

PERSONALITÀ E PSICOSI

Dott. Lorenzo Flori - Psicologo di Pesaro, Fano e Rimini
Cell. 349 683 53 89

Perché approfondire un' argomento come quello di Psicosi e Personalità e soprattutto perché analizzare una tematica che a volte viene liquidata tramite una "facile diagnosi"? Soprattutto quanto può essere forviato il clinico che si avvicina ad una condizione esistenziale così diversa dalla propria e in che misura la personalità premorbosa condiziona l'eziologia della patologia? Inoltre è opportuno effettuare una adeguata diagnosi differenziale per poi poter scegliere il miglior trattamento per quel particolare paziente o sarebbe meglio utilizzare "la stessa pillola" per tutti gli schizofrenici?

Questi sono solo alcuni dei pensieri che hanno affollato la mia mente nel momento in cui mi sono accostato a questo articolo. Le riflessioni e le considerazioni scaturite, data la vastità del materiale e le infinite ricerche in merito, non hanno la presunzione di divenire una verità esaustiva, piuttosto, si pongono come obiettivo quello di instillare nel lettore una coscienza critica ed incuriosirlo ad approfondire una condizione di vita così diversa.

Il termine schizofrenia venne coniato dallo psichiatra svizzero Eugen Bleuler nel 1908 che sostituì quello ottocentesco di *Dementia Praecox* (costruito che enfatizzava il decadimento intellettuale), proposto da Emil Kraepelin. Il termine Bleuleriano deriva dal greco σχίζω (*schizo*, scissione) e φρενός (*phrenos*, cervello); ossia mente divisa o scissa. Questa scissione della vita psichica tra realtà e vissuto emotivo rappresenta nei primi anni del 900 il nucleo di questa patologia.

All'interno del quadro storico viene così a definirsi la schizofrenia come un grave disturbo mentale per cui chi ne è affetto diventa del tutto indifferente a ciò che accade, reagisce in modo assurdo o incoerente agli eventi esterni, perde il contatto con la realtà e si isola in un mondo incomprensibile agli altri. Proprio a causa della sua caratteristica destrutturante della personalità, la schizofrenia compromette tutti gli aspetti della vita del soggetto, travolgendo profondamente la rete relazionale, affettiva, sociale e provocando un enorme disagio all'interno del nucleo familiare.

La schizofrenia ha, inoltre, manifestazioni che possono essere definite camaleontiche perché presenta differenti sintomi che possono prevalere o meno dando vita a diverse entità cliniche.

In questo testo i termini di schizofrenia e di psicosi verranno utilizzati con la stessa valenza perché rappresentano una differenza più gnosografica che clinica.

Già lo stesso Bleuler, nella sua differenziazione della schizofrenia, la suddivise in quattro forme rintracciando tre *elementi cruciali* che sono: l'autismo, diverso dall'autismo malattia, che rappresenta il distacco dalla realtà ed un ritiro nel mondo privato come caratteristica psicologica; la dissociazione e l'assenza dell'esame di realtà. Il soggetto così non riesce a confrontare le proprie idee, pensieri, e percezioni con la realtà circostante. Bloier, all'interno del suo lavoro di categorizzazione e classificazione, suddivise la schizofrenia in quattro categorie: la schizofrenia simplex, il cui sintomo principale è rappresentato dall'autismo, dalla passività e dall'isolamento; la schizofrenia ebefrenica in cui vi è la tendenza all'impulsività e in cui vi è un precoce deterioramento cognitivo; la schizofrenia paranoide dove prevalgono deliri e allucinazioni (quella che nella storiografia classica definisce "il matto") e la schizofrenia catatonica dove sono prevalenti sintomi psicomotori come agitazione o rallentamento e blocco.

Questa classificazione venne ripresa e modificata nel DSM nelle categorie tipo paranoide, con presenza di deliri e allucinazioni, in quella catatonica e di tipo disorganizzato. Mentre il tipo ebefrenico e simplex non vengono riportate e sostituite dal tipo indifferenziato.

Da quanto scritto emerge al lettore inesperto che si avvicina alla schizofrenia che tale termine risulta avere una valenza di significato piuttosto generica, non indica una entità nosografica unitaria, ma una classe di disturbi, tutti caratterizzati da una certa gravità e dalla compromissione del cosiddetto "esame di realtà". All'interno di tale costrutto rientrano quadri sintomatici e modelli di personalità anche molto diversi fra loro, diversificati sia per gravità che per decorso.

