

DSM-IV (1994)

Schicofrenia

Classi Diagnostiche Principali

1. Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza o nell'Adolescenza;
2. Delirium, Demenza e Disturbi Amnestici e altri Disturbi Cognitivi;
3. Disturbi Mentali Dovuti a una Condizione Medica Generale;
4. Disturbi Correlati a Sostanze;
- 5. Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici;**
6. Disturbi dell'Umore;
7. Disturbi d'Ansia;
8. Disturbi Somatoformi;
9. Disturbi Fittizi;
10. Disturbi Dissociativi;
11. Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere;
12. Disturbi dell'Alimentazione;
13. Disturbi del Sonno;
14. Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove;
15. Disturbi dell'Adattamento;
16. Disturbi di Personalità (in Asse II);
17. Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica.

SINTOMI

A *Sintomi caratteristici: due (o più) dei sintomi seguenti, ciascuno presente*

1 deliri

2 allucinazioni

3 eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)

4 comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico

5 sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia.

Nota È richiesto un solo sintomo del Criterio A se i deliri sono bizzarri, o se le allucinazioni consistono di una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto, o di due o più voci che conversano tra loro.

DISFUNZIONE E DURATA

B Disfunzione sociale/lavorativa: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta un'incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile).

C Durata: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfino il Criterio A (cioè, sintomi della fase attiva), e può includere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestati soltanto da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

CRITERI DI ESCLUSIONE

D **Esclusione dei Disturbi Schizoaffettivo e dell'Umore:** il Disturbo Schizoaffettivo e il Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche sono stati esclusi poiché:

(1) nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva;

(2) oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase di sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo e residuo.

E **Esclusione di sostanze e di una condizione medica generale:** 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.

F **Relazione con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo:** se c'è una storia di Disturbo Autistico o di altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, la diagnosi addizionale di Schizofrenia si fa soltanto se sono pure presenti deliri o allucinazioni rilevanti per almeno un mese (o meno se trattati con successo).

TIPO PARANOIDE

- ❖ Un tipo di Schizofrenia nel quale risultano soddisfatti i seguenti criteri:
 - A. Preoccupazione relativa a uno o più deliri o frequenti allucinazioni uditive.
 - B. Nessuno dei seguenti sintomi è rilevante: eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico, affettività appiattita o inadeguata.

TIPO DISORGANIZZATO

- ❖ Un tipo di Schizofrenia in cui risultano soddisfatti i criteri seguenti:
 - A. Sono in primo piano tutti i seguenti:
 1. Eloquio disorganizzato
 2. Comportamento disorganizzato
 3. Affettività appiattita o inadeguata.
 - B. Non risultano soddisfatti i criteri per il Tipo Catatonico.

Tipo Catatonico

- Un tipo di Schizofrenia nel quale il quadro clinico è dominato da almeno due dei seguenti sintomi:
 1. arresto motorio come evidenziato da catalessia (inclusa flessibilità cerea) o da stupor;
 2. eccessiva attività motoria (che è apparentemente senza scopo e non influenzata da stimoli esterni);
 3. negativismo estremo (resistenza apparentemente senza motivo a tutti i comandi, o mantenimento di una postura rigida contro i tentativi di mobilitazione) o mutacismo;
 4. peculiarità del movimento volontario, come evidenziato dalla tendenza alla postura fissa (assunzione volontaria di pose inadeguate o bizzarre), da movimenti stereotipati, da rilevanti manierismi o smorfie;
 5. ecolalia o ecoprassia.

