



**DISTURBI PSICOTICI**

# Schizofrenia

---

“Pazzia” e “follia” sono stati i termini con cui i disturbi psicotici sono stati da sempre descritti in tutte le culture e in ogni tempo

# Schizofrenia

---

**Malattia psichiatrica economicamente ed emotivamente più devastante:**

- Colpisce 0.5-1% della popolazione
- Inizia in età giovanile ed il suo decorso è notevolmente lungo
- Notevole impatto sulla famiglia
- Notevole costo per la comunità (2% del prodotto interno lordo negli USA)
  - 2/3 del costo per la perdita di forze produttive
  - 1/3 del costo per le cure, l'assistenza pubblica

# Schizofrenia

## Notizie Storiche

---

**“Dementia Praecox”**: Emil Kraepelin (1856-1926)

- Soggetti che presentavano deliri, deterioramento cognitivo in età giovanile con decorso progressivo e cronico
- Distinti dalla demenza di Alzheimer e senile
- Distinti dalla malattia maniaco-depressiva (si presenta a qualsiasi età, decorso episodico, esito con minore deterioramento)

# Schizofrenia

## Notizie Storiche

---

**"Schizofrenia":** Bleuler Eugen (1857-1939):

- Letteralmente: **"Scissione della mente"**
- Alterazione fondamentale e unificante era il disturbo del pensiero caratterizzato dalla scissione o allentamento delle capacità associative
- Decorso cronico o recupero

# Bleuler E. (1911)

---

- **Sintomi Primari:** dipendenti dal processo morboso responsabile della malattia
  - disturbi formali del pensiero
  - disturbi dell'affettività, della volizione e del comportamento
  - ambivalenza
  - autismo
- **Sintomi Secondari:** adattamento ai sintomi primari
  - deliri
  - allucinazioni
  - disturbi del linguaggio e della scrittura
  - sintomi catatonici

# Bleuler E. (1911)

---

## I sintomi fondamentali di Bleuler

- Non sono "tutto o nulla", ma presenti lungo un continuum che va dalla normalità alla patologia
- Allargamento del concetto di schizofrenia
- Anni '50 e '60 ampia diffusione della diagnosi di schizofrenia negli USA
- Studi comparativi tra psichiatri americani e inglesi sulle pratiche diagnostiche : diversità e teoriche tra psichiatri appartenenti a diverse culture
- Necessità di individuare criteri diagnostici maggiormente attendibili e condivisibili

# Kurt Schneider (1887-1967)

---

## Sintomi di Primo Ordine

- Eco del pensiero
- Voci che commentano le azioni del paziente
- Voci che discutono tra di loro riferite al paziente
- Esperienze di influenzamento e di controllo esterno delle emozioni, degli impulsi, della volontà
- Furto del pensiero e trasmissione del pensiero

## • Sintomi di Secondo Ordine

- Altri disturbi delle percezioni
- Perplessità
- Impoverimento affettivo
- Cambiamenti d'umore in senso depressivo o euforico



# Crow 1980

---

## Schizofrenia tipo I

- Sintomi positivi (deliri, allucinazioni, disturbi formali del pensiero)
  - Buona risposta ai farmaci neurolettici
  - Esacerbata dagli agonisti dopaminergici
  - Non associata a danno organico cerebrale (TAC negativa)
  - Esordio acuto
  - Non associata a deficit cognitivo
  - Verosimilmente legata ad iperattività dopaminergica mesolimbica
-

# Crow 1980

---

## Schizofrenia tipo II

- Sintomi negativi (appiattimento affettivo, perdita d'iniziativa, povertà del linguaggio, anedonia....)
- Presenza di danno organico cerebrale (evidenziabile alla TAC)
- Associata a deficit cognitivo
- Decorso cronico
- Scarsa risposta ai neurolettici
- Presenza di discinesie tardiva

# Andreasen et al. 1982

---

- Schizophrenia Negativa
- Schizophrenia Positiva
- Schizophrenia Mista

# Schizofrenia

## Le Dimensioni Psicopatologiche

---

- **Dimensione Positiva**

Allucinazioni

Deliri

- **Dimensione Disorganizzata**

Disorganizzazione del linguaggio

Disorganizzazione del comportamento

### Dimensione Negativa

- **Appiattimento dell'affettività**
  - Fissità dell'espressione del volto
  - Diminuzione dei movimenti spontanei
  - Scarsità della gestualità espressiva
  - Scarso contatto visivo
  - Assenza di risposta affettiva
  - Affettività inappropriata
  - Mancanza di inflessioni nella voce
- **Alogia**
  - Povertà del linguaggio
  - Povertà del contenuto del linguaggio
  - Blocco
  - Aumento della latenza della risposta
- **Riduzione dell'attività motoria-apatia**
  - Compromissione nella cura della persona e igiene
  - Mancanza di perseverazione nel lavoro/scuola
  - Anergia fisica
- **Anedonia-asocialità**
  - Scarsi interessi/attività relazionali e/o sessuali
  - Scarsi rapporti stretti/Riduzione relazioni
- **Compromissione dell'attenzione**