Questi elementi spiegano, in parte, perchè vi è una casistica in cui si ritrovano forme patologiche gravi dove rientrano sintomi legati alla catatonìa, al mutismo e che possono provocare una totale inabilitazione. Nella maggioranza dei casi di schizofrenia si può essere di fronte a forme in cui i sintomi non compaiono in modo apparente e al contempo sono rintracciabili rigide costruzioni paranoidei.

Allora come distinguere tale patologia dalla normopatia, dai vari disturbi di *personalità* come quello Schizoide, Schizotipico, Borderline o Paranoide e da altre forme patologiche?

Esistono probabilmente, per quanto riguarda la personalità schizotipica, delle coincidenze fra questa categoria e ciò che un tempo si chiamavano stati limite schizofrenici o schizofrenia ambulatoriale. Certi autori, infatti, credono che la personalità schizotipica sia in realtà uno stato premorboso della schizofrenia. Secondo questa ipotesi, la persona che presenta una personalità schizotipica avrebbe, sul piano qualitativo, la maggior parte delle caratteristiche della schizofrenia, ma sarebbe, sul piano quantitativo, colpita meno severamente. Per questo, all'apparenza, il modo di pensare ed il comportamento dello schizotipico sono al tempo stesso bizzarri ed eccentrici. Anche lo schizoide attua comportamenti di ritiro e i suoi affetti sono inibiti o inappropriati presentando aree di

sovrapposizione con il nucleo psicotico. Bisogna, inoltre, tener presente che vi sono aspetti assimilabili con le caratteristiche di personalità evitante e con quella schizotipica. Benché lo schizoide e l'evitante sembrino condividere un buon numero di caratteristiche e possano avere apparentemente stili di vita simili, la differenza essenziale tra i due sta nelle motivazioni. Il bisogno di relazioni umane significative è largamente intatto nella persona evitante che agisce da solo per paura del rifiuto. Lo schizoide, invece, non spera o non si preoccupa di sviluppare tali relazioni. Se si confrontassero la personalità schizoide e quella schizotipica, si potrebbe constatare che lo schizoide, benché freddo e ritirato, non ha le centricità di pensiero e di comportamento dello schizotipico. Si dovrebbe, poi, spendere una considerazione a parte quando ci troviamo di fronte a pazienti con una patologia borderline. Infatti tale disturbo presenta anche delle caratteristiche di similarità con lo spettro psicotico soprattutto quando ci riferiamo all'aspetto coartato dei suoi affetti. Da questi pazienti vengono attuati comportamenti inclini a drammatizzare diventando così meno prevedibile.

Anche quando si parla di personalità paranoide bisogna effettuare un'accurata diagnosi differenziale. Termini psicologici come quello paranoico sono passati nel linguaggio corrente ma è necessario distinguere se si tratta di un tipo di personalità particolarmente sospettosa o di un tipo di schizofrenia. In effetti, attraverso i tempi, la parola o il suo derivato "paranoide" hanno effettivamente preso ognuno di questi significati. Nel DSM-IV-TR i disturbi paranoici sono rientrati all'interno dei disturbi deliranti e questo dovrebbe servire ad attenuare in parte la confusione. Esiste comunque sull'asse I un tipo di schizofrenia chiamato schizofrenia paranoide. Quanto al disturbo della personalità paranoica, esso designa un tipo di personalità dominata dalla diffidenza, senza perdita del controllo della realtà.

E' indubbio che in prima analisi si possono rilevare dei comportamenti rintracciabili all'interno dei disturbi di personalità e che in un certo qual modo possono essere precursori dello sviluppo di una possibile psicosi e vi sono altri sintomi che possono maggiormente o dovrebbero far riflettere lo specialista. Un esempio esplicativo di quanto affermato potrebbe essere il seguente: un clinico di fronte ad un paziente al primo colloquio che presenta un grave disturbo Borderline con ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori legati allo stress o di fronte ad un paziente con una Schizofrenia quali diagnosi potrà fare? Oppure per quanto riguarda i disturbi di personalità Paranoide. Schizoide o Schizotipico quali sono gli indici che permettono una corretta diagnosi? Basta solo che l'esame di realtà sia compromesso o che il delirio sia bizzarro? E per chi? Quali eventi stressanti di tipo ambientale e relazionale possono slatentizzare una forma psicogena? Tutti questi interrogativi spiegano in parte quanto sia complesso formulare un' ipotesi diagnostica. Il clinico esperto dovrà quindi necessariamente avere l'accortezza di codificare l'enorme diversità dei