Tipo Indifferenziato

- Un tipo di Schizofrenia nel quale sono presenti i sintomi che soddisfano il Criterio A, ma che
- Non soddisfano i criteri per il Tipo **Paranoide, Disorganizzato, o Catatonico.**

Tipo Residuo

- Un tipo di Schizofrenia nel quale risultano soddisfatti i seguenti criteri:
 - A. Assenza di rilevanti deliri e allucinazioni, eloquio disorganizzato, e comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
 - B. Vi è manifestazione continua del disturbo, come indicato dalla presenza di
 - sintomi negativi o di
 - due o più sintomi elencati nel Criterio A per la Schizofrenia, presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

Sintomi della schizofrenia

Sintomi positivi e negativi

- Sintomi **positivi**: riflettono un eccesso o una distorsione di funzioni normali
- Sintomi negativi: riflettono una diminuzione o una perdita di funzioni normali

Sintomi positivi

Deliri

- Convinzioni erronee, che di solito comportano un'interpretazione non corretta di percezioni o esperienze
- Contenuto: varietà di temi (**persecuzione**, di **riferimento**, **somatici**, **religiosi** o di **grandiosità**)
 - **Persecuzione**: la persona è convinta di essere tormentata, inseguita, ingannata, spiata, o messa in ridicolo
 - **Riferimento**: la persona è convinta che certi gesti, commenti, passi di libri, giornali, parole di canzoni, o altri spunti provenienti dall'ambiente siano diretti specificamente a sé stessa
- Distinzione con idea fortemente radicata: dipende dal grado di convinzione con il quale la credenza viene mantenuta nonostante l'evidenza di prove contrarie

Deliri bizzarri

- Risultano chiaramente non plausibili e non comprensibili, e non derivano da comuni esperienze di vita
 - Esempio: convinzione che uno sconosciuto abbia rimosso i suoi organi interni sostituendoli con quelli di qualcun altro senza lasciare alcuna ferita o cicatrice
 - Non bizzarro: falsa convinzione di trovarsi sotto sorveglianza della polizia
- I deliri che esprimono una perdita di controllo sulla mente e sul corpo ("sintomi di primo-rango" di Schneider) sono generalmente considerati bizzarri
- Se i deliri sono giudicati bizzarri, questo solo sintomo è sufficiente per soddisfare il Criterio A per la Schizofrenia

Allucinazioni

- Possono manifestarsi con qualunque modalità sensoriale (uditiva, visiva, olfattiva, gustativa e tattile)
- Le allucinazioni **uditive** sono di gran lunga le più comuni e caratteristiche
 - Sperimentate come voci, sia familiari che non familiari, che vengono percepite come distinte dai pensieri propri del soggetto
 - Contenuto variabile: voci denigratorie o minacciose sono molto comuni
- Alcune (due o più voci che conversano con un'altra, oppure voci che continuano a commentare i pensieri o il comportamento del soggetto) sono incluse fra i sintomi di primo-rango di Schneider
- Se sono presenti questi tipi di allucinazioni, allora è richiesto solo questo singolo sintomo per soddisfare il Criterio A

Requisiti delle Allucinazioni

- Devono verificarsi a sensorio integro
 - quelle che si manifestano durante l'addormentamento (ipnagogiche) o durante il risveglio (ipnopompiche) rientrano nelle esperienze normali
- Esperienze isolate, come sentirsi chiamare per nome, o le esperienze che mancano della qualità di un oggetto di percezione esterno (per es., un mormorio nella propria testa) non sono considerate caratteristiche della S
- Possono anche essere un contenuto normale dell'esperienza religiosa in certi contesti culturali.

Pensiero disorganizzato

- Definito anche "disturbo formale del pensiero", "allentamento dei nessi associativi"
 - considerato da certi autori (Bleuler) come la manifestazione singola più importante della Schizofrenia
1. Difficoltà di una definizione obiettiva
 2. In un contesto clinico le deduzioni sul pensiero sono basate in primo luogo sull'eloquio del soggetto
- Perciò è stato enfatizzato il concetto di eloquio disorganizzato (Criterio A3)

Disorganizzazione

- Bleuler: disturbo delle associazioni logiche del pensiero era uno dei “sintomi fondamentali” della schizofrenia
- Alterazione del meccanismo in base al quale in ogni scambio comunicativo il pensiero viene organizzato secondo una sequenza logica adatta a trasmettere un messaggio e a garantire la comprensione del medesimo
- Questi meccanismi vengono detti appunto associativi
- La disorganizzazione della comunicazione verbale nella S può dipendere da
 - alterazione intrinseca dei meccanismi associativi del pensiero
 - incapacità di controllare la corretta ricezione del messaggio: conseguenza del ritiro dalla comunità sociale