**schizophrenia**

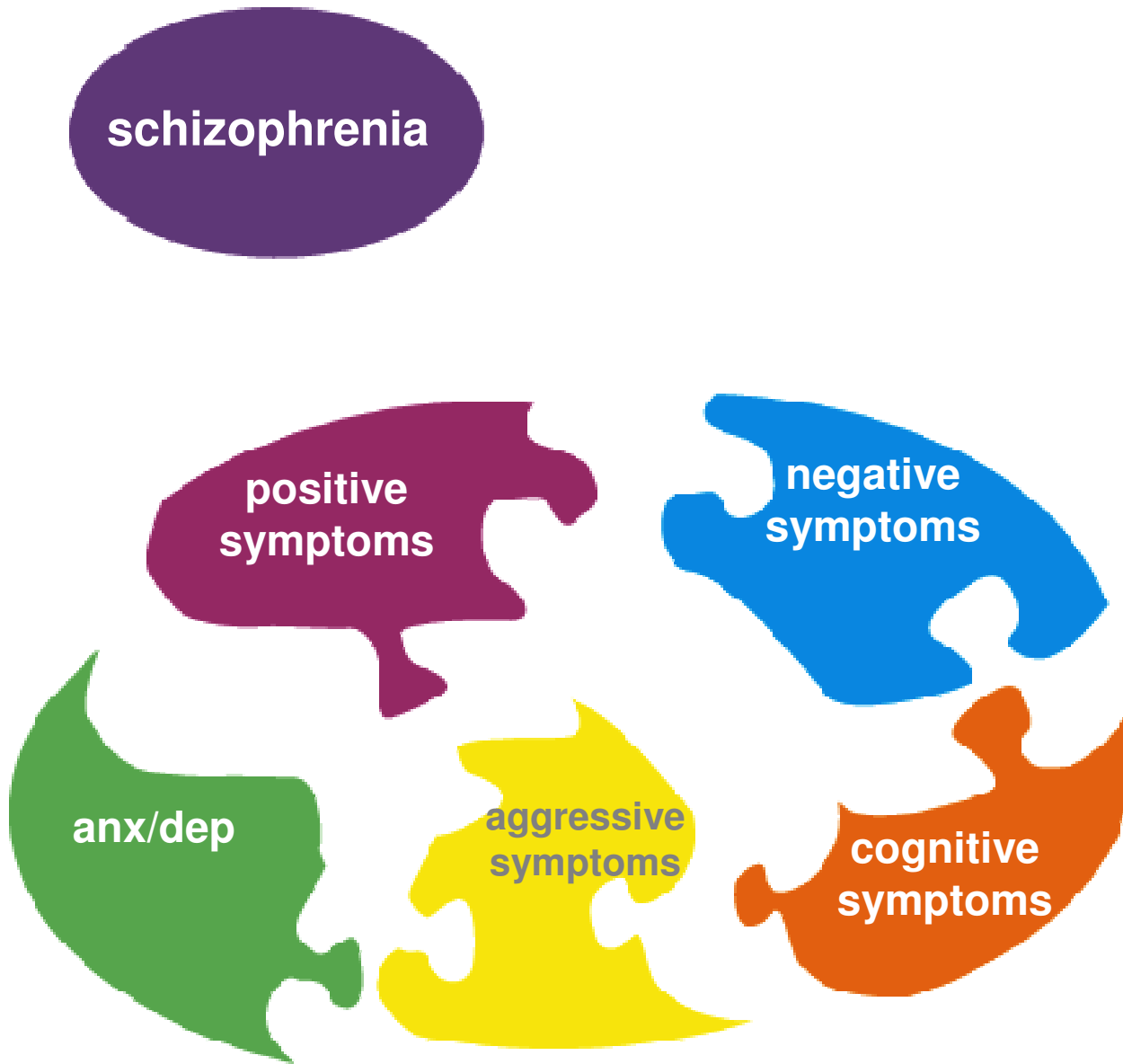
**positive  
symptoms**

**negative  
symptoms**

**anx/dep**

**aggressive  
symptoms**

**cognitive  
symptoms**



# SINTOMI NEGATIVI

*Carpenter et al. 1985*

---

- **Sintomi Negativi Primari**
  - Transitori o fasici
  - Persistenti o deficitari
  
- **Sintomi Negativi Secondari**
  - Depressione
  - Effetti Extrapiramidali dei neurolettici
  - Ipostimolazione ambientale
  - Sintomi Positivi
  - Malattie Organiche Concomitanti

# SINTOMI NEGATIVI PRIMARI

## *Carpenter et al. 1988*

---

- **Transitori o Fasici:**
  - Associati coi sintomi positivi durante gli episodi psicotici acuti
  - Durata < 1 anno
  - Rispondenti al trattamento antipsicotico
  - Legati a:
    - Disintegrazione delle capacità di *coping*
    - Preoccupazioni interne per l'esperienza psicotica
    - Demoralizzazione e disperazione
    - Ritiro sociale secondario alla necessità di ridurre la stimolazione sensoriale a causa del deficit del filtro sensoriale

# SINTOMI NEGATIVI PRIMARI

## *Carpenter et al. 1988*

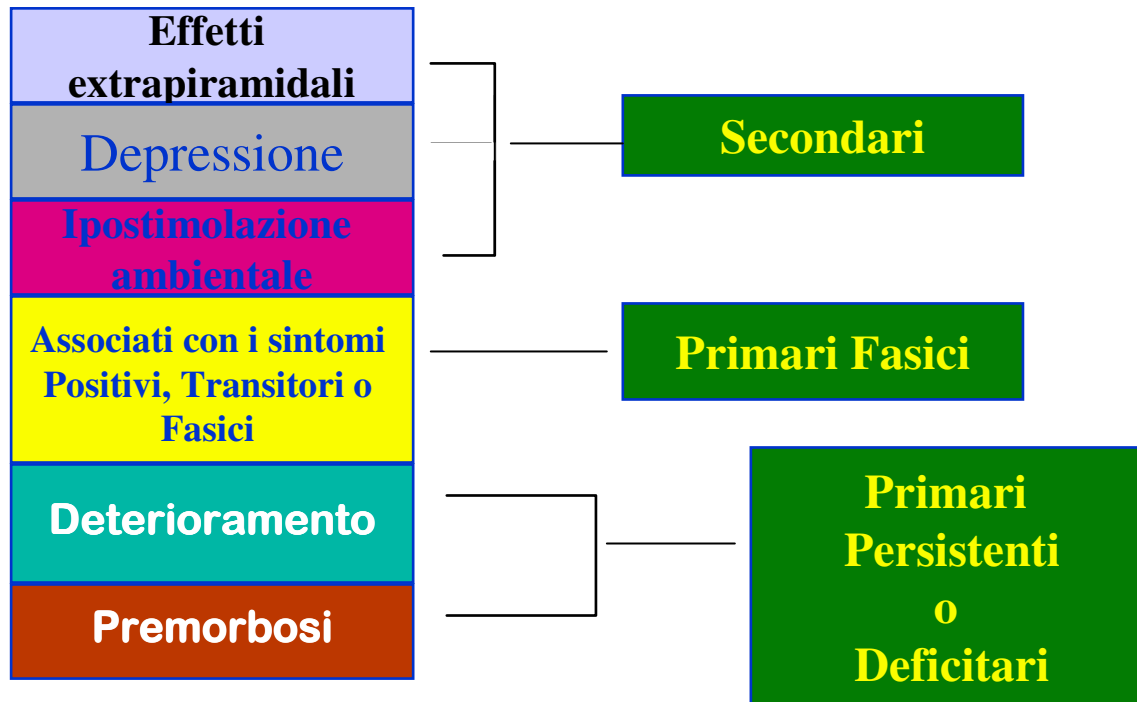
---

- Duraturi o Deficitari:
  - Indipendenti dagli episodi psicotici
  - Durata > 1 anno
  - Resistenti al trattamento antipsicotico
  - Dipendenti da:
    - Alterato neurosviluppo (premorbo)
    - Neurodegenerazione (deterioramento psicotico)



# COMPONENTI DEI SINTOMI NEGATIVI

---



# Classificazione della Schizofrenia e dei Disturbi Schizofreno-simili

---

Entrambi i sistemi classificativi (ICD-10 e DSM-IV) distinguono la malattia schizofrenica: nel DSM-IV viene posta più enfasi sul decorso e il peggioramento funzionale, mentre nell'ICD 10 sono enfatizzati i sintomi di prim'ordine di Schneider.

