



Schizofrenia

Schizein = dividere
fren = mente

scissione della mente



Nel 1497 Sebastian Brant scrive il libro
“La Nave dei Folli”
con illustrazioni di Durer;
il libro tratta di un’usanza
praticata nel Medioevo e nel Rinascimento
secondo la quale “i folli”, gli indesiderati,
venivano allontanati dalle città,
imbarcati su grandi battelli,
e mandati alla deriva

(navi del pellegrinaggio,
simbolo degli insensati
alla ricerca della loro ragione)

Spesso l’inesperienza dell’equipaggio
portava al naufragio della nave

Bosch: La nave dei folli



Emil Kraepelin (1855-1926)

Dementia praecox (1896)

Le forme cliniche allora note (catatonia, ebefrenia e demenza paranoide) vengono raggruppate in un'unica entità nosografica,

non tanto in base alle caratteristiche sintomatologiche, quanto in funzione

- dell'andamento temporale,
- della prognosi sfavorevole
- e - della evoluzione verso un quadro demenziale,

definita dementia praecox perchè colpisce soggetti in giovane età



Eugen Bleuler (1857-1939)

La demenza precoce ovvero
il gruppo delle schizofrenie (1911)

Teoria dei sintomi

Fondamentali
(primari)

accessori
(secondari)

Affettività

allucinazioni

Ambivalenza

deliri

Associazione

automatismi

Autismo

(le quattro A)

PSICOSI

Il termine ha ricevuto storicamente una quantità di definizioni differenti nessuna delle quali ha raggiunto un'accettazione universale

Alterazione del rapporto di realtà

- Il soggetto è incapace di distinguere correttamente ciò che è reale da ciò che non lo è (anche quando evidente e dimostrabile) e di verificare le proprie idee ed esperienze (percezioni, pensieri, affetti) con i dati oggettivi del mondo esterno

Perdita dei confini tra Sé e Altro-da-sé

La condizione crea una sostanziale impossibilità di comprendere ed essere compresi e spinge, se non evolve favorevolmente, verso una esistenza autistica

NB

Non necessariamente correla con il tipo di comportamento



Théodore Géricault

“Monomaniaci”

Criteri diagnostici (DSM-IV-TR)

Due (o più) sintomi caratteristici, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo)

Segni continuativi del disturbo persistono per almeno sei mesi (inclusendo eventualmente periodi prodromici e residui)

Segni e sintomi sono associati a marcata disfunzione sociale (lavoro, relazioni interpersonali, cura di sé ...)



- . Deliri
- . Allucinazioni
- . Eloquio disorganizzato
- . Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- . Sintomi negativi (appiattimento affettivo, alogia, abulia)

E' sufficiente un solo sintomo

- . se i deliri sono bizzarri
o
- . se le allucinazioni consistono
in una voce che continua
a commentare il comportamento
o i pensieri del soggetto,
o di due o più voci
che conversano tra loro



Delirio

Convinzione erronea,
non suscettibile di critica,
non condivisibile nell'ambito
della propria cultura

Stato d'animo delirante:
è avvenuto un cambiamento
della realtà non ancora definito
(perplessità)

Intuizione delirante: improvvisa
spiegazione chiara e illuminante
del cambiamento della realtà

Percezione delirante:
attribuzione di un significato
delirante ad una percezione
corretta



Modalità formali di
espressione del delirio:

verbalizzati o agiti

poco strutturati
(frammentari,
disorganizzati,
mescolano realtà
e fantasia,
non sistematizzati,
contraddittori,
privi di dettagli)

poco congrui
con il tono dell'umore



Contenuto (tema del delirio):

Persecuzione

Veneficio

Riferimento

Influenzamento e controllo

Furto del pensiero

Eco (trasmissione) del pensiero

Lettura del pensiero

William Kurelek (1927-1977)



Colpa

Grandezza
(genealogico)

Erotico

Mistico

Interpretatività:
qualsiasi gesto nasconde
un significato particolare
rivolto a sé
spesso pericoloso
sospetto

William Kurelek (1927-1977)



Somatic
(trasformazione corporea)

Uditiva: voci bisbigliate, mormorate, sussurrate o normali che chiamano, commentano, criticano, danno ordini

Contenuto offensivo,
osceno, persecutorio
(neutro, benevolo)

