

Read J., Perry B.D., Moskowitz A., Connolly J. (2001) The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a Traumagenic Neurodevelopmental Model, *Psychiatry*, 64 (4), 319-345.

**Parole chiave:** *schizofrenia, trauma, abuso, neurobiologia.*

**Abstract:** L'attuale modello sulla schizofrenia "diatesi-stress" propone che un deficit neurologico di natura generale rende il soggetto vulnerabile e ipersensibile ai fattori di stress. Si può tuttavia pensare allo stress dovuto a esperienze sfavorevoli di vita come fattore che contribuisce alla diatesi. L'articolo esamina una possibile spiegazione per l'alta prevalenza di abuso infantile ritrovato in adulti diagnosticati come schizofrenici. Si propone un Modello Evolutivo Traumagenico (MET) della schizofrenia, documentando la sovrapposibilità tra gli effetti degli eventi traumatici sul cervello infantile in evoluzione e le alterazioni biologiche dei soggetti schizofrenici (iper reattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, alterazioni della dopamina, noradrenalina e serotonina, danni all'ippocampo, espansione dei ventricoli cerebrali, predominanza dell'emisfero destro, insufficienza cognitiva, produzione dei sintomi produttivi e di ritiro, sintomi psicotici e dissociativi). Si raccomanda che i clinici indagino le esperienze sfavorevoli infantili degli adulti con sintomi psicotici, per meglio progettare la terapia. Si raccomanda l'ulteriore studio del modello proposto (MET).

### **Riassunto**

#### *Introduzione*

Questo articolo esplora la possibilità che, per alcuni soggetti diagnosticati come schizofrenici, esperienze sfavorevoli infantili, perdite, deprivazioni possano non solo costituire i 'grilletti' dei sintomi schizofrenici ma anche, se le esperienze sono abbastanza precoci e gravi, di fatto possano essere all'origine delle anomalie neuroevolutive che stanno alla base della accresciuta sensibilità ai fattori di stress. Si esplorerà la similarità tra gli effetti neurobiologici delle esperienze traumatiche e le anomalie neurobiologiche del soggetto schizofrenico; si farà anche attenzione alla prevalenza tra gli schizofrenici di abuso nell'infanzia.

Si seguirà l'ipotesi che l'abuso infantile, con i suoi effetti a lungo termine, produca le anomalie neurologiche e biochimiche riscontrate in soggetti schizofrenici (SF) (iper reattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene; anomalie nei neurotrasmettitori; modificazioni strutturali del cervello, come il danno all'ippocampo, l'atrofia cerebrale, l'espansione dei ventricoli, l'inversione dell'asimmetria tra emisferi). Queste anomalie indotte dai traumi possono alla fine farci comprendere vari aspetti della schizofrenia, come l'ipersensibilità allo stress, l'insufficienza cognitiva, i sintomi produttivi o di ritiro, la sintomatologia psicotica e dissociativa.

Chi sostiene il modello biopsicosociale argomenta che gli SF non sono sottoposti a sproporzionati fattori stressanti, ma soltanto rispondono troppo allo stress. Questa forma di vulnerabilità sarebbe geneticamente ereditata. Non vengono invece cercate le cause della vulnerabilità nel campo interpersonale. Negli ultimi 40 anni, per ogni studio che indaga la relazione tra abuso infantile e SF ci sono ben 30 studi sulla biochimica della SF e 46 sulla genetica. Persino gli studi sulla SF infantile ignorano ogni fattore di stress che non sia il trauma alla nascita e le infezioni virali. Per contro nessuno dei 19.099 studi anteriori al 2001 sulle varie forme di abuso all'infanzia ha esplorato il rapporto con la SF.

Si parte dal preconcetto che ogni disturbo nelle relazioni connesso alla SF sia l'effetto e non una possibile causa della malattia. Fortunatamente la British Psychological Society nel 2000, nel riportare la solita teoria basata sulla

combinazione diatesi-stress, ha aggiunto che “la sensibilità a un particolare fattore di stress può naturalmente almeno in parte essere il risultato di eventi che siano precedentemente accaduti nella vita del soggetto”.

Tuttavia anche riguardo alla SF le teorie neuroevolutive hanno sostituito le teorie neurodegenerative: le anomalie cerebrali precedono, e non seguono, la SF.

#### *La relazione tra abuso infantile e schizofrenia*

La gamma di malattie dell'adulto in cui l'abuso all'infanzia è stato dimostrato rilevante nella eziologia includono depressione, ansia, PTSD, disturbi alimentari, abuso di sostanze, disfunzioni sessuali, disturbi di personalità e disturbi dissociativi. Si pensa invece che poco l'abuso all'infanzia sia correlato a psicosi e schizofrenia.

Molti studi confermano l'alta prevalenza tra pazienti psichiatrici (femmine e maschi) di esperienze di abuso sessuale e maltrattamento fisico, ma anche abusi infantili misti e di altra natura. Sono in aumento gli studi anche sulla relazione tra abuso all'infanzia e schizofrenia: alcuni studi sui bambini figli di SF adottati in famiglie normofunzionanti smentiscono per contro la trasmissione genetica della SF. In uno studio sviluppato nell'arco di 30 anni in 524 servizi di neuropsichiatria infantile risulta che il 35% dei soggetti che diventano SF da adulti erano stati allontanati da casa per trascuratezza, in proporzione doppia rispetto agli altri gruppi diagnostici. In un altro studio, il 60% di donne diagnosticate SF era una vittima di pregresso abuso sessuale nell'infanzia (CSA), mentre in un altro studio la proporzione in un campione analogo era del 48% di CSA e del 52% di violenza assistita. Altre ricerche confermano che il maltrattamento psicologico, caratterizzato da ostilità verso il bambino, è un fattore predittivo di SF. L'abuso sessuale nell'infanzia, se grave, è significativamente connesso alla produzione di allucinazioni uditive e visive, pensieri intrusivi, ideazione paranoide, convinzione di leggere nella mente degli altri. Queste 'allucinazioni' sono a volte, in realtà, intensi ricordi fattuali dell'abuso subito.