Entrambi i sistemi identificano i disturbi schizofrenici con prominenti sintomi depressivi, le sindromi con sintomatologia schizofrenica ma di breve durata e quelle con esclusiva sintomatologia delirante senza altre manifestazioni schizofreniche

# ICD-10

---

- **Schizofrenia:**
  - Paranoide
  - Ebefrenica
  - Catatonica
  - Indifferenziata
  - Residua
  - Semplice
  - Depressione post-schizofrenica
  - Schizofrenia non specificata

# DSM-IV

---

- **Schizofrenia**
  - Paranoide
  - Disorganizzata
  - Catatonica
  - Indifferenziata
  - Residua

# Sottotipi di Schizofrenia

---

- **Schizofrenia Paranoide**

- Preoccupazione relativa a uno o più deliri sistematizzati o frequenti allucinazioni uditive (spesso associata a manifestazioni di rabbia o violenza)
- Poco rilevanti sono l'eloquio disorganizzato, il comportamento disorganizzato o catatonico, l'affettività appiattita o inadeguata

- **Schizofrenia Disorganizzata (ebefrenica)**

- Disorganizzazione del linguaggio e del comportamento, con inadeguatezza e appiattimento dell'affettività
- I deliri e le allucinazioni, se presenti, sono frammentati e non ben sistematizzati come nella forma paranoide
- Esordio precoce, sviluppo insidioso di avolizione, appiattimento affettivo, e compromissione cognitiva
- Appaiono spesso sciocchi e infantili
- Più frequentemente uno scarso funzionamento premorbo

# Sottotipi di Schizofrenia

---

- **Schizofrenia Catatonica**
  - Oggi di più rara osservazione
  - Arresto motorio come catalessia o stupor
  - Eccessiva attività motoria e senza scopo
  - Negativismo estremo
  - Tendenza all'acquisizione di posture fisse (pose inadeguate e bizzarre), manierismi rilevanti e stereotipie
  - Ecolalia e ecoprassia
- **Schizofrenia Indifferenziata**
  - nessuna delle caratteristiche precedenti
- **Schizofrenia Residua**
  - Pazienti che non hanno più importanti sintomi psicotici, ma che un tempo soddisfacevano i criteri della schizofrenia e continuano a presentare il disturbo come documentato dalla presenza di sintomi negativi

# ICD-10

---

- **Disturbi psicotici acuti e transitori**
  - Disturbo psicotico acuto polimorfo
  - Disturbo psicotico simil-schizofrenico
  - Altri disturbi psicotici acuti
- **Disturbi deliranti persistenti**
  - Disturbo delirante
  - Altri disturbi deliranti persistenti
- **Disturbo delirante indotto**
- **Psicosi non organiche non specificate**

# DSM-IV

---

- Disturbo psicotico breve
- Disturbo schizofreniforme
- Disturbo schizoaffettivo
- Disturbo delirante
- Disturbo psicotico condiviso
- Disturbi psicotici NAS



# DSM-IV

---

- **Disturbo Psicotico Breve**
  - almeno uno dei sintomi della fase acuta della schizofrenia
  - durata superiore a 1 giorno, ma inferiore a un mese
  - indotto o meno da un evento stressante
- **Psicosi Schizofreniforme**
  - sindrome simile alla schizofrenia
  - durata superiore a un mese, ma inferiore a sei mesi

# Il Disturbo Schizoaffettivo

---

## DSM IV

- periodo ininterrotto di malattia, durante il quale si verifica o un episodio depressivo maggiore o un episodio maniacale o un episodio misto in concomitanza con i sintomi della fase attiva della schizofrenia
- durante questo periodo i sintomi psicotici della fase acuta devono essere stati presenti per almeno due settimane in assenza di rilevanti sintomi dell'umore (altrimenti la diagnosi è di disturbo dell'umore con aspetti psicotici)
- i sintomi affettivi devono essere presenti per una considerevole parte della durata totale della malattia

## ICD 10

- la diagnosi può essere fatta solo quando sia i sintomi schizofrenici classici e quelli affettivi classici sono equamente rilevanti e presenti simultaneamente

# Il Disturbo Delirante (Paranoide)

---

- **Disturbo caratterizzato dalla presenza di deliri non bizzarri** (cioè, concernenti situazioni che ricorrono nella vita reale), ben sistematizzati, accompagnati da affettività adeguata al delirio e che si manifesta in presenza di una personalità relativamente ben conservata con un funzionamento sociale e lavorativo relativamente non compromesso. Mancano i sintomi di fase attiva della schizofrenia (allucinazioni, disturbi del linguaggio) o, comunque, non sono rilevanti
- **Durata di almeno un mese** per il DSM IV, 3 mesi per ICD 10
- **Epidemiologia**
  - Insorgenza nell'età adulta-media
  - Prevalenza: 30/100000 abitanti
- **Tematiche:** Erotomaniche, di grandezza, di gelosia, di persecuzione, sindrome di Capgras e di Fregoli,...
- **Condizioni particolari:** delirio condiviso, psicosi da emigrazione, prigionia.

# Disturbi Deliranti in Particolari Situazioni

---

## Disturbo delirante indotto o condiviso (Folie à deux)

- sindrome delirante che si sviluppa in una persona in seguito a una relazione stretta con un'altra persona affetta da una simile condizione
- tematiche persecutorie
- abitualmente vi è un partner dominante che presenta una condizione delirante solida e sistematizzata e la induce nel proprio compagno (generalmente dipendente) dopo un'iniziale resistenza da parte di quest'ultimo. La condizione può interessare, due sorelle, marito e moglie, fratello e sorella,.....