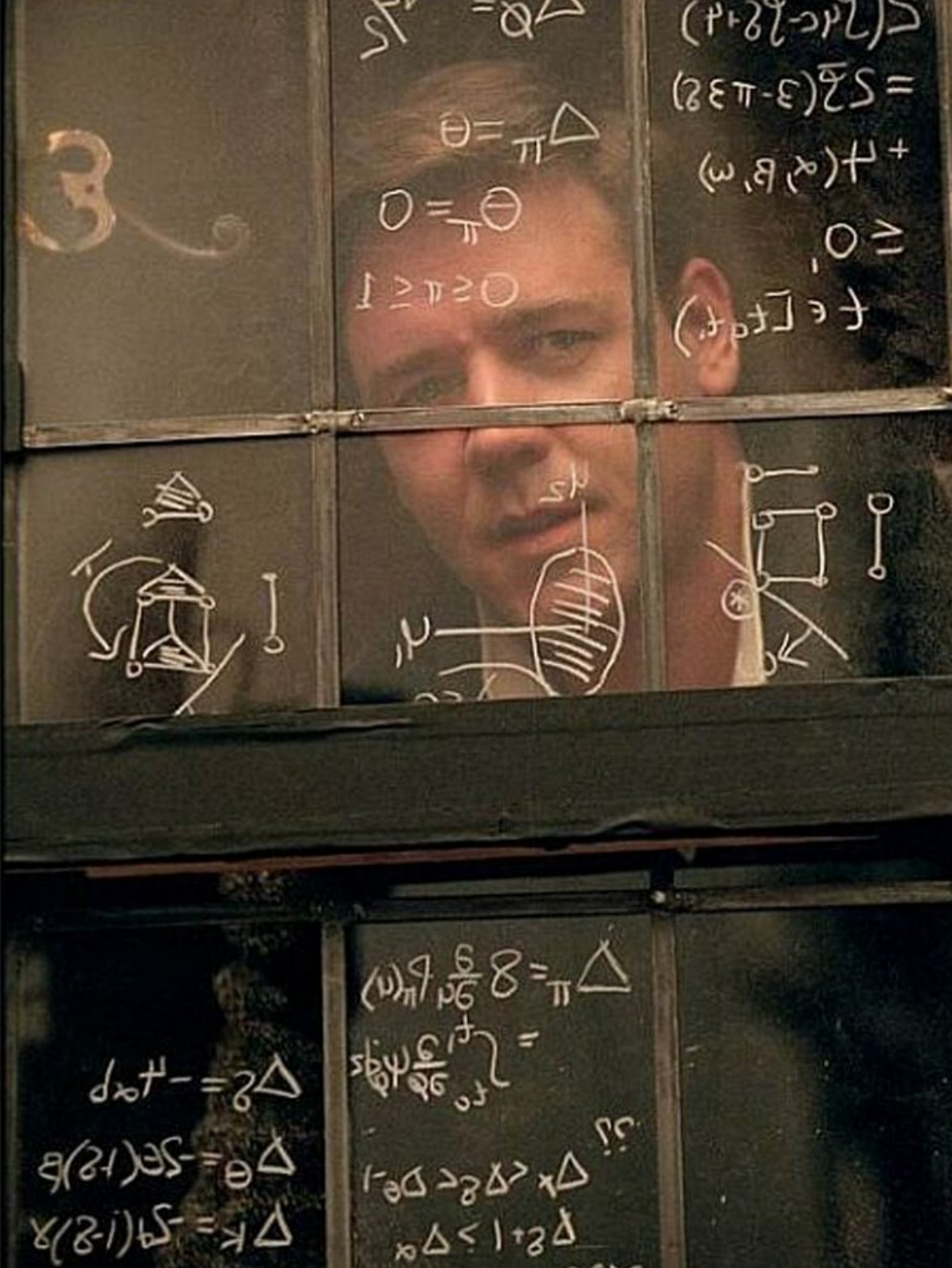
Voci non identificate o inserite nel delirio

Non costanti

Vissuto emotivo (analgesia affettiva cronica)

Cenestesiche

Spiacevoli, sessuali ...



Disturbi formali del pensiero

.eloquio disorganizzato
(il contenuto del pensiero
viene dedotto
dalle modalità comunicative
nel corso dell'interazione)

.l'uso del linguaggio
viene scisso
dalla finalità comunicativa,
non rispetta le regole
per cui può essere compreso
e decodificato

Disturbi formali del pensiero

perdita dei nessi associativi e impoverimento del contenuto informativo

- . incoerente: il linguaggio è oscuro, poco concludente, allusivo, privo di connessioni temporali e consequenziali, apparentemente generato da sollecitazioni immediate (neologismi per distorsione, condensazione, assonanza ...ecolalia) fino all'insalata di parole,
- . tangenziale (risposte di traverso)
- . circostanziato (ripetitivo, prolisso, troppo dettagliato)
- . concreto (il disturbo è accentuato dalla astrazione ed emozione)

Paleologica prearistotelica (Von Domarus, 1944)

Mente bicamerale (Jaynes, 1976)



Comportamento disorganizzato

Perdita della progettualità:
in qualunque comportamento
finalizzato, anche nelle attività
di vita quotidiana (preparare i
pasti, igiene...)