“neologismi”

- Vocabolario inesistente creato ed utilizzato dal paziente per esprimere in forma simbolica un contenuto ideativo
- Più spesso, sostantivi e meno frequentemente verbi o aggettivi
- Possono essere
 - parole completamente nuove ed incomprensibili
 - distorsioni di parole comunemente usate
 - arbitrarie condensazioni di più parole in un unico nuovo termine o anche
 - sostantivi creati “per assonanza”
- Quando sono decifrabili, permettono di intuire il particolare uso dei simboli effettuato dallo s

Ecolalia

- Consiste sostanzialmente nella continua ripetizione di una frase
- Oggi si presenta in forme più lievi: risposta di alcuni pazienti che inizia regolarmente con la ripetizione della domanda a loro rivolta
 - M: “Come si chiama?” P: “Come mi chiamo? Mi chiamo Claudio”
 - M: “Quanti anni ha?” P: “Quanti anni ho? 22”
 - M: “Con chi vive?” P: “Con chi vivo? Con mia madre e mio padre”
- Potrebbe essere tentativo di mantenere l'attenzione focalizzata sulle domande poste

Blocco del pensiero

- Bleuler: improvvisa mancanza totale di legami associativi che avrebbe provocato brusche interruzioni nel discorso del paziente
- L'interruzione può durare secondi o minuti e lascia il paziente spesso perplesso e disorientato
- Bleuler: «Una catatonica intelligente deve rimanere seduta per ore per “ritrovare il pensiero”, un'altra non sa dire altro che “a volte so parlare, a volte no”, un altro ha “ostacoli del pensiero”...».

Come si manifesta

- Colloquio: dopo una brevissima pausa riprende il discorso comunicando un pensiero che ha pochi o nessun legame con quello precedente
- Soste nell'eloquio del paziente che possono apparire come una semplice caduta della sua attenzione.
- Blocchi cosiddetti parziali: interruzione del solo linguaggio e non del pensiero:
 - il paziente pur rimanendo muto continua a gesticolare come se stesse ancora parlando

Eloquio disorganizzato (A3)

- "deragliament" o "allentamento dei nessi associativi": "perdere il filo" passando da un argomento all'altro
- "tangenzialità": le risposte alle domande possono essere correlate in modo obliquo o completamente non correlate
- "incoerenza" o "insalata di parole": così gravemente disorganizzato da risultare quasi incomprensibile, e assomigliare all'afasia recettiva nella sua disorganizzazione linguistica
- Una disorganizzazione lieve dell'eloquio è comune e non specifica, per cui i sintomi devono essere sufficientemente gravi da compromettere in modo consistente la comunicazione effettiva
- Una disorganizzazione meno grave del pensiero o dell'eloquio può manifestarsi durante i periodi prodromici o residui della Schizofrenia

comportamento grossolanamente disorganizzato (A4)

- Può manifestarsi in una varietà di modi, da una stupidità infantile all'agitazione imprevedibile
- Problemi in qualunque forma di comportamento finalizzato a una meta, che può evidenziare delle difficoltà nella esecuzione di attività della vita quotidiana, come la preparazione dei pasti o il mantenimento dell'igiene personale
- Può avere un aspetto molto disordinato
- Può vestire in un modo inusuale (per es., indossando più soprabiti, sciarpe e guanti in un giorno caldo)
- Può mostrare un comportamento sessuale chiaramente inappropriato (per es., masturbazione in pubblico), oppure
- un'agitazione imprevedibile in assenza di stimoli esterni (per es., gridando o imprecando)

comportamenti motori catatonici

- Notevole diminuzione della reattività all'ambiente, che si manifesta di volta in volta con differenti modalità:
 1. stupor catatonico: grado estremo di assenza di consapevolezza
 2. rigidità catatonica: postura rigida e resistenza passiva agli sforzi di mobilitazione
 3. negativismo catatonico: resistenza attiva ai comandi o ai tentativi di mobilitazione
 4. posture catatoniche: assunzione di posture bizzarre o inappropriate
 5. eccitamento catatonico: eccessiva attività motoria non finalizzata e non dovuta a stimoli esterni
- i sintomi catatonici non sono specifici e possono ricorrere in altri disturbi mentali