## Psicosi da emigrazione

- nella migrazione in paesi stranieri è possibile che alcune persone possano sviluppare deliri di persecuzione a causa del loro diversità fisica, di linguaggio e di abitudini

## Psicosi da Prigionia

- carcerati in isolamento; si risolvono quando a questi è consentito stare con gli altri

# Schizofrenia

## *Manifestazioni Cliniche*

---

- **Esordio:**
  - Tra i 15 e 25-30 anni
  - Fase prodromica:
    - progressivo ritiro sociale
    - Comparsa di interessi particolari (magia etc...)
    - Umore delirante
    - Compromissione del funzionamento sociale e del rendimento scolastico

# Schizofrenia

## *Manifestazioni Cliniche*

---

- **Fase attiva di malattia:**
  - Sintomatologia conclamata, che allarma i familiari e conduce all'intervento medico
- **Fase residua:**
  - Simile alla fase prodromica, anche se l'appiattimento affettivo e la compromissione socio-lavorativa possono essere più marcati
  - I sintomi psicotici possono persistere, ma ad un minore livello di intensità
  - Riesacerbazioni intercorrenti (precedute o meno da segni premonitori)

# Schizofrenia

## *Manifestazioni Cliniche*

---

- **Disturbi del Pensiero**
  - disturbi del contenuto del pensiero
  - disturbi della forma del pensiero
    - disturbi del flusso del pensiero
    - disturbi dei nessi associativi
- **Disturbi delle Percezioni**
- **Disturbi Cognitivi**
- **Disturbi Comportamentali e Motori**
- **Disturbi dell'Affettività**
- **Mancanza di Capacità Introspettiva (insight)**

# Schizofrenia

## *Disturbi del Contenuto del Pensiero*

---

- Primario:** idee deliranti non comprensibili; tipico della schizofrenia, alterazione di giudizio di verità
- **“Strutturato” o sistematizzato:** presenza di idee deliranti articolate nei loro nessi logici, stabili nei loro contenuti e coerenti nelle loro articolazioni interne, spesso a partenza da un nucleo centrale individuabile
  - **“Non strutturato”:** idee deliranti mutevoli nei loro contenuti e non coerenti, frammentarie e disarticolate, vissute separatamente le une dalle altre: tipico della scf ebefrenica



# Schizofrenia

## *Disturbi del Contenuto del Pensiero*

---

- Tematiche di Pericolo o Minaccia:
  - **persecuzione:** convinzione di essere vittima di congiure, venefici, reati, molestie, inganni
  - **riferimento:** convinzione che fatti o situazioni neutre abbiano un significato personale e negativo
  - **influenzamento:** convinzione di essere vittima di influenze esterne
  - **veneficio, di rivendicazione, di controllo:** erronea sensazione che la volontà, i pensieri o i sentimenti siano controllate da forze esterne; tipiche manifestazioni sono: furto, inserzione, trasmissione e eco del pensiero),
  - **nichilistico** convinzione che gli altri e il mondo non esistano, che i propri visceri non esistano più

# Schizofrenia

## Disturbi del Contenuto del Pensiero

---

- Tematiche Espansive:
  - **grandezza** convinzione di essere un grande personaggio, **genealogico**, di **riforma**, di **onnipotenza**, di **rivendicazione-querela**
  - **mistico** convinzione di essere investito da una missione religiosa
- Tematiche legate alla sessualità-riproduzione:
  - **erotomanico** convinzione che qualcuno sia profondamente innamorato
  - di **gelosia** infedeltà del partner

# Schizofrenia

## Disturbi del Contenuto del Pensiero

---

*Falsi riconoscimenti deliranti:* Errate identificazioni su base delirante

- *Palignosia* (convincimento di riconoscere estranei come amici o parenti)
- *Sindrome del sosia* (una persona si ritiene sostituita dal suo sosia; se è persistente, costituisce il nucleo centrale della:
- *Sindrome di Capgras* (una persona nota o un familiare è stato sostituito da impostore che è un sosia perfetto)
- *Sindrome di Intermetamorfosi* (una persona si trasforma in un'altra)
- *Sindrome di Fregoli* (la persona identifica una persona familiare, in genere il presunto persecutore, in vari estranei, che rappresenterebbero lo stesso individuo sotto vari camuffamenti)

# Schizofrenia

## Disturbi della Forma del Pensiero

---

- disturbi del flusso del pensiero
  - *Accelerazione ideativa*: flusso delle idee accelerato; si esprime con *logorrea* (il pz verbalizza, rapidamente e incompletamente, è difficile interromperlo). Il suo grado estremo è la "*ideorrea o fuga delle idee*" (il pz perde il controllo delle parole e per il pensiero accelerato ha impulso a parlare con associazioni casuali o innescate da stimoli esterni per assonanza, tipico del pz maniacale).
  - *Assonanza*: Associazione di parole simili per suono, ma non per significato (rime e giochi di parole)
  - *Condensazione*: Due o più frammenti di idee si fondono in una nuova idea bizzarra
  - *Deragliamento*: Le idee deviano in direzione non apparentemente collegata con il concetto di partenza
  - *Barrage o Blocco*: Interruzione brusca del flusso ideico (prima che vengano completati i pensieri)

# Schizofrenia

## Disturbi della Forma del Pensiero

---

- disturbi del flusso del pensiero
  - *Iperinclusione*: idee o concetti non pertinenti nel corso del pensiero (inserimento di idee secondarie che vengono alla mente durante un colloquio e che normalmente sono soppresse)
  - *Risposte di traverso*: non pertinenti
  - *Tangenzialità*: incapacità di avere associazioni dirette allo scopo, risposte non attinenti o del tutto irrilevanti)
  - *Circostanzialità*: pensiero lento e ricco di dettagli irrilevanti che rendono prolisso il discorso
  - *Perseverazione*: il pensiero persiste oltre il contesto che lo ha innescato: risposte persistenti a stimoli precedenti
  - *Pensiero concreto*: difficoltà nei processi di astrazione e di sintesi nella formulazione di ipotesi
  - *Incoerenza*: pensiero che generalmente non è comprensibile (svolgimento parallelo di pensieri senza connessione)

# Schizofrenia

## Disturbi della Forma del Pensiero

---

### •Disturbi dei nessi associativi

- **Dissociazione ideativa:** i nessi associativi tra le idee sono compromessi, alterazione della continuità logica o finalistica fino alla "*insalata di parole o schizoafasia*"; tipica della fase agitata della schizofrenia ebefrenica, ma compare anche nei pz maniacali e nelle patologie da abuso.
- **Vischiosità;** non riuscire a passare da un argomento all'altro, insistere ripetitivamente con insignificanti variazioni.
- **Verbigerazione;** ripetizione di parole o frasi senza senso.
- **Particolarismo;** incapacità a distinguere l'accessorio dall'essenziale senza che la struttura generale sia alterata)

# Schizofrenia

## Disturbi della Forma del Pensiero

---

Per valutare il flusso del pensiero si è soliti studiare il linguaggio, ma non sempre vi è totale corrispondenza: così l'accelerazione ideativa può essere tanto elevata da condurre al mutismo !!!