Incapacità di inserimento sociale

Alterazioni del controllo
pulsionale

- alimentare
- sessuale
- aggressività
(suicidio)

Alterazioni cognitive



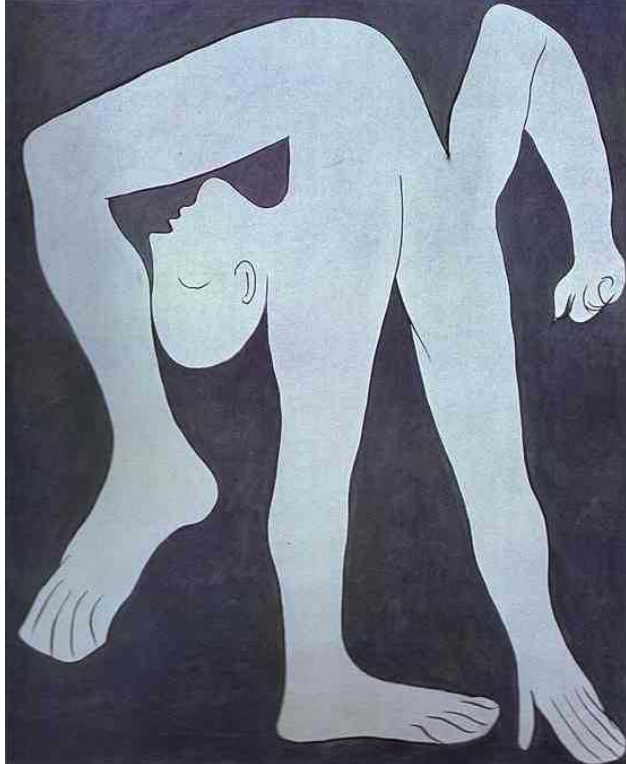
Comportamento catatonico

- . Catalessia: rigidità muscolare per cui il paziente mantiene a lungo la stessa posizione, anche scomoda, non modificabile dall'esterno (flessibilità cerea: il paziente assume la posizione impostagli)
- . Stupore catatonico: immobilità totale (ad esempio non deglutisce, non svuota l'intestino o la vescica, non risponde, non reagisce agli stimoli dolorosi ...)



Disturbi della psicomotricità

- . Stereotipie comportamentali
- . Manierismi:
esasperazione caricaturale
bizzarra di azioni normali
- . Impulsi gesti o azioni
compiuti improvvisamente
e apparentemente immotivati
di cui cioè non è in grado di
dare una spiegazione



Agitazione psicomotoria

Improvvisa esplosione di attività
motoria afinalistica, incontrollata
e incontrollabile

irrequietezza e acatisia

Negativismo:

azioni compiute in grossolana opposizione con quanto richiesto

Autismo:

“distacco dalla realtà con assoluta predominanza della vita interiore”
mondo chiuso in se stesso e imperscrutabile

i confini fra il Sé psichico ed il Sé corporeo risultano dissolti

Non un sintomo ma la condizione esistenziale dello schizofrenico



Alterazioni dell'affettività

- . Appiattimento (mancata modulazione emotiva)
- . Discordanza (ride senza motivo, aggressività)
- . Ambivalenza
(coesistenza di emozioni e pensieri contrastanti e in opposizione fra loro)



Paranoide
(positivo, 40-50%)

. Uno o più deliri
più o meno sistematizzati,
con argomento dominante:
persecuzione, gelosia,
idee di riferimento, furto e
trasmissione del pensiero,
controllo e automatismo
mentale e del comportamento,
con allucinazioni collegate
al tema del delirio

Esordio tardivo, spesso acuto,
evoluzione buona



Catatonico (difettuale, 5-10%)

- . Sintomi psicomotori con blocco, arresto psicomotorio, negativismo, mutacismo, rigidità, postura cerea, eccitamento catatonico con impulsività di auto ed eteroaggressività
- . Contenuti deliranti sfumati, non strutturati, con scarsa componente allucinatoria
- . Esperienze terrificanti di minaccia vitale, frammentazione del corpo, mancata distinzione fra sé e il mondo

(evoluzione negativa > simplex)



Disorganizzato (ebefrenico, 25%)