Catalessia e flessibilità cerea

- **Catalessia vera:** rigidità muscolare per cui il paziente mantiene a lungo la stessa posizione, a volte anche scomoda, ed è quasi impossibile dall'esterno modificarla:
 - “segno del cuscino”: mantenere da sdraiati la testa di poco sollevata dal piano.
- **Catalessia flessibile:** mantiene la posizione che è stata imposta dall'esterno per un certo tempo e poi lentamente e quasi impercettibilmente ne assume spontaneamente un'altra più comoda.
- **Flessibilità cerea:** quando si tenta di sollevare un arto del malato, si apprezza durante il movimento passivo imposto una certa resistenza muscolare

Stupore catatonico

- Immobilità più completa: giace disteso con gli occhi chiusi, ma in genere si apprezza un tremolio alle palpebre, e non risponde né a stimoli esterni né a stimoli interni
 - non deglutisce niente, nemmeno la saliva che ristagna nella bocca e cola agli angoli, non svuota né gli intestini né la vescica, non sembra reagire né al dolore, né agli stimoli termici.
 - seri problemi di assistenza medica: non si alimentano, non urinano e non evacuano
 - oggi sono molto meno frequenti rispetto al passato

Stereotipie

- Riguardano diversi comportamenti e consistono fondamentalmente nella loro ripetizione
 - stereotipie di gesti usuali: pettinarsi ad esempio
 - stereotipie di comportamenti motori: un particolare movimento nel camminare
 - stereotipie di espressioni del viso: una smorfia viene continuamente ripetuta.
- Oggi molto meno vistosi rispetto a quelli descritti nel passato.

Manierismi

- Disturbi appartenenti alla serie motoria molto caratteristici della schizofrenia cronica
- Sono sostanzialmente **caricature** ed esasperazioni di comportamenti normali
- Possono così apparire **bizzarre** alcune azioni normali come il fumare o il pettinarsi compiute con gesti ampi ed esagerati.
- Anche il **linguaggio** può presentare dei manierismi quando si presenta affettato ed incongruamente ricercato, così come la **mimica** quando è teatrale.

Impulsi

- Gesti, o più genericamente azioni **improvvisi** ed apparentemente **immotivate**, che il paziente compie spesso senza darne alcuna spiegazione
- Per lo più di comportamenti violenti verso cose, persone, o verso se stessi che
 - a volte sono evidentemente il risultato di comandi allucinatori
 - altre volte sono semplicemente il risultato di un progressivo e rapido aumento dell'angoscia soggettiva.

Sintomi Negativi

Critério A5

Affettività, alogia, apatia

- Appiattimento dell'affettività: il viso del appare immobile e non reattivo, con scarso contatto dello sguardo e ridotto linguaggio del corpo
 - Benché possa sorridere e occasionalmente animarsi, lo spettro delle sue espressioni emotive è chiaramente ridotto nella maggior parte del tempo
- Alogia (povertà di linguaggio): risposte brevi, laconiche, vuote
 - sembra avere una diminuzione di pensieri, che si riflette nella diminuzione di fluidità e di produttività del linguaggio
 - deve essere differenziato da una mancanza di volontà di parlare
- Abulia: incapacità a iniziare e a continuare attività finalizzate a una meta
 - Può rimanere seduta per lunghi periodi di tempo e mostrare scarso interesse nel partecipare ad attività sociali o lavorative.

Alterazioni dell'affettività

1. • appiattimento
2. • discordanza
3. • ambivalenza

Appiattimento

- Riduzione o assenza delle normali capacità di modulazione affettiva del pensiero, manifestata da
 - riduzione della reattività emotiva di fronte a stimoli che invece dovrebbero sollecitarla
 - mimica, gestualità, intonazione della voce sembrano aver perso la loro abituale flessibilità e reattività
 - anche di fronte a stimoli provenienti da situazioni della vita quotidiana o ad eventi stressanti esistenziali anche di entità rilevante (ad es. avvenimenti di separazione, perdita o lutto)
- Impressione di una passiva indifferenza di fronte agli stimoli accompagnata da una profonda inerzia affettiva
- Tende a sfuggire lo sguardo diretto, il tono della voce è monotono, la motilità spontanea è scarsa.

