realizzano i collegamenti del cervello, cioè le cellule nervose crescono, si scindono e danno luogo alle connessioni nervose. Il difetto fondamentale del cervello di molti soggetti schizofrenici, sembra consistere nel fatto che durante questa prima fase dello sviluppo, talune cellule nervose migrano verso aree sbagliate, lasciando piccole regioni del cervello permanentemente fuori posto o collegate in modo incongruo. Tali difetti nell'architettura neurale possono avere una o più cause, che devono essere ancora individuate. Un'ipotesi è che le suddette connessioni difettose si formino quando la madre viene colpita da qualche virus, nel periodo iniziale la gravidanza.

I principali sintomi della schizofrenia sono l'apatia, l'ottundimento dei sentimenti, i deliri e le allucinazioni. Una volta manifestatisi, essi proseguono con alterate intensità per il resto dell'esistenza del paziente.

L'origine del disturbo è stata a lungo considerata un mistero. Attribuita un tempo a carenti relazioni all'interno della famiglia, la condizione è ora ricondotta ad una anomalia del cervello, come è dimostrato dalle differen-

ze di cervelli di persone normali e schizofreniche.

L'idea che queste differenze si instaurino durante lo sviluppo del feto, ha detto il dr. D.Shore, capo della sezione ricerche sulla schizofrenia del Nimh di Bethesda, Md., "è una delle più attendibili fra quelle proposte per spiegare come possano essere avvenuti quei cambiamenti che notiamo nei cervelli degli schizofrenici".

Ma tale teoria non chiarisce interamente la questione. "la schizofrenia è probabilmente l'insieme di diversi tipi di problemi, che convergono nella stessa sindrome; non un singolo male" ha detto il dr. D. Weinberger, capo della sezione clinica Disturbi del Cervello, del NIMH. "Ma in base al peso dell'evidenza, sembra che metà o più dei casi di schizofrenia siano dovuti ad anomalie nello sviluppo fetale del cervello".

Numerose conferme di questa nuova teoria vengono da diverse fonti, fra le quali: l'autopsia dei cervelli di ammalati, film girati in famiglia con soggetti all'età di due anni, dati epidemiologici.

Uno dei rapporti più convincenti, basato sull'autopsia di tessuti e pubblicato questo mese in the Archives of General Psychiatry, evidenzia la presenza di numerosi neuroni fuori sede nell'area prefrontale di 7 su 20 cervelli di persone senza disturbi. Lo studio è il quarto del suo genere, che riferisce di cellule difettose in varie parti della corteccia cerebrale di individui affetti da schizofrenia.

Le cellule fuori posto sono, inaspettatamente, grossi residui della sottopiastra neurale. Una struttura che guida gli altri neuroni nella loro sede appropriata. La sottopiastra si forma intorno al quarto mese di gravidanza. Essa scompare gradualmente, quasi del tutto entro il primo mese di vita, avendo esaurito il suo compito di indirizzare i neuroni verso la loro posizione nella corteccia.

"La migrazione delle cellule cerebrali, attraverso la sottopiastra, avviene quasi interamente nel secondo trimestre dello sviluppo fetale" ha detto il dr. S.G. Potkin, uno psichiatra dell'Università della California ad Irvine e co-autore dello studio con il dr. W.E. Bunney e il dr. E. Jones.

"Se questa migrazione viene disturbata, le cellule finiscono nel posto sbagliato ed hanno connessioni difettose; e ciò è appunto quello che troviamo nei cervelli di pazienti schizofrenici" ha detto Potkin. "a scorretta distribuzione delle cellule suggerisce un'anomalia della sottopiastra".

Esperimenti sui gatti, condotti dal dr. C. Shatz, un neuroscienziato all'Università della California a Berkeley, ha dimostrato che eseguendo dei tagli nella sottopiastra in un corrispondente periodo dello sviluppo del cervello del gatto, si hanno cellule corticali che presentano collegamenti difet-

tosì o sono fuori di posto.

Che cosa sia ciò che fa sì che la sottopiastra neurale fallisca nel suo compito è per ora solo oggetto di congetture. Potkin suppone che “ci possa essere un ampio ventaglio di cause: da un meccanismo genetico difettoso a dei fattori ambientali, come l’acquisizione da parte della madre di un virus che penetrano nella placenta; tutte cose che interferiscono con l’attività della sottopiastra neurale, durante i mesi critici dello sviluppo del cervello fetale”.

Una domanda imbarazzante per coloro che avanzano la nuova teoria è perché nessun sintomo di schizofrenia si manifesti nei primi due decenni o più della vita, se le anomalie cerebrali sono già presenti alla nascita.

Una risposta è che, in effetti, ci sono segni premonitori della patologia già nel periodo precedente, ma essendo di lieve entità vengono facilmente trascurati. Il British Medical Research Council censì nel 1946 tutti i bambini nati in Inghilterra nella prima settimana di marzo e, in seguito li sottopose a verifiche con cadenza circa biennale, fino a che raggiunsero l’età di 43 anni. Il dr. R. Murray, uno psichiatra inglese, rilevò sottili differenze nell’infanzia di coloro che più tardi furono affetti da schizofrenia.