- . Disturbi formali del pensiero
incoerenza, allentamento dei
nessi associativi, afinalismo e
bizzarria della condotta, fatuità,
affettività appiattita o inadeguata
- . Deliri e allucinazioni incoerenti,
multipli, frammentari, bizzarri
- . Manierismi, stereotipie,
impulsività, aggressività
- . Ritiro sociale,
lamentele ipocondriache

Esordio precoce, subdolo
Evoluzione negativa con
deterioramento



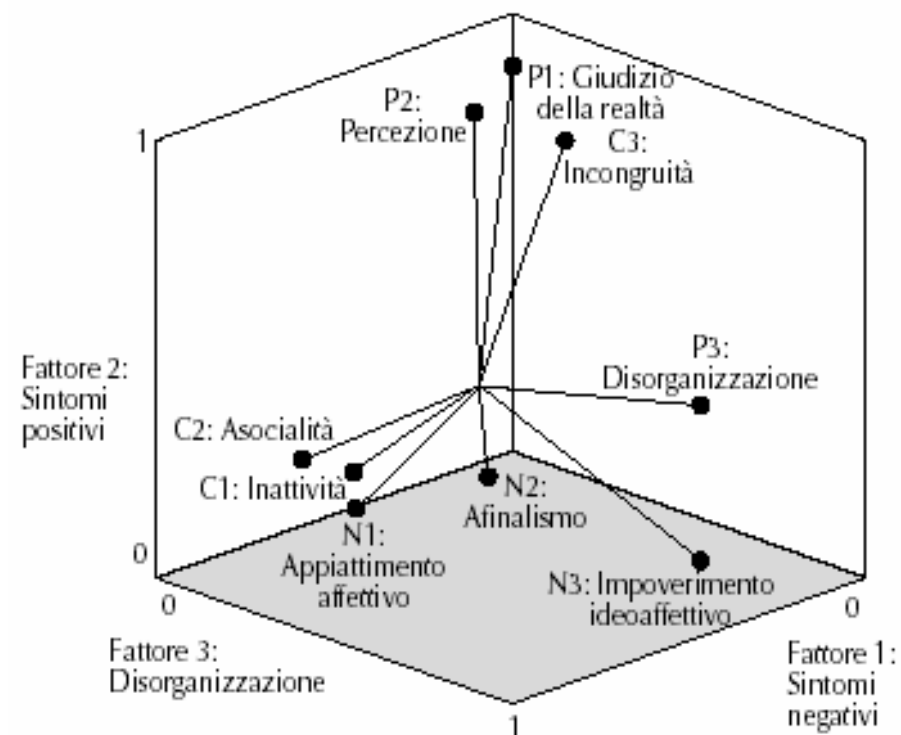
Indifferenziato

- . Positivo/
disorganizzato
- . Positivo/difettuale
- . Difettuale/
disorganizzato

Residuale

- . Anamnesi positiva
- . Assenza sintomi
positivi da almeno
un anno
- . Durata di due anni

Il problema centrale della schizofrenia è che ci si trova di fronte ad una sindrome caratterizzata da una combinazione specifica di sintomi aspecifici. E' un disturbo identificato dalla associazione sindromica di *tre componenti psicopatologiche* fondamentali definite come “dimensioni”. La prima è la *trasformazione della realtà* fenomenologicamente espressa da deliri e allucinazioni. La seconda è *l'impoverimento ideoaffettivo* che si manifesta con alogia, abulia, apatia, asocialità. La terza è la *disorganizzazione del pensiero*, dell'eloquio e del comportamento. Le tre dimensioni sono sempre tutte presenti nel corso del disturbo anche se, in rapporto al decorso temporale, una di esse può apparire come relativamente dominante.



N = 126	Povertà psicomotoria 1 (44,6%)	Distorsione di realtà 2 (20,1%)	Disorganizza- zione cognitiva 3 (8,3%)
C2: Asocialità C1: Inattività N1: Appiattimento affettivo N2: Afinalismo	.85153 .82779 .78796 .63074		.75789
P1: Giudizio di realtà P2: Percezione C3: Comportamento incongruo		.84021 .79108 .71724	
N3: Impoverimento ideativo P3: Disorganizzazione			.83332 .75789

Fig. 2 - Rappresentazione tridimensionale della psicopatologia schizofrenica utilizzando gli item di una scala di valutazione (3TRE).

A.

Sintomi positivi

. Allucinazioni

(uditive
voci che commentano
voci che conversano
visive
somatiche ...)

. Comportamento bizzarro

(stravagante
inadeguato
agitato / aggressivo
ripetitivo ...)

C.

B.

. Deliri

(persecuzione / controllo /
riferimento / influenzamento /
furto del pensiero /
lettura del pensiero /
grandezza / gelosia / colpa /
trasformazione somatica ...)

