

PSICOPATOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Riccardo Simoni

1)- LA SCHIZOFRENIA e il suo “continuum” tra Infanzia, adolescenza, età adulta. (EOS).

L'osservazione clinica dei disturbi oggi definiti come “psicotici” ad insorgenza molto precoce (prima dell'adolescenza) è relativamente antica e risale ad almeno due secoli fa, ma il primo inquadramento diagnostico veramente esaustivo e coerentemente sistematico è molto recente.

Storicamente E. Kraepelin aveva incluso tutti i casi di psicosi infantili nel gruppo vasto della “Dementia Praecox” valutando la sua frequenza statistica nel 3,5% per i casi ad inizio prima dei 10 anni e al 2,7% per i casi ad inizio tra i 10 e i 15 anni . Nelle moderne classificazioni internazionali delle malattie mentali il DSM-III (Diagnostic Statistic Manual;1980), il DSM-III-R (1986) e ICD-9 (Internacional Classification Diseases;1978) si distinguono come entità di malattia nosologicamente separate della EOS (Early Onset Schizofrenia).

Infatti prima del DSM-III si poneva diagnosi solo di Schizofrenia come categoria unica per ogni tipo di disturbo psicotico precoce. Unico merito è che viene cancellata la dizione di “Schizofrenia Infantile” in quanto la si considera solo l'esordio tipico di questa malattia e non entità nosologica a sé stante. Tale impostazione resta anche nel DSM-IV.

La Schizofrenia viene così enucleata come malattia autonoma e definita nei suoi criteri categoriali (sia clinici , sia fisiopatologici, sia terapeutici) dalle altre psicosi infantili che vengono classificate come “Disturbi Pervasivi dello Sviluppo” (DPS). Infatti un crescente numero di evidenze clinico-sperimentali indica che le manifestazioni sindromiche conclamate, anche se iniziano in modo più evidente in età adulta, sono in realtà già presenti manifestazioni cliniche più larvate e precoci e che quindi i cosiddetti “prodromi” rappresentano in realtà l'inizio vero e proprio della malattia schizofrenica e non una sua varietà.

La Schizofrenia alla luce delle più recenti scoperte neuroscientifiche è da considerarsi una malattia del lobo frontale (e di altre aree cerebrali interconnesse) legata a gravi danni dello sviluppo cerebrale normale per neurotossicità selettiva da Glutammato. Il Glutammato costituisce uno delle principali neurotrasmettitori eccitatori ed è fisiologicamente antagonizzato dal G.A.B.A. (Gamma Amino Butirric Acid), neurotrasmettitore a prevalente attività inibitoria. Il Glutammato rappresenta il principale neurotrasmettitore eccitatorio per circa il 70% nella corteccia cerebrale.

2)- I DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO. (DPS)

I disturbi Pervasivi o Generalizzati dello Sviluppo (DPS) riguardano un gruppo di gravi anomalie delle competenze sociali, cognitive e comunicative , ad insorgenza molto precoce .

Per semplificare la comprensione di tale entità nosologica si ritiene che siano soggetti con un tipo particolare di deficit riguardo allo sviluppo della “teoria della mente”(ToM). Con tale dizione si intende quella particolare funzione psichica che permette di riconoscere che anche l'altro ha una mente uguale alla tua e con cui puoi entrare in comunicazione. Tale funzione si ritiene lesa in particolar modo e in grado variabile nei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. La Teoria della Mente

(ToM) é quindi un termine che identifica la capacità di “mentalizzare”, è la abilità di rappresentare il proprio stato mentale e quello degli altri come le intenzioni, i desideri, i programmi. Alcuni aspetti della consapevolezza del Sé, considerata secondo i parametri della psicopatologia classica, si sovrappongono al concetto di mentalizzazione e ToM: mentre alcuni dei processi mentali sono utilizzati per la introspezione, la capacità di mentalizzare è principalmente usata in ambito sociale: Questa abilità è ritenuta essere già presente in bambini di 4 anni e continua a svilupparsi fino agli 11 anni circa. Le basi neurobiologiche della ToM vengono principalmente riferite alle funzioni frontali e in particolare alla corteccia pre-frontale.

Alla base di questo gruppo di malattie si presuppongono fattori patogeni di origine genetica, ma anche traumatismi perinatali in grado di provocare microinfarti cerebrali, microscopici e diffusi, soprattutto a livello della corteccia associativa.

Nel DSM-IV i Disturbi Pervasivi comprendono alcuni quadri differenziati, ma appartenenti allo stesso spettro diagnostico. Essi sono:

- il Disturbo Autistico
- la Sindrome di Rett
- il Disturbo Disintegrativo dell' Infanzia
- il Disturbo di Asperger
- il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non Altrimenti Specificato (N.A.S.)

Essi costituiscono, rispetto al Ritardo Mentale, il secondo raggruppamento patologico grave, cronico e a insorgenza precoce, ma molto meno frequente del più comune Ritardo Mentale.