Riduzione dell'interesse

- Si accompagna ad una
 - riduzione dell'attività esploratoria, della curiosità, dell'interesse per le altre persone e più in generale per gli stati affettivi delle persone che interagiscono con lui
- In molti casi è relativo e selettivo:
 - può essere presente nei rapporti interpersonali con le persone della famiglia e con il medico
 - ma può essere presente un'intensa partecipazione emotiva ai contenuti del delirio o delle allucinazioni

Discordanza affettiva

- Particolare “dissociazione” o “sfasatura” tra i contenuti del discorso del p e l’espressività emozionale che li accompagna
- La discordanza tra le due forme di comunicazione (verbale e non verbale) tende ad
 - essere persistente
 - non controllata volontariamente e
 - strettamente correlata agli altri disturbi del quadro sindromico

Risonanza emotiva

- Risonanza emotiva inadeguata, sproporzionata o solo marginalmente correlata ai contenuti ideativi verbali
- La discordanza si riferisce ai contenuti del discorso e non ai contenuti del pensiero
 - P dotati di buone capacità di introspezione, una volta guariti riferiscono che la loro precedente manifestazione affettiva “incongrua” non era riferita a quanto stavano dicendo all’esaminatore
 - ma ad una fantasia (o ad un delirio) che non compariva nel discorso palese

Manifestazioni della discordanza

- Sorride incongruamente mentre espone eventi intrinsecamente luttuosi o dolorosi o, viceversa, appare triste ed angosciato parlando di cose apparentemente irrilevanti
- “ridere da solo senza motivo”
- Alcuni comportamenti impulsivi ad alta connotazione emozionale indotti da stimoli esterni apparentemente irrilevanti

Ambivalenza (Bleuler)

- Coesistenza nei vissuti del paziente di emozioni e di pensieri apparentemente contrastanti o comunque in opposizione tra loro
- Bleuler: «la tendenza schizofrenica ad attribuire contemporaneamente a psichismi diversi segni positivi e negativi»
 - era riferito sia a manifestazioni affettive che cognitive, in realtà va prevalentemente considerato come un segno di alterazione della sfera emozionale del paziente
- E' un sintomo relativamente raro
- Sono invece più frequenti manifestazioni più sfumate di ambivalenza affettiva oppure comportamenti alterati a connotazione ambivalente
- Esempio: malati che alternano nei confronti della madre atteggiamenti di dipendenza simbiotica a manifestazioni di aggressività a volte violenta

Non sono specifici

- Si manifestano in un continuum con la normalità
- Non sono specifici e possono essere dovuti a vari fattori:
 1. conseguenza di un sintomo **positivo** che produce isolamento sociale o linguaggio impoverito
 - esempio, il comportamento di un soggetto che abbia la convinzione delirante che si troverà in pericolo se lascerà la sua stanza o parlerà con qualcuno, può mimare i sintomi alogia e abulia
 2. I farmaci **neurolettici** spesso producono effetti extrapiramidali collaterali che assomigliano strettamente all'appiattimento dell'affettività o all'abulia
 3. sintomi **depressivi**: altri sintomi di accompagnamento presenti, e il fatto che i soggetti con sintomi di depressione tipicamente sperimentano uno stato affettivo intensamente doloroso, mentre quelli con Schizofrenia presentano una diminuzione o un vuoto di affettività
 4. **Sottostimolazione** ambientale cronica o uno stato di demoralizzazione possono comportare apatia e abulia apprese.