. Disturbi formali del pensiero

(incoerenza / deragliamento /
tangenzialità / prolissità /
aumentata fluenza e perdita
dei nessi associativi / gergo /
....)

D.

A.

Sintomi negativi

. Appiattimento affettivo

(ipomimia / disprosodia / ridotto contatto oculare / ridotta gestualità / ridotta partecipazione affettiva / affettività inappropriata ...)

. Abulia - apatia

(ridotta iniziativa, anedonia, carenza di interessi, isolamento sociale, scarsa igiene, rallentamento psicomotorio ...)

C.

B.

. Alogia

(eloquio ridotto - fino al blocco, lento, povero di contenuto, concreto ...)

. Compromissione cognitiva

(ridotta attenzione e memoria, impulsività, incapacità nel problem solving....)

D.



Fase prodromica

Fase residua

- Mancano deliri, allucinazioni e disturbi formali del pensiero
- Sono presenti almeno due sintomi tra:
 - . Marcato isolamento o ritiro sociale
 - . Marcata menomazione nelle funzioni connesse con il ruolo (per esempio di lavoratore, studente, casalinga ...)
 - . Marcata trascuratezza nell'igiene personale e nell'aspetto
 - . Ottundimento o inadeguatezza dell'affettività
 - . Marcata perdita di iniziative, interessi o energia



. Linguaggio digressivo, vago, iperelaborato, circostanziato, metaforico

. Pensiero magico (non giustificato dalla cultura): chiaroveggenza, telepatia, sesto senso, convinzione che altri possano provare gli stessi sentimenti, idee prevalenti, idee di riferimento

. Percezioni inusuali: illusioni ricorrenti, presenza di una forza o di una persona

Para-nous = oltre la mente

Personalità tesa, insicura,
con elevato livello di ansia,
scarsa fiducia negli altri, ostilità
Estrema povertà di rapporti umani

Pseudocomunità paranoide
(persone reali o fantastiche unite
allo scopo di compiere azioni contro il soggetto)

Agire primordiale di fuga o attacco (Laborit)

Sindrome di De Clerambault (rivendicazione, querulomania)

Délire à deux

Delirio di rapporto sensitivo (di Kretschmer)





Prevalenza 1%
Incidenza 0.05%

Età 13 – 45 anni

Familiarità

Correlazioni

(età sesso sottotipo)

. fattori organici

(abuso di sostanze, terapie farmacologiche, tossici, patologie internistiche, patologie del SNC)

. disturbi dell'umore
depressione iatrogena,
postpsicotica,
psicotica (25-50%)

*Rischio di schizofrenia nei parenti di pazienti schizofrenici
(modificata da Tsuang et al. [1980]).*

Grado di parentela	Rischio (%)
<i>Parenti di primo grado</i>	
Genitori	4,4
Fratelli e sorelle	8,5
Figli	12,3
<i>Variazione media del rischio nel caso che ci sia:</i>	
Nessun genitore schizofrenico	8,2
Un genitore schizofrenico	13,8
Entrambi i genitori schizofrenici	36,6
<i>Gemelli fraterni (DZ)</i>	
Di sesso opposto	5,6
Dello stesso sesso	12,0
<i>Gemelli identici (MZ)</i>	57,7
<i>Parenti di secondo grado</i>	
Zii e zie	2,0
Figli di fratelli	2,2
Nipoti	2,8
Fratellastri	0,8

*Il rischio nella popolazione generale è stimato dello **0,8%**.*

**Tab. 11 - Classe sociale e psicosi funzionali: prevalenza (tas-
so/1 000).**

	Classe sociale			
	I-II	III	IV	V
Psicosi maniaco- depressiva	0,4	0,41	0,68	1,05
<u>Schizofrenia</u>	1,1	1,68	3,00	8,95

Definita sulla base di tre parametri: 1) la zona di residenza della famiglia, 2) l'occupazione del capofamiglia, 3) gli anni di istruzione del capofamiglia. Classe I = Classe più elevata. Classe V = Classe meno elevata.

Tab. 15 - Fattori di rischio nella schizofrenia.