problemi emotivi e comportamentali. L'aiuto testologico e i criteri diagnostici possono aiutare i medici a formulare la diagnosi, a scegliere i trattamenti appropriati e a comunicare tra loro con chiarezza. Il medico saggio, comunque, non perderà mai di vista l'importanza dell'insight clinico nel valutare persone, con i loro sintomi e comportamenti, pregi e debolezze, amori e frustrazioni. E la ricchezza dell'esperienza umana che rende i rapporti terapeutici così gratificanti, sempre diversi e impossibili da caratterizzare entro il costrutto di inanimati criteri diagnostici. E' quindi chiaro che non è possibile identificare la complessità del comportamento umano in criteri così come nulla può sostituire la capacità critica dell'esperto acquisita non solo da un adeguato bagaglio culturale ma anche dall'esperienza clinica.

Senza addentrarci troppo in dissertazioni che potrebbero apparire filosofeggianti per quanto riguarda i disturbi scizofrenici bisogna specificare che di norma il termine di sintomi psicotici si riferisce alla presenza di deliri e allucinazioni, sebbene possa includere anche il comportamento e l'eloquio gravemente disorganizzati. E' importante notare che i sintomi psicotici si possono manifestare anche in corso di altri disturbi come nel caso di Delirium, Demenza, Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche e Disturbo Catatonico Dovuto a una Condizione Medica Generale. Tali condizioni comunque devono essere prese in considerazione nella formulazione della diagnosi differenziale. L'errore più comune a cui si va incontro nella diagnosi dei sintomi psicotici consiste nel non cogliere o nel non dare il giusto peso al possibile ruolo eziologico delle sostanze di abuso, degli effetti collaterali dei farmaci o delle condizioni mediche generali. Quindi prima di diagnosticare uno dei Disturbi Psicotici primari il clinico dovrebbe valutare ed eventualmente escludere la presenza di una condizione medica generale o l'uso di sostanze. Un altro grossolano errore che si verifica di frequente è rappresentato nell'interpretare come psicotiche le convinzioni di un individuo di cultura diversa mentre in realtà sono sancite dalla cultura del soggetto stesso.

Per questo prima di proseguire, per poi vedere come intervenire al meglio, è opportuno porre attenzione e incominciare a declinare questa patologia.

Sotto un'ottica di una branca della tradizione medica, i *sintomi* della schizofrenia, sono generalmente divisi in tre categorie: sintomi positivi, i sintomi disorganizzati e quelli negativi.

- I Sintomi Positivi definiti anche “psicotici” sono rappresentati dai deliri e dalle allucinazioni. Si verificano quando il paziente ha perso il contatto con la realtà in misura rilevante. Vengono definiti “Positivi” non perché rappresentano un miglioramento nel quadro sintomatologico ma piuttosto perché sono indici manifesti che, di norma, non dovrebbero essere presenti. Quando vi è la presenza di deliri la persona ha un convincimento derivante da un abnorme errore di giudizio, è impermeabile alla critica, spesso a contenuto bizzarro e

talvolta sostenuto da allucinazioni uditive. Le decisioni prese in base ad un delirio conducono a comportamenti inadeguati e quindi ad un adattamento di livello inferiore. Il delirio, per essere diagnosticato come tale, deve essere fermamente sostenuto dal soggetto delirante, anche se la realtà e gli altri soggetti ne dimostrano la falsità ed è assolutamente imm modificabile. Per giunta non viene considerato dal soggetto come patologico perché è assolutamente egosintonico alle altre idee. I contenuti del delirio possono essere di vario genere come di persecuzione, di riferimento, di gelosia, nichilistici, di controllo, ipocondriaci, religiosi e di grandezza.

Oltre ai deliri vi possono essere anche allucinazioni che rappresentano percezioni senza oggetto e possono essere di tipo uditivo, visivo e tattili. Quelle uditive, ad esempio, sono caratterizzate da voci udite dal paziente, generalmente esse hanno caratteristiche minacciose e allusive verso il paziente stesso, fino ad imporgli di compiere determinate azioni (allucinazioni imperative) con pericolo in alcuni casi di suicidio, oppure voci udite dal paziente che conversano tra loro (colloquio di voci), senza rivolgersi a lui. Le voci possono anche parlare tra di loro sul paziente.

Le allucinazioni olfattive, ancora più rare delle visive, spesso sono l'effetto di tumori cerebrali .