# Schizofrenia

## Disturbi delle Percezioni

---

### ALLUCINAZIONI:

Percezione in assenza di uno stimolo adeguato (oggetto esterno). E' stata anche definita "Percezione delirante" in quanto ha molti punti in comune col delirio (dinamiche proiettive, mancanza di critica, credenza irriducibile nella realtà sensoriale, anzichè ideativa)

Le allucinazioni si differenziano a seconda delle modalità sensoriali interessate



# Schizofrenia

## Disturbi delle Percezioni

---

### - Allucinazioni uditive

- **semplici:** rumori, cigolii, ronzii, suoni inanimati
- **complesse:** voci bisbigliate (le allucinazioni *parafasiche* sono un bisbiglio incomprensibile), urlate, multiple (colloquio di voci), note o sconosciute, maschili o femminili. Tipiche del paziente schizofrenico sono le voci che commentano azioni, pensieri, desideri del pz con tono benevolo o insultandolo; spesso si riferiscono al pz, dialogando tra loro, in terza persona; impartiscono ordini o divieti (voci imperative); possono ripetere il pensiero del pz (eco del pensiero)

# Schizofrenia

## Disturbi delle Percezioni

---

- **Allucinazioni visive**
  - **semplici**: lampi di luce, bagliori, corpi luminosi o opachi, colori
  - **complesse**: scene statiche o dinamiche
  - **macropsie**: figure di dimensioni maggiori rispetto all'originale
  - **micropsie**: figure di dimensioni ridotte rispetto all'originale
  - **allucinazioni dismorfiche**: figure deformate rispetto all'originale
  - **persone conosciute o sovranaturali**: Gesù, santi, diavoli compaiono sui muri o nella TV
  - **allucinazioni zooptiche**: animali e insetti

Le allucinazioni visive sono frequenti nella schizofrenia, nella depressione, ma anche nelle **patologie su base organica** (tumori e traumi cerebrali, cerebrovasculopatie) nelle patologie da **abuso di sostanze** (con l'alcol si hanno microzoopsie)

# Schizofrenia

## Disturbi delle Percezioni

---

- Allucinazioni olfattive e gustative (resistenti ai neurolettici)
- Allucinazioni tattili o somestesiche
  - semplici:
    - *Allucinazioni Idriche* sentirsi bagnato
    - *Allucinazioni Aptiche* sentire scosse elettriche
    - *Sensazioni di caldo-freddo*
    - *Allucinazioni Zooptiche* avvertire sulla cute tocamenti di animali che camminano sopra o sotto la pelle
    - *Allucinazioni relative alla sfera genitale* essere violentati, essere eccitati
  - complesse o interocettive: Il pz sente coltelli infissi nel corpo o che qualcosa gli si muove dentro (movimento di organi interni), o che parti del suo corpo si infiammano o scoppiano, o stesse sensazioni in parti diverse del corpo.

# Schizofrenia

## Disturbi del Linguaggio

---

- **Povert  dell'eloquio:** riduzione dell'eloquio spontaneo con risposte brevi e poco elaborate
- **Mutismo:** silenzio volontario
- **Aumentata latenza di risposta**
- **Ecolalia:** ripetizione automatica di frasi o parole dell'interlocutore (spesso intonazione ironica o sarcastica)
- **Neologismi:** uso di parole neofornate create dal pz (spesso attraverso la combinazione di sillabe di altre parole)
- **Paralogismi:** uso di parole con significato diverso da quello comune

# Schizofrenia

## Alterazioni Comportamentali e Motorie

---

- **Manierismi:** accentuazione caricaturale di determinati comportamenti (come il parlare in farsetto, compiere goffi movimenti o salutare) che hanno un significato manifesto
- **Stereotipie:** movimenti regolari ripetuti senza un significato manifesto
- **Ecoprassia:** ripetizione dei movimenti dell'intervistatore
- **Ecolalia:** ripetizione delle parole dell'intervistatore
- **Negativismo:** opposizione a tutto ciò che viene chiesto
- **Agitazione psicomotoria:** stato di estrema irrequietezza con ansia
- **Arresto psicomotorio (catatonia):** immobilità totale
- **Catalessia:** mantenimento delle posture imposte (flexibilitas cerea)

# Schizofrenia

## Alterazioni Comportamentali e Motorie

---

- **Deterioramento del comportamento sociale**
  - Ritiro sociale
  - Comportamento bizzarro:
    - Scarsa cura della propria persona
    - Scarsa cura dell'ambiente di vita
    - Comportamenti inappropriati in pubblico
    - Raccolta di rifiuti
- **Deterioramento del funzionamento lavorativo**
  - Incapacità ad attendere alle mansioni precedentemente svolte
  - Perdita del lavoro

# Schizofrenia

## Disturbi dell'Affettività

---

- **Appiattimento affettivo**
  - ridotta intensità dell'espressione emozionale che si manifesta attraverso una immobilità espressiva del volto, povertà delle gestualità espressiva, scarso contatto con gli occhi, mancanza di inflessioni nella voce
- **Inadeguatezza affettiva**
  - Reazione emotiva inadeguata all'evento (ridere parlando della morte dei genitori)
- **Anedonia**
  - Incapacità a provare piacere
- **Depressione**
  - Pre-psicotica
  - Psicotica da neurolettici (akinetic depression)
  - Post-psicotica (ad alto rischio di suicidio)

# Schizofrenia

## Disturbi Cognitivi

---

- Riduzione (premorbossa) del QI
- Compromissione a veri test neuropsicologici
  - Memoria
  - Attenzione
  - Apprendimento
  - Correlata con la dilatazione dei ventricoli cerebrali



# Schizofrenia

## Caratteristiche Premorbose

---

- Tratti paranoidi, eccentricità, mancanza di partecipazione
- Disturbi di personalità di tipo schizoide, di evitamento, paranoide
- Scarso adattamento sociale e lavorativo (soprattutto in quelli che svilupperanno in maggior misura una sintomatologia negativa)

# Criteria Diagnostici del DSM IV

---

- A. Sintomi caratteristici:** Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo):
- Deliri
  - Allucinazioni
  - Eloquio disorganizzato
  - Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
  - Sintomi negativi: appiattimento affettivo, alogia, abulia
- B. Disfunzione sociale e lavorativa:** il lavoro, le relazioni interpersonali o la cura di sé devono essere al di sotto del livello raggiunto prima dell'inizio della malattia
- C. Durata:** Segni continuativi del disturbo persistono per almeno sei mesi. Questo periodo di sei mesi deve includere almeno un mese di sintomi del criterio A e può includere periodi di sintomi prodromici o residui (sintomi negativi o sintomi di criterio A attenuati)