Fattore	Dati epidemiologici	Commento
Ereditarietà	Accertata l'importanza della predisposizione genetica da studi familiari, gemellari e sulle adozioni	La percentuale di rischio dipende strettamente dal livello di consanguineità
Stress materno in gravidanza	Possibile importanza della perdita del padre durante la gravidanza della madre Possibile importanza di gravi e persistenti stressors ambientali Possibile ruolo di infezioni virali	Il dato necessita di ulteriori conferme Il dato si riferisce a eventi bellici ed a carenze alimentari Dati solo parzialmente confermati
Stagionalità di concepimento/nascita	È accertata una maggior frequenza di nascite negli schizofrenici negli ultimi mesi dell'inverno	Non è chiarito se il dato dipende dal periodo del concepimento o da quello della nascita
Complicanze ostetriche	La presenza di complicanze ostetriche alla nascita sembra potenziare il rischio genetico	Il dato necessita di ulteriori conferme
Stress da separazione materna precoce	Dati indiretti, tratti dagli studi sulle adozioni, suggeriscono un possibile ruolo della separazione materna precoce	Il dato necessita di ulteriori conferme
Età giovanile	È accertato che la malattia inizia nella postadolescenza o nell'età giovanile L'inizio è più precoce nel sesso maschile (età 14-24)	Probabilmente la malattia inizia prima di quanto rilevato dai dati epidemiologici
Gruppo etnico razziale, linguistico o nazionale	Con qualche eccezione, non vi sono differenze rilevanti in termini di incidenza o prevalenza	Alcune aree (ad es. Irlanda e Croazia) hanno un tasso di morbilità inspiegabilmente alto
Organizzazione economica e/o sociale	Non vi sono differenze rilevanti in termini di incidenza/prevalenza Il decorso della malattia sembra più favorevole nei Paesi in via di sviluppo	L'ipotesi di una influenza della civiltà industriale nell'incidenza della malattia ha qualche supporto di tipo storico ma necessita di conferme
Classe sociale e censo	È accertata una maggiore incidenza della malattia nelle classi sociali più basse	Non è chiarito se si tratta di una causa o di una conseguenza della malattia
Emigrazione/immigrazione	Vi è qualche indicazione che l'immigrazione possa giocare un certo ruolo	Il dato necessita di ulteriori conferme

Programmazione genetica
Alterazione dello sviluppo neuronale
Lesioni perinatali

ENDOFENOTIPO
(Alterazione sinaptica,
recettoriale o
molecolare diffusa)