Autismo

Bleuler

- Non consiste in un sintomo specifico, ma piuttosto in una condizione “trasversale” che rappresenta in un certo senso l’essenza della malattia
- Bleuler: uno dei “sintomi fondamentali” della malattia, conseguenza dell’alterazione di una “funzione psichica complessa” rappresentata dal rapporto con la realtà:
 - «... denominiamo autismo il distacco dalla realtà con la relativa e assoluta predominanza della vita interiore».
- Associazione e combinazione di sintomi in cui deliri, allucinazioni, ritiro sociale, perdita dei contatti con il mondo esterno e della progettualità giocavano un ruolo fondamentale

Simbolo di alienazione

- Successivamente ripreso da alcuni esponenti della psicopatologia europea per indicare
 - il mondo chiuso in se stesso ed imperscrutabile del malato schizofrenico
 - in cui la realtà interna perde i confini con la realtà esterna e si dilata fino ad inglobare tutto l'universo del paziente
 - dove i confini del sé psichico e del sé corporeo risultano frammentati o dissolti
- Diventa così il simbolo stesso dell'alienazione e la condizione unificante di tutta la multiforme sintomatologia schizofrenica
- Non può essere dunque considerato come un "sintomo" della schizofrenia, come aveva suggerito Bleuler, ma
- una condizione esistenziale di alienazione e di distacco dal mondo che dovrebbe esprimere l'essenza della malattia.

DSM-IV

- Autismo riferito esclusivamente alle condizioni psicotiche specifiche che si manifestano molto precocemente in età infantile
- I criteri diagnostici non fanno alcuna menzione dell'autismo
- In effetti il concetto di autismo risulta assai difficilmente descrivibile in termini operativi
- In assenza di regole e di definizioni che limitino l'ambiguità del termine, la valutazione qualitativa e quantitativa di una "condizione autistica" è ampiamente dipendente dalla valutazione soggettiva dell'esaminatore.

- L'età media di insorgenza per il primo episodio psicotico della Schizofrenia si situa tra i 20 e i 25 anni per gli uomini e poco sotto i 30 anni per le donne
- L'esordio può essere brusco o insidioso
- La maggioranza presenta un tipo di fase prodromica: sviluppo lento e graduale di una varietà di segni e di sintomi
 - ritiro sociale
 - perdita di interesse nella scuola o nel lavoro
 - deterioramento nell'igiene e nell'ordine
 - comportamento inusuale
 - scoppi di rabbia
- I familiari possono trovare questo comportamento di difficile interpretazione, e presumere che "stia attraversando una particolare fase"

Decorso ed esito

- Decorso può essere variabile:
 - certi soggetti che mostrano esacerbazioni e remissioni
 - altri rimangono cronicamente ammalati
 - la remissione completa (per es., un ritorno al funzionamento premorboso pieno) non è probabilmente comune
- Tra i soggetti che rimangono ammalati
 - alcuni sembrano avere un decorso relativamente stabile
 - altri mostrano un progressivo peggioramento associato a grave disabilità

- All'inizio della malattia, i sintomi **negativi** possono essere rilevanti, apparendo primariamente come manifestazioni prodromiche
- Successivamente, compaiono sintomi **positivi**
 - Questi sono particolarmente rispondenti al trattamento, per cui diminuiscono, ma
 - in molti soggetti persistono sintomi negativi tra gli episodi di sintomi positivi
- I sintomi negativi possono diventare stabilmente più rilevanti in certi soggetti durante il decorso della malattia

Sintomi prodromici

Ritiro e isolamento sociale

- Ha in genere un andamento **progressivo** ed ingravescente.
 - Può riguardare inizialmente un'area specifica di interazione sociale (ad es. la scuola o il lavoro), ma tende poi ad interessare globalmente tutta la rete relazionale
 - Le attività di gruppo e di incontro sociale vengono dapprima subite passivamente ed in seguito evitate attivamente.
 - Riduce progressivamente la sua comunicazione nell'ambito del gruppo, spesso facendo scattare meccanismi di esclusione e di emarginazione che favoriscono ulteriormente il distacco e la chiusura
- **Amicizie**: sembra perdere progressivamente la sintonia comunicativa e la motivazione alla ricerca attiva e al mantenimento del rapporto duale
 - Appare sempre meno motivato a cercare la presenza e la compagnia degli amici abituali anche perché sembra provare un senso di disagio e di insicurezza nell'ambito dei rapporti che precedentemente viveva senza difficoltà
 - Spesso evita il rapporto perché può sentirsi “diverso”, “messo da parte”, o oggetto di commenti negativi da parte degli altri componenti del gruppo e degli amici abituali.
- **Rapporti affettivi e/o sessuali** con figure dell'altro sesso: si allentano e si deteriorano progressivamente per mancanza di motivazione, per riduzione dell'interesse e per difficoltà comunicativa.