# Decorso della Schizofrenia

---

- Singolo episodio con remissione completa
  - Singolo episodio con remissione parziale
  - Episodi multipli ricorrenti con recupero completo nelle fasi quiescenti
  - Episodi multipli con recupero incompleto tra un episodio e l'altro, in maniera tale che si instaura uno stato di deficit persistente e sempre più marcato
  - Decorso continuo con deterioramento progressivo fin dall'inizio
- Gli ultimi due decorsi sono i più frequenti

# Epidemiologia

---

- **Incidenza:** 0.16-0.28/1000 individui nei paesi industrializzati
- **Prevalenza:** uguale distribuzione tra uomini e donne
  - Puntiforme (in un dato momento): 0.6 - 8.3/1000
  - Nella vita: 0.9 - 3.8/1000
- **Esordio**
  - Più precoce negli uomini rispetto alle donne
- **Non vi sono differenze di razza**
- **Classe sociale:** prevalenza maggiore nelle classi sociali più basse (scivolamento verso il basso dei pazienti schizofrenici)
- **Mortalità:**
  - Soprattutto per suicidio
    - Fattori di rischio: sesso maschile, età inferiore a 30 anni, vivere da soli, disoccupazione, precedenti episodi depressivi, alto grado di istruzione (sentimenti di inadeguatezza e disperazione)

# Etiopatogenesi

---

- **Fattori familiari**
  - Alterato rapporto madre-figlio: madre "schizofrenogena"
  - Bateson: messaggi ambigui da parte dei genitori
  - Oggi le influenze familiari sembrano più importanti sul decorso della malattia
  - Alto indice di "emozioni espresse": maggiore frequenza di ricadute
- **Fattori psicodinamici**
  - Melanie Klein : fase paranoide-schizoide nella relazione madre-figlio
  - Stack Sullivan: importanza delle relazioni interpersonali positive per lo sviluppo della personalità
- **Fattori socio-culturali**
  - Deriva sociale
  - Stress multipli

# Etiopatogenesi

---

## MODELLO BIOPSIICOSOCIALE

- Fattori Biologici:

- *Genetici*

- Studi familiari:

- maggiore prevalenza nelle famiglie dei soggetti affetti
      - maggiore possibilità di sviluppare la malattia se uno dei genitori è affetto (17%) o se entrambi i genitori sono affetti (46%)

- Studi sui gemelli:

- maggiore concordanza per malattia nei gemelli monozigoti (46%) rispetto ai dizigoti (14%)
      - Il fatto che non vi sia una concordanza del 100% indica la necessità di fattori non genetici

# Etiopatogenesi

---

- **Studi di adozione:**
  - La presenza di schizofrenia è più elevata tra i genitori naturali di soggetti schizofrenici adottati rispetto ai genitori naturali di soggetti adottati non schizofrenici
- **Genetica molecolare:**
  - Sono stati suggeriti alcuni loci che potrebbero rappresentare la sede del difetto ereditario (cromosoma 5, 18..), ma i dati non sono conclusivi
  - Geni candidati: analisi dei polimorfismi dei geni che codificano per i recettori dopaminergici, serotoninergici, glutammatergici (dati ancora preliminari)

# Etiopatogenesi

---

- **Fattori Biologici:**

- **Neurochimici:**

- **Ipotesi dopaminergica**

- **Iperattività mesolimbica: sintomi positivi e disorganizzazione**

- » Da iperproduzione, ridotto catabolismo o ipersensibilità recettoriale

- » meccanismo d'azione degli antipsicotici, psicosi da anfetamine, tecniche di visualizzazione cerebrale