Fattori
relazionali
intrapsoichici
e biologici
successivamente
interagenti

Soft neurological
signs

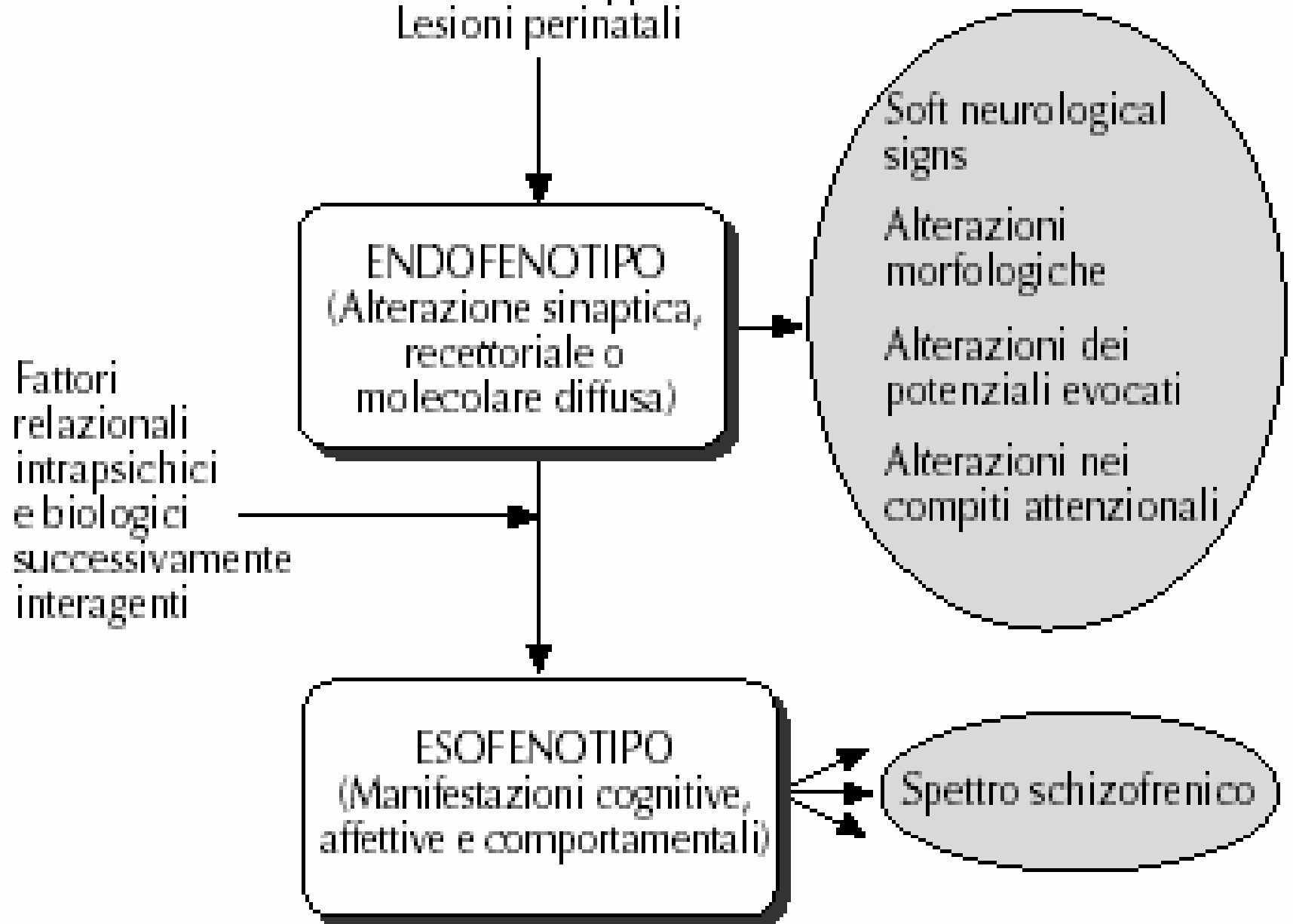
Alterazioni
morfologiche

Alterazioni dei
potenziali evocati

Alterazioni nei
compiti attenzionali

ESOFENOTIPO
(Manifestazioni cognitive,
affettive e comportamentali)