Nuovi interessi strani e bizzarri

- Talvolta la perdita dell'interesse e della motivazione nei confronti delle precedenti attività si accompagna alla comparsa di nuovi interessi, con caratteristiche di stranezza e di bizzarria rispetto al periodo precedente l'inizio della malattia
- In questi casi il mostra una immotivata ed inattesa restrizione del campo di interessi che si focalizza su temi magici, pseudo-filosofici o pseudoscientifici affrontati con evidente mancanza di critica e di preparazione

Riduzione delle capacità di svolgere un comportamento finalizzato

- Diminuzione del rendimento **scolastico** o **lavorativo** e incapacità a svolgere attività **ludiche** presenti in precedenza
 - Il rendimento scolastico mostra una netta flessione negativa, spesso associata a frequenti ed immotivate assenze dalla scuola
 - Sul lavoro mostra un calo del rendimento, una netta discontinuità nelle prestazioni fornite in precedenza e si riscontrano frequenti ritardi o assenze dal posto di lavoro
 - Se in precedenza svolgeva un'attività sportiva, questa viene progressivamente trascurata e se esistevano interessi ed attività extrascolastiche o extralavorative, queste vengono abbandonate o neglette.

comportamento impulsivo, strano e bizzarro

- Manifestazioni di aggressività improvvisa nei confronti di figure familiari (aggressività del paziente di sesso maschile verso la madre)
- Comportamenti sessuali di tipo decisamente inadeguato
- Comportamenti alimentari assurdi o inappropriati
- Il cambiamento psicotico che si sta verificando viene vissuto quasi esclusivamente a livello intimo ed è sufficientemente controllato

Ansia

- Da un vago senso soggettivo di disagio e di timore per qualcosa di indefinito, aumenta più o meno lentamente fino a diventare angoscia profonda.
- Appare facilmente irritabile, distraibile e riesce con difficoltà a portare a termine compiti anche semplici
- Spesso riferisce che, durante questa prima fase, ha avuto dei dubbi sulla propria identità e che si è sentito “strano” o “diverso dagli altri”
- A volte riferisce di aver avuto incertezze circa la vera identità dei genitori e degli altri familiari
- Altre volte dice di aver sentito qualcosa di cambiato nella realtà che lo circonda, in modo oscuro, indefinibile ed imprecisabile.

Perplexità schizofrenica

- L'espressione del volto interrogativa e sorpresa riflette questi contenuti ideativi
- Jaspers: «è una reazione assolutamente comprensibile della personalità normale di fronte all'irruzione di una psicosi acuta... I malati si accorgono di non poter pensare, che tutto il mondo circostante resta per loro un enigma e perciò cadono in uno stato di perplessa meraviglia».

Cenestopatie

- Preoccupazioni somatiche immotivate
- Cenestopatie descritte in modo vago ma ripetitivo e non riferibili a nessun quadro organico specifico
 - Dolori vaghi e diffusi, variabili come sede ed intensità, ma prevalentemente localizzati al capo
 - sensazioni di “testa ovattata”, di “cervello che brucia”, di “qualcosa dentro alla testa che dà fastidio”, di “punture di spillo”, di “debolezza”

Parte specifica del corpo

- A volte manifesta la preoccupazione ossessionante di “avere il pene piccolo”
- Altre volte pensa che i tratti del suo volto stiano cambiando
- Altre volte ritiene che le sue mani siano diventate più grandi, più piccole o che si stiano trasformando.
- Alcuni pazienti passano molte ore davanti allo specchio controllando angosciosamente la possibile realtà dei propri cambiamenti somatici