- **Ipoattività mesocorticale: sintomi negativi**

- » **Corteccia prefrontale dorso-laterale**

- » **Lesioni nelle scimmie neonate: deficit che si manifestano nella pubertà**

- » **Liberazione dell'attività dei circuito dopaminergici mesolimbici**

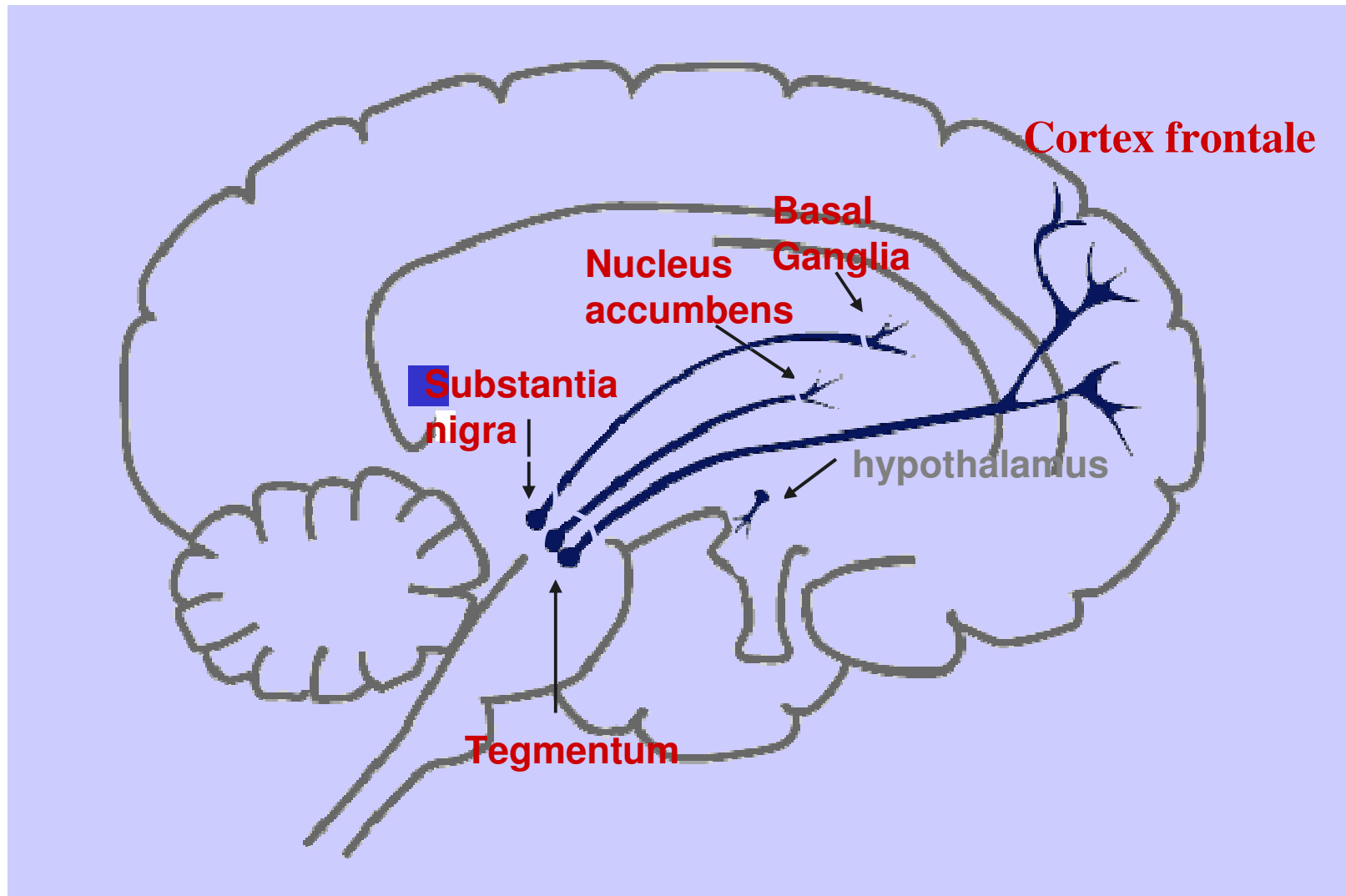


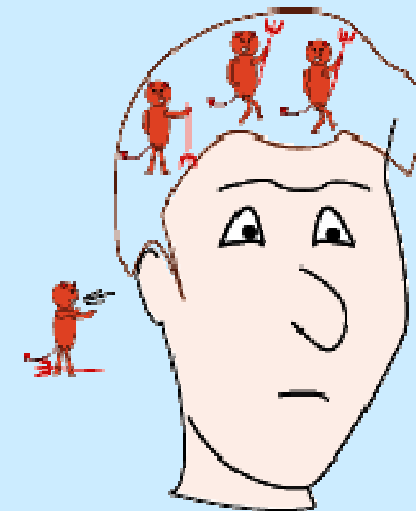
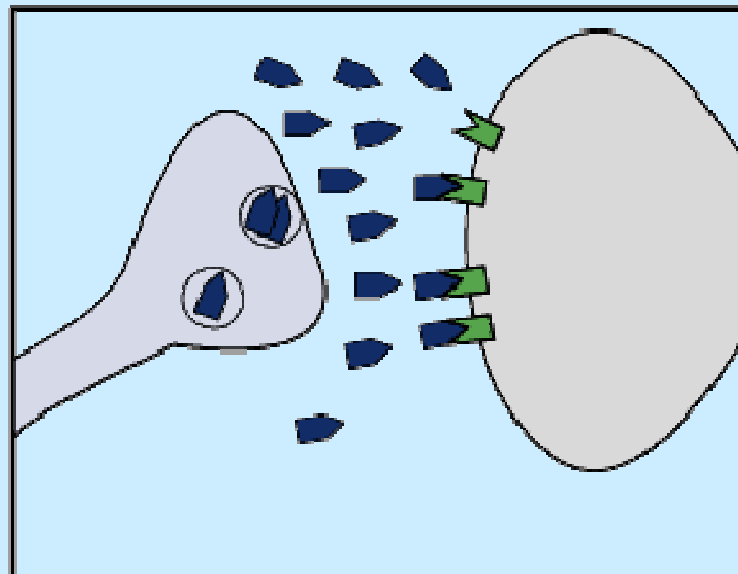
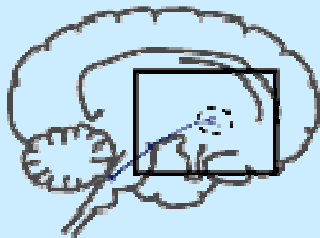
# Etiopatogenesi

---

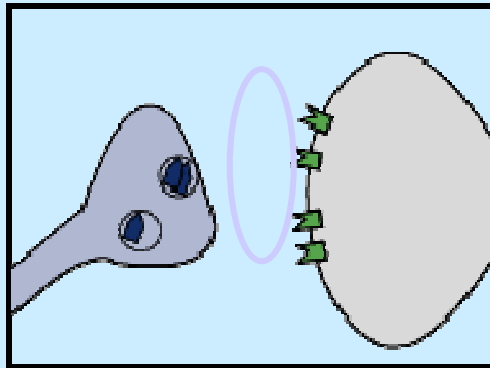
- **Ipotesi Serotoninergica:** iperattività recettori 5-HT<sub>2A</sub> alla base dei sintomi negativi (maggiore efficacia degli antipsicotici atipici su questi sintomi)
- **Ipotesi glutammatergica:** fenciclidina induce sintomi positivi e negativi
- **Ipotesi GABAergica:** deficit inibitorio sulle vie dopaminergiche
- **Ipotesi peptidergiche:** colecistochinina, neurotensina, peptidi oppioidi

## VIE DOPAMINERGICHE

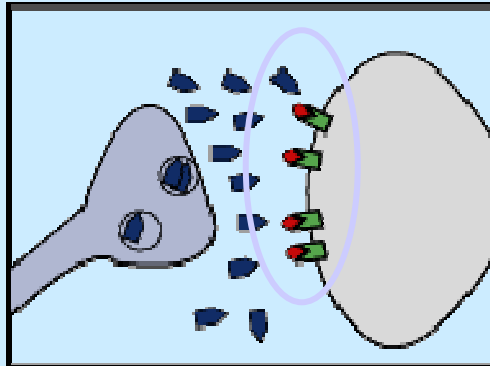




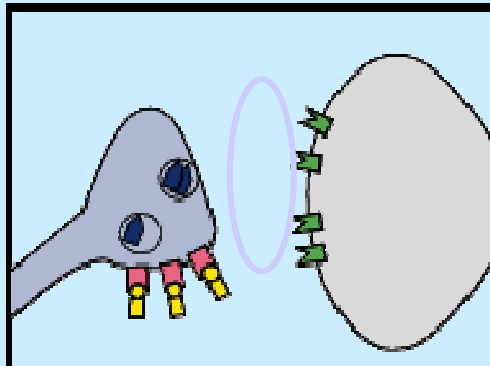
**Iperattività mesolimbica = sintomatologia positiva**