Queste correlazioni tra abuso subito e SF permangono dopo il controllo di altre variabili, come lo stato socio economico, la violenza nella coppia, l'abuso di sostanze o la malattia psichiatrica dei genitori e altri traumi infantili.

#### *Effetti neuroevolutivi dell'abuso e della trascuratezza nell'infanzia*

Tali effetti sono particolarmente probabili se gli eventi sono gravi, imprevedibili, persistenti.

La prima risposta post traumatica è l'ipervigilanza, manifestata, ad esempio, da un ritmo cardiaco accelerato a riposo, segno che si ritrova anche in bambini e adulti SF.

La seconda reazione è quella dissociativa, adattiva nell'immediato ma ipersensibilizzante se cronica.

E' nota anche l'iperreattività secondaria al trauma dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, nonché multiple anomalie dei neurotrasmettitori, come dopamina e serotonina: anomalie ritrovate anche in soggetti SF.

Quanto ai danni strutturali, sono note le lesioni dell'ippocampo, connesso all'apprendimento e alla memoria. Danni all'ippocampo sono di comune ritrovamento in SF adulti e proprio nella regione anteriore che regola il livello di cortisolo. Tali lesioni sono già evidenti al primo episodio di SF e quindi evidentemente il danno precede l'esordio dei sintomi. Il malfunzionamento dell'ippocampo è stato constatato anche nelle SF ad esordio infantile.

Analogamente avviene per l'atrofia cerebrale e l'espansione dei ventricoli, comune sia nella SF che nelle sequele dei traumi infantili gravi: è accertato che queste anomalie si instaurano quando il cervello è ancora in fase evolutiva.

Molti adulti SF hanno una asimmetria cerebrale inversa, con il lato sinistro più piccolo del destro, invece del contrario, assetto comune nella maggior parte della gente. Anche in questo caso si tratta di una anomalia ad esordio precoce. Anche nei soggetti vittime di abuso nell'infanzia si ritrovano anomalie dell'emisfero sinistro, specie nel maltrattamento psicologico; e adulti sopravvissuti ad abuso fisico o sessuale mostrano un volume ridotto della parte sinistra dell'ippocampo rispetto ai soggetti di controllo.

In sintesi, in ogni area esaminata le anomalie biochimiche e neuroanatomiche particolarmente associate con la SF sono sovrapponibili a quelle indotte dallo stress connesso all'abuso all'infanzia.

Dal punto di vista funzionale, le distorsioni e le insufficienze cognitive connesse alla SF risultano l'effetto di un decadimento di funzione progressivo dall'infanzia all'età adulta e qualitativamente molto simili a quelle riscontrate come esito di abuso subito nell'infanzia.

Interessante è anche ipotizzare che i meccanismi di iperattivazione/ipervigilanza come anche i meccanismi dissociativi comuni nei soggetti traumatizzati siano le vie attraverso cui si producono i sintomi della SF, sia come allucinazioni sia come ritiro e anedonia.

*E' necessario guardare alle sequele dell'abuso all'infanzia non costruendo diagnosi segmentarie sulla base dei sintomi, ma in una prospettiva di continuità a lungo termine, che comincia con risposte adattive alle esperienze sfavorevoli precoci ed evolve in una gamma di disturbi maladattivi in aree multiple personali e relazionali: in questo continuum stanno PTSD, disturbi dissociativi e schizofrenia.*

#### *Implicazioni cliniche*

I clinici che entrano in contatto con pazienti psichiatrici identificano abusi in una proporzione molto inferiore di quanto risulta dalle ricerche retrospettive su campioni costituiti proprio da pazienti psichiatrici. Da uno studio risulta che anche quando le schede anamnestiche per il ricovero includono una sezione specifica per la storia degli abusi, queste domande vengono rivolte soltanto al 32% dei pazienti, e ciò accade in particolare con soggetti SF, specie se intervistati da professionisti che sono orientati alle teorie biogenetiche.

Quando poi l'abuso viene identificato, qual è la risposta dello staff della salute mentale? Un supporto specifico durante il ricovero, come possibilità di discutere l'abuso e di ricevere informazioni in proposito, secondo lo stesso studio, è riservato solo al 12% dei pazienti psichiatrici vittime di CSA e all'8% delle vittime di maltrattamento fisico. Il 12% viene indirizzato a servizi specifici per l'abuso dopo la dimissione. Queste già piccole porzioni di pazienti scendono a zero se la diagnosi è di psicosi o di SF.

Le ragioni addotte dallo staff per questo comportamento sono: la presenza di troppe esigenze e preoccupazioni più immediate; l'idea che pazienti psicotici possano aver soltanto immaginato l'abuso; la paura di suggestionare il paziente chiedendo dell'abuso; la paura di essere accusati di demonizzare la famiglia.

E' d'altra parte incontestabile che i soggetti SF traumatizzati abbisognino di un trattamento specifico, che integri gli interventi centrati sul trauma con altri metodi riconosciuti efficaci nei soggetti SF. Con particolare attenzione vanno guardati gli interventi di gruppo per donne SF che hanno subito abuso sessuale nell'infanzia, che in molti casi sono riusciti a ridurre le allucinazioni e l'ideazione paranoide.

La ricerca sul rapporto tra SF e abuso nell'infanzia deve continuare e svilupparsi.