- I Sintomi Disorganizzati includono il pensiero e il linguaggio confuso, i comportamenti senza senso. Per esempio, le persone che soffrono di schizofrenia talvolta hanno problemi nel comunicare con frasi coerenti o nel parlare con gli altri; si muovono lentamente, ripetono gesti ritmici o fanno movimenti ripetitivi come camminare o passeggiare in circolo; inoltre hanno difficoltà a comprendere il senso della vita quotidiana a livello emozionale e organizzativo.
- I Sintomi Negativi includono la piattezza emotiva o la mancanza di espressione, la incapacità di iniziare e portare a termine le azioni, la lacunosità e la brevità dei contenuti del discorrere, e una mancanza di piacere ed interesse per la vita. Possono essere descritti come disturbi dell'affettività e comprendono atimia ovvero apparente mancanza di risonanza affettiva del soggetto verso se stesso e verso gli altri; labilità affettiva cioè passaggio repentino dalla gioia alla rabbia o alla tristezza; incongruenza affettiva per cui le manifestazioni affettive non risultano appropriate fino alla paratimia, in cui le manifestazioni affettive sono di segno opposto rispetto a quelle che le circostanze giustificerebbero (es. ilarità di fronte a una notizia tragica); ambivalenza affettiva ossia l'attribuzione di affetti opposti e contrastanti, come ad esempio amore/odio, nei confronti di un'altra persona, solitamente un genitore o un altro familiare.

Dal punto di vista **epidemiologico** la schizofrenia è una malattia trasversale che si riscontra in ogni epoca e cultura. Il suo tasso d'incidenza, secondo dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), coinvolge circa 24 milioni di persone a vari livelli e in Italia vi sono circa 245.000 le persone che soffrono di questo disturbo. Nel 75% dei casi l'esordio avviene in età giovanile e alcuni studi dimostrano che non esistono differenze nella distribuzione tra i sessi. L'esordio avviene tra i 17 e i 30 anni negli uomini e nelle donne tra i 20-40 anni. Nel 5-15% dei pazienti si può verificare un' esordio acuto che è indice di una prognosi più favorevole. Si evidenzia inoltre una maggioranza del disturbo nelle classi socio-economiche più basse e tra gli individui con un livello d'istruzione inferiore.

Numerosi studi hanno cercato di indagare i vari fattori corresponsabili dell'**eziologia** senza ancora aver rintracciato le cause specifiche della schizofrenia. Ultimi studi mostrano che il cervello dei pazienti affetti da schizofrenia è diverso dal cervello delle persone che non presentano questa malattia. Ad esempio è stata effettuata un'attenta revisione degli studi di Risonanza Magnetica (RM) sulla schizofrenia, in gran parte dovuto all'evoluzione tecnologica nella visualizzazione cerebrale in vivo, che ha portato all'identificazione di diverse alterazioni cerebrali. Queste anomalie comprendono l'ampliamento dei ventricoli laterali (riportato dall'80% degli studi che hanno eseguito tale valutazione) e del terzo ventricolo (73% degli studi). È stata rilevata anche l'implicazione delle strutture medial del lobo temporale (74% degli studi), quali l'amigdala, l'ippocampo ed il giro paraippocampale, nonché delle regioni neocorticali del lobo temporale (giro temporale superiore) (100% degli studi). Se vengono presi in considerazione gli studi che valutano sia la sostanza bianca sia la grigia del giro temporale superiore, vengono evidenziate anomalie nel 67% di essi. Sono riportate anche evidenze di anomalie del lobo frontale (59% degli studi), particolarmente della sostanza grigia prefrontale e nelle regioni orbitofrontali. Sono state inoltre evidenziate anomalie sottocorticali (cavum septum pellucidum, 92% degli studi; gangli della base, 68%; del corpo calloso, 63%; talamo, 42%). È ora quindi disponibile una tecnologia tale che, attraverso una accurata ricostruzione dell'anatomia cerebrale, può permettere una più profonda e valida conoscenza della neuroanatomia delle malattie mentali e di valutare ipotesi circa le relazioni tra encefalo e comportamento normale e patologico. Ciò non toglie che come per molte altre patologie mediche la schizofrenia sembra essere causata da una combinazione di problemi, tra cui figurano una vulnerabilità genetica e fattori ambientali che hanno luogo durante lo sviluppo della persona. Probabilmente l'eziologia sulle possibili origini della schizofrenia è varia e in realtà non si può identificare una causa predominante, piuttosto si può parlare di fattori di rischio, ossia di condizioni che predispongono un individuo a sviluppare la malattia più degli altri.