**Deficit primario  
di dopamina**

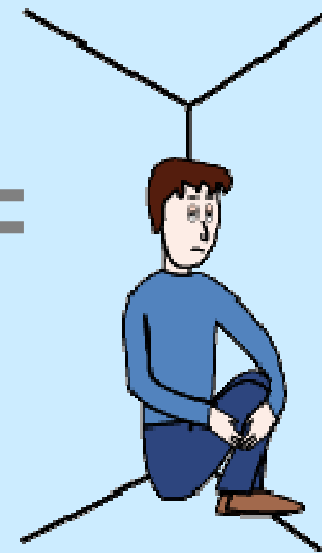


**Blocco dei  
recettori D2**



**Deficit  
secondario di  
dopamina**

**=**



***Aumento della  
sintomatologia  
negativa***

***Via mesocorticale***

# Etiopatogenesi

---

- **Fattori Biologici**

- **Alterazioni morfologiche cerebrali:**

- Ingrandimento dei ventricoli cerebrali (lateralmente) con riduzione del rapporto ventricolo/cerebrale (40% dei soggetti)
    - In alcuni casi anche dilatazione dei solchi, atrofia corticale, riduzione del lobo temporale
    - Associate ad uno più scarso funzionamento sociale premorbo, sintomi negativi, compromissione cognitiva e scarsa risposta al trattamento
    - Non evolve nel tempo differentemente dai soggetti normali (dato controverso)
    - Alterazione precoce del neurosviluppo da danno fetale o perinatale

# Etioopatogenesi

---

- **Alterazioni istologiche cerebrali**
  - Gliosi nelle regioni limbiche, mesencefaliche e proencefaliche
  - Perdita neuronale e disorganizzazione delle cellule piramidali dell'ippocampo
  - Alterazioni citoarchitettoniche nella corteccia entorinale
  - Diminuzione della densità degli interneuroni nella corteccia prefrontale
- **Alterazioni metaboliche cerebrali**
  - Ipofunzione della corteccia prefrontale dorsolaterale (al Wisconsin Card Sorting Test)
- **Alterazioni neurofisiologiche**
  - Sostengono l'idea di un deficit dell'attenzione e della funzione di "filtro" sulle informazioni per cui vi sarebbe un sovraccarico per l'incapacità di escludere gli stimoli irrilevanti

# Trattamento

---

- **TERAPIA FARMACOLOGICA**
  - Antipsicotici tipici
  - Antipsicotici atipici
  - Altri farmaci in associazione
- **PSICOTERAPIA**
  - Di sostegno individuale (tecniche comportamentali)
  - Di gruppo
  - Familiare
- **INTERVENTI PSICOSOCIALI**
  - Psicoeducativi per le famiglie
  - Programmi di riabilitazione/abilitazione

# Paranoia e Parafrenia

---

- Paranoia deriva dal greco: para (al di là) e nous (mente)
- Fino al XIX secolo utilizzato per indicare la follia in senso lato
- Kahlbaum (1863): condizione delirante primaria e indipendente che persiste immodificata per molti anni
- Kraepelin (1919):
  - dementia praecox: inizio precoce ed esito in deterioramento
  - paranoia: inizio tardivo (deliri ben sistematizzati), decorso cronico ma non necessariamente deterioramento, assenza di allucinazioni
  - parafrenia: come la paranoi ma con presenza di allucinazioni
- Bleuler:
  - parafrenia: sottotipo di dementia praecox
  - paranoia: entità separata ma con possibilità di allucinazioni
- Mayer (1921): parafrenia come forma di schizofrenia tardiva (oggi il termine non è più usato)



# Gelosia Patologica

---

- **Convinzione patologica dell'infedeltà del partner.** La condizione è chiamata patologica perchè si basa su evidenze assolutamente inaccettabili e non può essere controllata razionalmente
- **Può essere accompagnata da altre deliri** (il coniuge complotta contro il pz o tenta di avvelenarlo ...)
- **L'umore è spesso irritabile** con espressione di rabbia e di apprensione
- **Il comportamento è caratteristico:**
  - ricerca incessante delle prove dell'infedeltà del partner (controllo delle telefonate, della corrispondenza...)
  - pedinamenti e assunzione di detectives privati
  - domande incalzanti alla ricerca di una confessione, con esplosioni di aggressività
  - installazione di sistemi di controllo sofisticati

# Gelosia Patologica

---

- **Rischio di possibili comportamenti violenti**
- **Etiopatogenesi:**
  - spesso secondaria ad altri disturbi psichiatrici o cause organiche (abuso di anfetamine, cocaina, tumori cerebrali)
  - personalità caratterizzata da scarsa autostima e sentimenti di inadeguatezza: proiezioni di sentimenti di autosvalutazione sul coniuge in forma di delirio di gelosia
  - Freud: proiezione di impulsi di omosessualità
- **Epidemiologia:**
  - più frequente nel sesso maschile
- **Trattamento:**
  - resistente agli antipsicotici nella forma primaria
  - psicoterapia (difficile da accettare)
  - in caso di pericolo di violenza, può essere consigliabile la separazione dei coniugi

# Erotomania (Sindrome di De Clérambault)

---

- **Colpisce tipicamente il sesso femminile**
- **Convinzione inattaccabile** che una persona, obiettivamente inaccessibile (perchè sposata, importante uomo politico o dello sport o dello spettacolo....) sia innamorato della paziente
- **La paziente ritiene** che tale personaggio si sia per primo innamorato di lei e sia più coinvolto sentimentalmente nei suoi confronti rispetto a quanto ella sia innamorata di lui
- **La persona innamorata** non può rivelare apertamente i suoi sentimenti, ma comunque è in grado di comunicarli alla paziente attraverso messaggi cifrati.
- **La paziente è pronta** a giustificare tutti i comportamenti della persona amata che razionalmente sono interpretabili come disinteressa
- **La persona oggetto** da amore è spesso infastidita dalla paziente e può rivolgersi alle forze dell'ordine
- **In una fase avanzata**, dal delirio erotomane la paziente può passare ad un delirio di persecuzione

# Sindrome di Capgras e Delirio di Fregoli

---

- La sindrome di Capgras è detta anche *illusione dei sosia* molto sovente è un sintomo più che una patologia a se stante il paziente ritiene che una persona (generalmente un suo familiare) è stata sostituita da un sosia associata frequentemente alla schizofrenia e ai disturbi dell'umore talvolta il paziente può aggredire il presunto sosia
- La Sindrome di Fregoli prende il nome da questo attore abile nei mimetismi Il paziente riconosce un familiare (che generalmente è vissuto come un persecutore) in varie persone che incontra: nonostante queste persone siano fisicamente diverse, esse sono psicologicamente identiche al familiare che si pertanto impersonificato sotto varie sembianze è spesso associata alla schizofrenia