Depersonalizzazione

- Vissuti di irrealtà, di stranezza, di cambiamento percettivo o di trasformazione corporea riferiti
 - non come una realtà indiscutibile e inaccessibile alla critica: deliri
 - ma **come se** si trattasse di qualcosa di reale
 - pur riferendo questi vissuti come reali, riesce a mantenere nei loro confronti un certo distacco critico, anche se manifesta un livello di ansia particolarmente elevato per l'apparente incomprendibilità di ciò che sta avvenendo

Autopsichica e allopsichica

- **Autopsichica:** Si sente come se stesse perdendo la sua identità, la sua personalità, il controllo dei suoi pensieri o il dominio dei suoi ricordi in una generale sensazione di “irrealtà superiore”
 - «... mi sento strano, come se fossi cambiato internamente. Certi giorni mi sembra come se un occhio veda una cosa e l'altro un'altra e come se le due orecchie sentano ognuna per conto suo. Mi rendo conto che è impossibile, ma questo dipende dal fatto che io non sono più io...»
- **Allopsichica:** come se la realtà esterna fosse cambiata, alterata o trasformata in modo vago, imprecisato e generalmente minaccioso

Somatica

- **Depersonalizzazione somatica:** sente il proprio corpo *come se* fosse alterato, trasformato, scisso o reso in qualche modo estraneo ed irreale; distinta da
 - preoccupazioni somatiche immotivate
 - alterazioni della cenestesi
 - disturbi somatici senza base organica
 - deliri di trasformazione somatica: può rappresentare un preludio
- «... mi sento come se ci fosse del fuoco nella mia testa e come se gli intestini non fossero più al loro posto. Mi sembra che il mio corpo sia cambiato, ma non riesco a capire né come né perché...»

Comparsa dei primi veri sintomi

- Aumento progressivo di emozioni e vissuti angosciosi: sempre maggiore difficoltà ad organizzare anche una semplice attività quotidiana
- Spesso passa la giornata in attività afinalistiche ed improduttive: stando in silenzio dentro una stanza rifiutando qualsiasi contatto con gli altri, oppure camminando senza sosta e senza una meta precisa.
- Allucinazioni e disturbi del pensiero a questo punto fanno in genere la loro prima comparsa così come il delirio che, in un qualche modo, riduce l'ansia soggettiva in quanto probabilmente fornisce al paziente un chiaro, anche se falso, sistema di lettura del proprio cambiamento interno

Familiarità

- I **parenti biologici di primo grado** dei soggetti con S hanno un rischio per la S di circa **10 volte maggiore** rispetto alla popolazione generale
- I tassi di concordanza per S sono più alti nei gemelli **monozigoti** rispetto ai gemelli **dizigoti**
- Studi di adozione hanno dimostrato che i **parenti biologici** di soggetti con S presentano un **rischio consistentemente aumentato** per S, mentre i parenti adottivi non hanno un aumento di rischio
- Molti dati suggeriscono l'importanza dei fattori genetici nell'eziologia della S
- Ma l'esistenza di un tasso consistente di discordanza nei gemelli monozigoti indica anche l'importanza dei fattori ambientali.

Prevalenza

- Variabilità della prevalenza riferita della S, poiché differenti studi hanno impiegato
 - differenti metodi di accertamento (rurale versus urbano, comunitario versus clinico o ospedaliero)
 - differenti definizioni di Schizofrenia (ristretta versus ampia, basata su criteri versus clinica)
- Le stime di prevalenza trovate in molti studi ampi variano dallo **0,2% al 2%**
- I **tassi di prevalenza** sono simili in tutto il mondo, ma sono state riportate sacche di alta prevalenza in certe aree specifiche
- La **prevalenza durante la vita** della S è generalmente stimata tra lo 0,5% e l'1%
- Poiché tende ad essere cronica, i **tassi di incidenza** sono considerevolmente più bassi dei tassi di prevalenza: si stima siano intorno a 1 per 10.000 per anno.