I vari fattori che concorrono allo sviluppo di tale condizione sono rintracciabili in componenti genetiche, complicazioni del parto, fattori biologici, fattori psicologici e fattori socio/relazionali.

Probabilmente un aumento della produzione della dopamina sembra giocare un ruolo chiave nell'eziologia di questa sindrome. Si sa, inoltre, che i fattori genetici giocano un ruolo predominante e ad esempio, attraverso studi effettuati tra gemelli monozigoti, il rischio di ammalarsi di tale disturbo è del 50% in più rispetto alla popolazione cosiddetta sana. Infine, non sono da sottovalutare le esperienze soggettive e il contesto familiare in cui il paziente affetto da schizofrenia viene allevato e in cui vive, poiché è dimostrato che l'ambiente è determinante nello sviluppo della malattia.

Tirando le somme rispetto a quello che finora è stato scritto sembrerebbe che la Schizofrenia rappresenti una malattia mentale caratterizzata fondamentalmente da una specifica forma di disorganizzazione del pensiero tale da rendere chi ne soffre incapace, in alcune circostanze, di capire cosa sia reale o solo immaginato. Alla base di questa disorganizzazione vi è una difficoltà a gestire più livelli di elaborazione della informazione contemporaneamente anche se la ricerca non ha dato ancora una risposta univoca. Inoltre la gravità della malattia è variabile da individuo ad individuo e, qualsiasi sia l'origine e la natura della disorganizzazione del pensiero, questa comporta una serie caratteristica di sintomi e difficoltà. I sintomi della schizofrenia possono presentarsi in momenti critici oppure in modo stabile e cronico e sono riferibili ad aree specifiche della vita umana. Vi è un Disturbo del Pensiero che consiste il più delle volte in difficoltà di concentrazione e di organizzazione del pensiero. Questi disturbi non ledono l'intelligenza ma possono alterare il modo di utilizzarla. La presenza di deliri consiste, come già evidenziato, in convinzioni palesemente false che, tuttavia, sono considerate vere da chi le ha. Alcuni deliri tipici sono i deliri di grandezza e di persecuzione. Tuttavia la varietà dei deliri è tale che è praticamente impossibile fornirne una lista completa. La presenza di allucinazioni (false percezioni) consiste in percezioni visive oppure uditive o olfattive a cui non corrispondono realtà esistenti. In altri termini, si vedono, si odono, o si percepiscono olfattivamente, cose che nessuno vede, ode o percepisce causando, quindi, disturbi del comportamento e delle emozioni.

Quando ci si trova davanti ad un paziente con queste caratteristiche è frequente osservare dei comportamenti bizzarri e/o inadeguati che possono mettere in serio imbarazzo i familiari ed i conoscenti. Le difficoltà del pensiero possono inoltre ingenerare problemi nella capacità di affrontare anche alcuni compiti considerati banali, come intraprendere una conversazione, leggere il giornale, apprendere delle abilità nuove. Anche il comportamento verbale può essere alterato da un linguaggio impreciso, vago, con associazioni apparentemente senza senso; le emozioni possono essere disturbate e vi può essere una riduzione o una scomparsa delle stesse. Possono essere colpite

sia le sensazioni piacevoli che quelle spiacevoli. Altre volte si può riscontrare un comportamento emotivo senza la corrispondente sensazione come ad esempio si può ridere senza motivazione.

Per questo ed altro la schizofrenia è una forma di malattia psichiatrica caratterizzata, secondo le convenzioni scientifiche, da un decorso superiore ai sei mesi (tendenzialmente cronica o recidivante), dalla persistenza di sintomi di alterazione del pensiero, del comportamento e dell'emozione, con una gravità tale da limitare le normali attività della persona.

Il *decorso* della Schizofrenia è considerata dalla maggior parte degli studiosi tendenzialmente cronico, con l'alternanza di periodi di acuzie e di remissione dei sintomi. Solo in rari casi è stata osservata la scomparsa dei sintomi. Va pur detto che in molti casi la cronicità della malattia è solo presunta essendo basata su dati clinici ed epidemiologici parziali. Inoltre il decorso della malattia è influenzato dalla scarsa flessibilità delle risposte terapeutiche e dalla ardua integrazione relazionale e sociale in conseguenza dello stigma.

Per avere una più attenta chiarificazione dei disturbi schizofrenici a seguito verranno riportate i sintomi e criteri del *DSM IV-TR della sezione Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici*.