Per quanto riguarda l'evoluzione dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo i risultati degli studi di “follow-up” per inquadrare la storia naturale e l'evoluzione di tale malattia, non sempre sono concordi , anche perché i campioni studiati non sono omogenei.

Tutti gli Autori però concordano tuttavia sul passaggio in adolescenza in età adulta, in quadri di ritardi mentali atipici, cioè con bizzarrie del comportamento. Una parte dei PDS evolve verso disturbi della personalità di tipo autistico, una parte minima (5%) verso quadri schizofrenici conclamati con i tipici Sintomi Positivi e Sintomi Negativi della Schizofrenia. Una certa percentuale (20%-30%) verso la guarigione, con completa autonomia personale ed esercizio di una attività lavorativa. Gli indici predittivi di un'evoluzione favorevole sono: un livello intellettivo nella norma, un linguaggio presente, una diagnosi e una presa in carico precoci (possibilmente nei primi due anni di vita) e una cura precoce protratta nel tempo.

La terapia dell'Autismo e degli altri PDS si avvale fondamentalmente di approcci educativi, psicoterapeutici, di sostegno al nucleo familiare e farmacologici.

Per quanto riguarda l'approccio educativo, in Italia questi bambini non sono inseriti in contesti educativi specializzati, pur necessitando di approcci educativi specifici (Insegnante di Sostegno). Questi interventi educativi riabilitativi devono continuare anche dopo l'Adolescenza, in età adulta , per favorire la socializzazione e la comunicazione. Purtroppo in Italia sono poche le strutture terapeutiche per adulti autistici. Alcune esperienze italiane indicano che gli adulti autistici in un contesto appropriato possono migliorare, mentre se lasciati a se stessi si accentuano i meccanismi deficitari e l'autismo evolve inesorabilmente verso un Ritardo Mentale vero e proprio.

DAL BAMBINO ALL'ADULTO: LA PSICOPATOLOGIA NELLO SVILUPPO

Circa 60 adulti su 100 con patologia psichiatrica hanno presentato disturbi psicopatologici in età evolutiva.:

- in un piccolo gruppo esiste una netta continuità tra i problemi presentati nelle due fasce di età;
- per un gruppo più consistente il disturbo psicopatologico presentato in età evolutiva è sembrato riassorbirsi, ma ha costituito un'area di vulnerabilità per un disturbo clinicamente simile;
- per la maggior parte dei casi gli adulti psichiatrici risultavano aver presentato uno o più disturbi psicopatologici molto diversi come tipologia clinica.

L'esistenza di percorsi così differenziati pone molti quesiti sui livelli di attenzione clinica necessaria per individuare marcatori diagnostici e prognostici utili e affidabili per l'età evolutiva, dato il suo polimorfismo sindromico:

- nei giovani pazienti che hanno già in atto un disturbo psicopatologico franco;
- per bloccare lo sviluppo progressivo di problemi psichiatrici ingravescenti che partono magari da piccoli problemi di sviluppo psicologico e che poi ricadono come una valanga su vulnerabilità neuropsicologiche prevedibili e su interazioni psicopatologiche non più controllabili (vedi, per esempio, il problema delle tossicodipendenze).

La questione della continuità tra la psicopatologia del bambino e dell'adulto ha trovato negli ultimi decenni le prime risposte empiriche rigorose. L'effettuazione di vasti studi prospettici su popolazione a rischio, il raffinamento delle procedure di diagnosi e la disponibilità di nuove metodologie statistiche stanno consentendo di mettere in evidenza i tipi di prodromi e/o antecedenti clinici delle patologie affettive, Ansia e Depressione o Schizofrenia-related, oltre a fornire dati sugli antecedenti dell'abuso di sostanze e/o altri Disturbi presenti in Asse I (che hanno cioè una franca espressività clinica).

Solo l'approccio fenomenologico di scuola tedesca, sviluppatosi in psichiatria con Karl Jaspers e Schneider, ponendosi come "teoricamente ateoretico" non si interroga sulle cause e sui perché, che lascia alle ermeneutiche di stampo psicoanalitico, ma si occupa solo delle modalità espressive. Tale teoria ha prodotto un sistema di rilevamento sintomatologico molto potente: la fenomenologia non si occupa del "perché", ma del "come" avvengono i fenomeni. Questo ha permesso di mettere a punto una struttura formale delle psicosi affettive e schizofreniche, delimitandole in modo netto in due categorie distinte o "unità di malattia": Disturbi della Affettività (Ansia, Depressione, Mania) e Schizofrenia.

Il merito maggiore della fenomenologia è di aver saputo descrivere e ricostruire gli stati mentali alterati che i soggetti malati sperimentano durante questi disturbi cerebrali, cioè nella depressione e nella schizofrenia

Si assume, inoltre, che sussista una condizione di vulnerabilità individuale che predisponga all'esordio del disturbo.

Schneider nel 1932 scriveva che "le psicosi sono malattie che ancora non possiamo fondare su base organica". Oggi dovremmo correggerlo col dire che "sono malattie sempre più inesorabilmente fondate su base organica".