Spettro schizofrenico

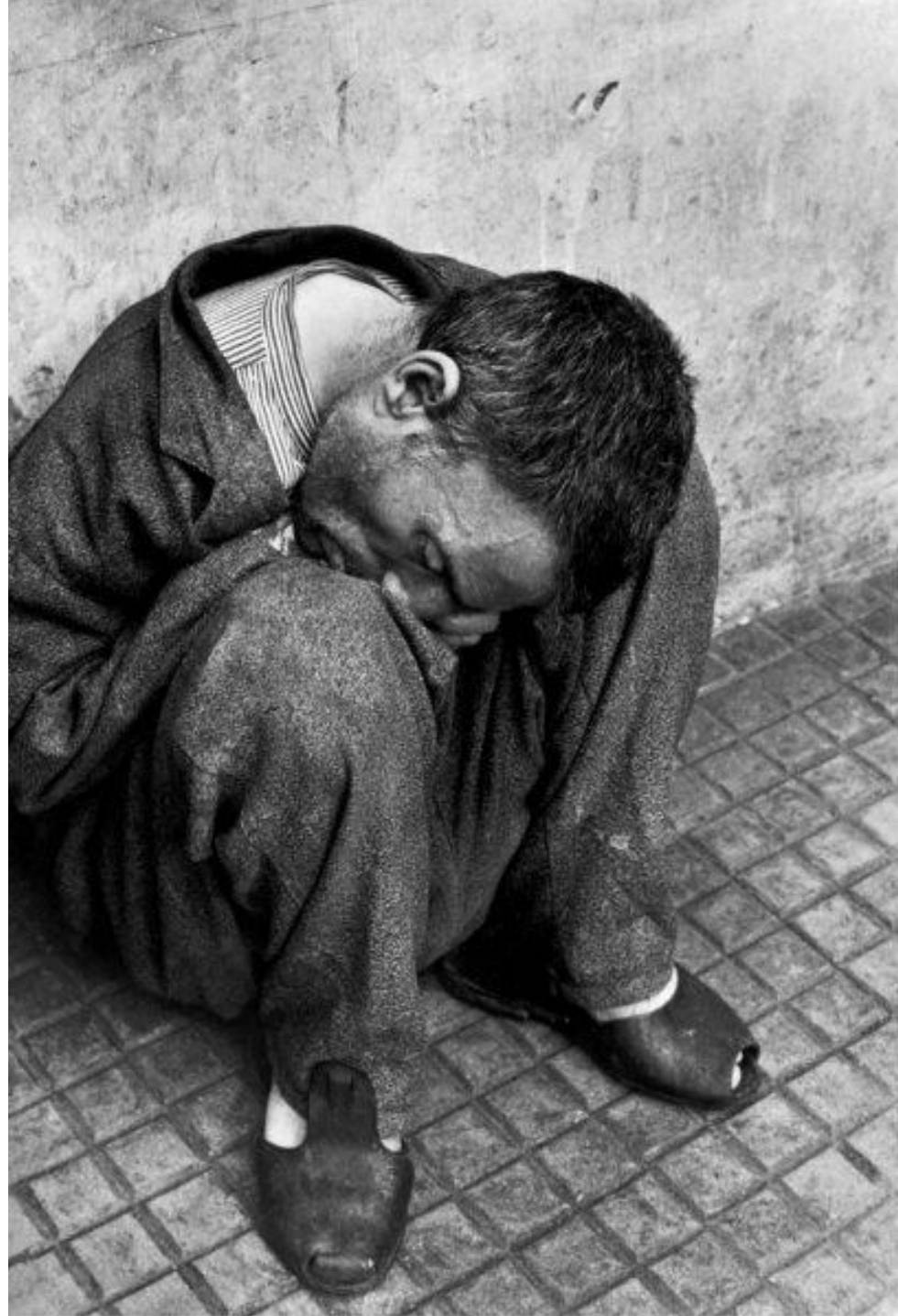


. Disturbo psicotico acuto
(tempo inferiore e regressione)
con o senza evento scatenante

. Disturbo schizofreniforme
(tempo insufficiente,
meno di sei mesi)

. Disturbo schizoaffettivo

. Disturbo delirante
Non disturbi formali del pensiero
Non rilevante disfunzione sociale
Non deterioramento
Coinvolgimento emotivo-affettivo
(incapsulato, separato dal resto
della vita psichica)



Criteri diagnostici per Disturbo Delirante [DSM-IV, 1994].

A. Deliri non bizzarri (cioè, concernenti situazioni che ricorrono nella vita reale, come essere inseguito, avvelenato, infettato, amato a distanza, tradito dal coniuge o dall'amante, o avere una malattia) che durano almeno un mese.

B. Il Criterio A per la Schizofrenia non è mai risultato soddisfatto.

Nota: Nel Disturbo Delirante possono essere presenti allucinazioni tattili o olfattive se sono correlate al tema delirante.

C. Il funzionamento, a parte quanto consegue al (ai) delirio (i), non risulta compromesso in modo rilevante, e il comportamento non è eccessivamente stravagante o bizzarro.

D. Se episodi di alterazione dell'umore si sono verificati in concomitanza ai deliri, la loro durata totale è stata breve relativamente alla durata dei periodi deliranti.

E. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco), o a una condizione medica generale.

Specificare il tipo (sulla base del tema delirante prevalente):

Gelosia: convinzione delirante che il proprio partner sessuale sia infedele.

Persecuzione: convinzione delirante di essere in qualche modo trattato male (lui stesso o qualche persona intima).

Somatico: convinzione delirante di avere un qualche difetto fisico o malattia.

Grandezza: convinzione delirante di avere un esagerato valore, potere, conoscenze, o una speciale identità, o una speciale relazione con una divinità o con una persona famosa

Erotomanico: convinzione delirante che un'altra persona, generalmente di rango superiore, sia innamorata del soggetto.

Misto: convinzioni deliranti caratteristiche di più di uno dei tipi sopra menzionati, ma senza prevalenza di alcun tema.





Fig. 20 – Tipizzazione del decorso della schizofrenia secondo il DSM-IV.

Esiti della schizofrenia

Restitutio ad integrum (25%)

Deterioramento progressivo (27%)

Risoluzione con difetto (48%)

. miglioramento
con residuo abbassamento stabile
del livello funzionale

. miglioramento
limitato ad un solo parametro
(lavoro ...)

. miglioramento costante
intervallato da piccole ricadute

. alternanza di ricadute e remissioni



Louis Wain (1860-1930)





‘Conosciamo la follia in due accezioni come il contrario della ragione e come ciò che precede la stessa distinzione tra ragione e follia ‘.

mentre nella prima accezione la follia ci è nota in quanto esclusione dal sistema o deroga al sistema di regole in cui la ragione consiste, proprio quelle che abbiamo inventato come rimedio all’angoscia, nella seconda la follia non è conosciuta, in quanto essa viene prima delle regole e delle deroghe e, per ciò stesso, avvertita come minaccia...

non c’è alcun mistero nel fondo oscuro di quell’abisso che, guardato dal punto di vista della ragione, chiamiamo irrazionale, ma dal quale, appunto, vengono le parole che poi sarà la stessa ragione ad ordinare.

‘Il mistero se mai è da cercare nella capacità della ragione di reggere alle forze contrastanti che la sottendono, terribili perché prive di regole ‘.

Chi si è fatto testimone di questa lotta sacrifica la sua mente e mette la sua parola al servizio del non-senso, precipizio dell’ordine logico, vertigine, congedo dalla ragione; la sua catastrofe biografica si fa parola per gli uomini.

K Jaspers