Per la diagnosi di schizofrenia conta sia la natura sia la durata dei sintomi (sintomi che differiscono per durata caratterizzano ad esempio il Disturbo schizofreniforme).

La diagnosi di **Schizofrenia** richiede il soddisfacimento del seguente criterio:

- A) (Sintomi caratteristici) La presenza persistente di due o più dei sintomi che seguono, per un periodo significativo di almeno un mese (si osserva che la durata può essere inferiore se il sintomo recede a seguito di trattamento):
1. deliri
 2. allucinazioni
 3. disorganizzazione del discorso verbale (es: perdere il filo, incoerenza, divagazione e espressione troppo astratta)
 4. grave disorganizzazione del comportamento (es. nel vestiario, nelle abitudini diurne, disturbi del sonno, disforia, piangere o ridere frequentemente e inappropriatamente), oppure stato gravemente catatonico
 5. presenza di sintomi negativi cioè che trasmettono un forte senso di disinteresse, lontananza o assenza del soggetto: appiattimento affettivo (mancanza o forte diminuzione di risposte emozionali), alogia (assenza di discorso), avolizione (mancanza di motivazione), disturbi dell'attenzione e delle capacità intellettive, assenza di contatto visivo

Nota: Il soddisfacimento del criterio A è l'unico richiesto se le idee fisse sono bizzarre e irrealistiche oppure se le allucinazioni consistano nell'udire due o più voci identificabili come irreali che parlano fra loro, oppure se una voce "commenta" in diretta le azioni e le percezioni del paziente.

- B) Deficit o disfunzione sociale e/o occupazionale: Per un periodo di tempo significativo uno o più degli ambiti principali della vita del soggetto sono gravemente compromessi rispetto a prima della comparsa del disturbo (lavoro, relazioni interpersonali, cura del proprio corpo, alimentazione ecc.)
- C) Durata: persistenza dei sintomi "B" per almeno sei mesi, che includano almeno un mese di persistenza dei sintomi "A".

Esistono ulteriori criteri (D, E ed F) che servono per diagnosi differenziali o per escludere la schizofrenia nel caso in cui sia stato diagnosticato un disturbo dell'umore grave (come la Depressione Maggiore) oppure in caso di grave disturbo dell'età evolutiva, o disturbi neurologici dovuti a condizioni mediche generali, o che i sintomi siano effetto dell'uso di sostanze come droghe o farmaci.

Sottotipi

La classificazione più tradizionale considera quattro forme principali di schizofrenia: la schizofrenia *catatonica*; la schizofrenia *ebefrenica*; la schizofrenia *paranoide*, e la schizofrenia *semplice*. Il criterio DSM classifica ad oggi cinque forme, indicate di seguito. È indicata a fianco la classificazione alfanumerica corrispondente nelle tabelle ICD 9 (a sinistra) e ICD 10 (a destra) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il criterio ICD 10 identifica invece 7 forme.

(295.2/F20.2) **tipo catatonico**: sono evidenti macroscopici disturbi psicomotori, come ad esempio lo stupore catatonico, rigidità o flessibilità anomale del tono muscolare

(295.1/F20.1) **tipo disorganizzato** (o ebefrenico): l'appiattimento affettivo (chiusura in sé, disinteresse ecc.) è presente insieme alla disorganizzazione del pensiero, eventuali disordini del comportamento

(295.3/F20.0) **tipo paranoide**: i sintomi principali sono idee fisse (deliri) che includono allucinazioni, ma possono essere *assenti* i disturbi/disorganizzazione del pensiero o comportamento e appiattimento affettivo. Questa forma compare frequentemente dopo i 35 anni in pazienti che hanno già qualche disturbo strutturato, con decorso lento e insidioso

(295.6/F20.5) **tipo residuo**: i sintomi positivi (psicotici ma non paranoidei) sono presenti ma hanno bassa intensità, mentre quelli negativi sono significativi. Spesso compare come esito di un disturbo psichico maggiore (es: episodio schizofrenico acuto, depressione maggiore)

(295.9/F20.3) **tipo indifferenziato:** sono evidenziati i sintomi positivi (psicosi) non strutturati secondo i criteri delle precedenti forme.

Disturbo Schizofreniforme

- A. Risultano soddisfatti i criteri A, D, ed E della Schizofrenia
- B. Un episodio del disturbo ha una durata di almeno un mese ma meno di sei.

Specificare se: con o senza segni prognostici favorevoli.