Confrontando alcuni elementi che costituiscono un riferimento significativo nello sviluppo neurologico come, ad esempio, l’età alla quale il bambino si mette la prima volta seduto, o le valutazioni scolastiche nel corso dell’infanzia, appariva come lo sviluppo del gruppo comprendente coloro che sarebbero poi diventati schizofrenici, era mediamente più lento.

“Non che ci fossero grandi differenze, ma un insieme di comportamenti che mediamente denotavano una più lenta maturazione del cervello” ha detto il dr. Weinberger, che l’anno scorso ha riesaminato sul *Lancet*, un giornale di medicina, tutti gli elementi che evidenziavano il collegamento tra i problemi neurologici persistenti e la schizofrenia.

“ad esempio, a sei mesi, circa un terzo dei bambini ritardavano due settimane o più nel mettersi seduti. Fra coloro che successivamente divennero schizofrenici, i ritardatari furono invece due terzi e, di massima, questo loro ritardo suggerisce piccole anomalie nello sviluppo neurale.

Quando i ricercatori, in uno studio del 1994, chiesero alle famiglie dei malati di schizofrenici di procurare loro tutti i filmini girati ai pazienti durante la loro infanzia, essi trovarono ancora più numerosi indizi di sviluppo neurale anomalo. A due anni, ad esempio, questi bambini avevano la tendenza a fare movimenti lievemente strani delle mani, che al quel tempo non avevano preoccupato minimamente i loro genitori, ma ad un occhio sperimentato sarebbero stati riconosciuti segni di uno sviluppo motorio disturbato.

Un primo accenno di prova venne nel 1988, da uno studio su bambini nati da donne che erano state incinte durante una grave epidemia di influenza ad Helsinki, in Finlandia, nel 1957. Il dr. S. Mednick, uno psicologo dell'Università di California a Los Angeles, trovò che tra i figli di madri che avevano avuto l'influenza nel secondo trimestre di gravidanza, il periodo in cui la piastra neurale entra in azione, si evidenziava una maggiore probabilità di sviluppo della schizofrenia, una volta diventati adulti.

Da allora diversi studi hanno mostrato che la percentuale di soggetti schizofrenici, tende ad essere maggiore fra i bambini nati grosso modo tra i mesi di dicembre e marzo. "Se si esamina una popolazione sufficientemente ampia - intorno a 20.000 o più individui - si trova che vi sono un 5 - 6% di casi, in più, fra i nati in inverno o all'inizio della primavera" ha detto il dr. E.F. Torrey, uno psichiatra dell'Ospedale S. Elisabetta di Washington. "C'è qualcosa che succede nel periodo prenatale; forse la madre ha avuto l'influenza o è stata attaccata da qualche virus. Ma niente finora consente di puntare il dito contro un agente specifico".

In un'altra ricerca, è stato riscontrato un più alto livello di rischio fra i bambini nati in Olanda da donne che erano incinte nell'inverno del 1944-45, quando i tedeschi assediavano le loro città; il che suggerisce l'idea che la cattiva nutrizione possa avere un suo ruolo.

Non sembra sia possibile spiegare, con una sola ragione, l'origine della schizofrenia: che risulta oltretutto essere, entro certi limiti, una malattia genetica.

"Vi è un'intera gamma di problemi materni durante la gestazione che, essendo in grado di influenzare lo sviluppo neurale, possono aumentare il rischio che il nascituro diventi schizofrenico" ha detto il dr. J. Wyatt che è a capo della sezione Neuropsichiatria al NIMH. "La speranza è che questa nuova linea di ricerca possa portare un giorno ad una strategia di prevenzione.

Il dr. Torrey annuisce dicendo: "Le gestanti dovrebbero essere comunque assicurate che, nella grande maggioranza dei casi in cui si verificano queste complicazioni della gravidanza, i bambini nascono assolutamente senza alcun difetto".







Grazie per il tuo contributo a SOS PSICHE,  
con il quale è stato possibile reperire informazioni e  
stampare questo opuscolo.

Sostieni le nostre attività e partecipa alle riunioni  
contattando la Sede più vicina.

# Il Comitato Promotore di



Questo opuscolo fa è stato allestito e distribuito dal Comitato promotore composto da alcune associazioni per la salute mentale, che operano in Italia dagli anni '80. La partecipazione al Comitato è ancora aperta; ci sono alcuni contatti in corso per coinvolgere altre associazioni a carattere nazionale e locale.

Le associazioni hanno raccolto l'eredità e le finalità di un precedente sito avviato nel 1994, che è stato il primo sito Europeo per la salute mentale gestito autonomamente dalle famiglie.

Il servizio ha come finalità principale quella di fornire una corretta informazione sulla prevenzione e cura delle malattie mentali, pubblicando indirizzi utili sulle strutture di ricovero e segnalando le associazioni di familiari esistenti in Italia.

L'obiettivo principale di questo sito è di raccogliere il maggior numero di informazioni da mettere a disposizione dei familiari, cittadini e pazienti.

Le associazioni promotrici offrono la propria esperienza e disponibilità offrendo spazio web alle associazioni di familiari che si identificano con le nostre finalità.

Il Comitato Promotore ha steso uno Statuto che regola la partecipazione alle iniziative, a disposizione degli interessati.