Disturbo Schizoaffettivo

- A. Un periodo ininterrotto di malattia durante la quale si manifesta un Episodio Depressivo Maggiore, un Episodio Maniacale, oppure un Episodio Misto in concomitanza a soddisfano il Criterio A per la Schizofrenia.
- B. Durante lo stesso periodo di malattia, si manifestano deliri o allucinazioni per almeno due settimane in assenza di rivelanti sintomi dell'umore
- C. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio di alterazione dell'umore sono presenti per una considerevole parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- D. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza o di una condizione medica generale.

Specificare se: di tipo Bipolare o Depressivo

Disturbo Delirante

- A. Presenza di uno o più dei seguenti sintomi:
 - 1. deliri
 - 2. allucinazioni
 - 3. eloquio disorganizzato
 - 4. comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- B. La durata di un episodio del disturbo è almeno di un giorno, ma meno di un mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso
- C. Il disturbo non è meglio inquadrato da un Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche, da un Disturbo Schizoaffettivo, o da una Schizofrenia, e non è dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza o farmaco.

Codificare se: Con rivelanti fattori di stress o senza rivelanti fattori di stress o con insorgenza nel Postpartum

Disturbo Psicotico Condiviso (*Foliè à Deux*)

- A. Un delirio si sviluppa in un soggetto in un contesto di relazione stretta con un'altra persona, con già un delirio in atto.
- B. Il delirio è simile nel contenuto a quello della persona che ha già il delirio in atto.
- C. Il disturbo non è meglio giustificato da un altro Disturbo Psicotico (es, Schizofrenia) o da un Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche, e non è dovuto agli effetti fisiologici di una sostanza.

Disturbo Psicotico Dovuto a....

- A. Rilevanti allucinazioni o deliri.
 - B. Vi è dimostrazione della storia, dall'esame fisico, o dai reperti di laboratorio che il disturbo è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica.
 - C. Il disturbo non è meglio giustificato da un altro disturbo mentale.
 - D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.
- Codificare:* con deliri o allucinazioni.

Disturbo Psicotico Indotto Da Sostanze

- A. Rilevanti allucinazioni o deliri. **Nota** non includere le allucinazioni se la persona ha la consapevolezza che sono indotte da sostanze.
- B. Vi sono prove evidenti dalla storia, dall'esame fisico, o da reperti di laboratorio della condizione 1 o 2.
 - 1) I sintomi del criterio A si sono sviluppati durante, o entro un mese, dall'intossicazione o astinenza dalle sostanze.
 - 2) L'uso del farmaco è eziologicamente correlato al disturbo.
- C. Il disturbo non è meglio giustificato da un Disturbo Psicotico non indotto da sostanze. Le prove che i sintomi precedono l'insorgenza dell'uso di sostanze o farmaci; i sintomi persistono per un considerevole periodo di tempo dopo la fine dell'astinenza acuta o di una grave intossicazione, o sono considerevolmente più intensi di quanto ci si sarebbe aspettato dato il tipo o la quantità di sostanza usata o la durata dell'uso; oppure vi sono altri segni evidenti che suggeriscono l'esistenza di un Disturbo Psicotico non indotto da sostanze.
- D. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il corso di un delirium.

Nota: Questa diagnosi dovrebbe essere fatta al posto di una diagnosi di Intossicazione da Sostanze o di Astinenza da Sostanze solo quando i sintomi sono più intensi di quelli

generalmente associati alla sindrome da intossicazione o da astinenza, e quando sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Specificare: Con insorgenza Durante l'Intossicazione o Durante l'Astinenza.

Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato

Questa categoria comprende quadri sintomatologici psicotici (deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, ecc.) per i quali non vi sono informazioni adeguate per fare una diagnosi specifica, o vi sono informazioni contraddittorie, oppure riguarda disturbi con sintomi psicotici che non soddisfano i criteri per alcun Disturbo Psicotico specifico. Ad esempio una della seguenti situazioni:

1. Psicosi Postpartum che non soddisfa i criteri per Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche, Disturbo Psicotico Breve, Disturbo Psicotico Dovuto a una Condizione Medica Generale, o Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze.
2. Sintomi Psicotici che sono durati per meno di un mese, ma non si sono ancora risolti, per cui non sono soddisfatti i criteri per Disturbo Psicotico Breve.
3. Allucinazioni uditive persistenti in assenza di qualunque altra manifestazione.
4. Deliri non bizzarri persistenti con episodi di alterazione dell'umore che sono stati presenti durante una considerevole parte del disturbo Delirante.
5. Situazioni nelle quali il clinico è arrivato alla conclusione che è presente un Disturbo Psicotico, ma non riesce a determinare se sia primario, dovuto a una condizione medica generale, o indotto da sostanze.

La *terapia* generalmente può essere effettuata con farmaci neurolettici (antipsicotici), i quali agiscono soprattutto sui deliri e sulle allucinazioni, diminuendo il senso di angoscia e le reazioni aggressive. Alcuni antipsicotici specifici possono essere d'ausilio anche in una moderata riduzione dei sintomi negativi.

Spesso nel trattamento di questa patologia viene sottovalutata l'importanza di una psicoterapia che può coinvolgere i familiari e conoscenti allo scopo di individuare eventuali difficoltà relazionali col malato e gestire il suo isolamento. Inoltre la psicoterapia può aiutare il paziente a contestualizzare il problema e le risposte dell'ambiente, rendendolo maggiormente autoconsapevole, facilitando il contatto con la realtà. Le ultime ricerche ed esperienze sia in campo psichiatrico che psicoterapico dimostrano che un approccio integrato di tipo farmacologico e psicoterapeutico ottiene un controllo migliore della patologia.

Le terapie del passato, come le applicazioni elettroconvulsivanti (elettroshock) e l'insulinoterapia, non hanno mai dato risultati apprezzabili e sono sempre meno impiegate. Va specificato che la TEC

(terapia elettroconvulsivante) viene ancora oggi utilizzata nelle forme particolarmente resistenti ai farmaci, sebbene in condizioni molto più controllate di quanto non si facesse in passato. In linea di massima ora si cerca di rapportarsi al paziente sviluppando un piano di trattamento individualizzato; Spesso si lavora in equipe seguendo tre coordinate specifiche ovvero quella farmacologico per alleviare i sintomi e prevenire le ricadute, quella educativa e psicosociale, per aiutare i pazienti e le loro famiglie a risolvere i problemi, a confrontarsi con gli stress, a rapportarsi con la malattia e le sue complicanze, a prevenire le ricadute e a riabilitare socialmente e a riguadagnare le capacità sociali ed occupazionali.

Gli interventi psicosociali intensivi, quali il trattamento assertivo nella comunità, la gestione intensiva dei casi o il trattamento ambulatoriale intensivo possono aiutare i pazienti a continuare ad assumere i farmaci ed evitare l'effetto del "revolving door". Altri tipi di interventi psicosociali, come la terapia cognitivo-comportamentale e il training delle capacità, possono aiutare i pazienti a raggiungere esiti migliori in campo sociale e lavorativo. Studi recenti sottolineano l'importanza cruciale di adeguate dosi di mantenimento dell'antipsicotico, anche se talvolta è necessario e possibile impiegare dosi minori, soprattutto per quei pazienti che sono sensibili agli effetti collaterali e che, verosimilmente, non osserveranno il regime farmacologico prescritto alle consuete dosi di mantenimento. Un aspetto importante della gestione della Schizofrenia consiste nel fatto che molti pazienti non assumono i farmaci prescritti oppure li sostituiscono con sostanze stupefacenti ad azione dopaminergica quali, ad esempio, la cocaina. Spesso per i pazienti con scarsa compliance è necessario l'impiego di antipsicotici depot. Il tasso di suicidio tra i soggetti affetti da Schizofrenia è pari al 10-20%. I suicidi avvengono durante gli episodi acuti e durante una fase di demoralizzazione o depressione che può manifestarsi dopo il miglioramento dei sintomi psicotici. Vi sono infine dimostrazioni del fatto che gli antidepressivi possono essere efficaci nel trattamento della depressione post-psicotica, ma devono essere prescritti con cautela e con un'adeguata copertura antipsicotica.

Bibliografia

Mario Rossi Monti, Giovanni Stanghellini, (1999), *Psicopatologia della schizofrenia*, Raffaello Cortina, Milano.

DSM-IV, American Psychiatric Association, *Criteri diagnostici*,(1994); trad. it. Masson, Milano, 1999.

DSM-IV-Tr, American Psychiatric Association, *Guida clinica alla diagnosi differenziale*, (2006), Masson, Milano.

Minkowski, E., (1998), *La schizofrenia*, Einaudi, Torino.

Zoletto D., (2003), *Il Doppio Legame. Bateson, Deleuze, Derrida*, Bompiani, Milano.

Da www.ansa.it :Dati epidemiologici relativi alla Schizofrenia, Roma, Maggio 2008.