

Università degli Studi di Trieste

Medicina e Chirurgia

La schizofrenia e gli altri disturbi psicotici

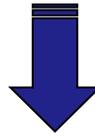
Umberto Albert



SCHIZOFRENIA

Gruppo di disturbi mentali gravi, di natura psicotica, clinicamente eterogenei

Nucleo psicopatologico primario



SCISSIONE DEI PROCESSI ASSOCIATIVI

Emil Kraepelin (1856-1926): "Dementia Praecox" definizione sulla base dei criteri di decorso: precocità d'esordio e esito in demenza.

Separazione dalle psicosi affettive circolari (gli attuali disturbi bipolari).

Eugen Bleuler (1857-1939): "Schizofrenia" definizione psicopatologica: Scissione.

Schizofrenia: origine del concetto

Emil Kraepelin
4^a edizione del Trattato di
Psichiatria (1893)



DEMENTIA PRAECOX

- Esordio in età giovanile
- Progressivo decadimento delle funzioni psichiche fino a quadro demenziale

3 tipi:

- a) Ebefrenica (Ebefrenia di Hecker)
- b) Catatonica (Catatonia di Kahlbaum)
- c) Paranoide (descritta per la prima volta)

Dementia Praecox distinta da Psicosi Maniaco-Depressiva
(melancolia e fasi di eccitamento variamente alternantisi con periodi liberi
SENZA progressivo deterioramento)

Fattori unificanti per le varie forme di Dementia Praecox:

- età d'esordio: giovanile
- decorso: più o meno rapidamente regressivo
- esito: in quadro simil-demenziale

Schizofrenia: origine del concetto

Eugen Bleuler (1911)



SCHIZOFRENIA

Sintomi PRIMARI

Disturbo delle Associazioni

(elemento psicopatologico unificante
Alterazione primaria ed essenziale da cui
derivano tutti i sintomi della malattia)

Sintomi SECONDARI

Allucinazioni

Deliri

Alterazione della affettività

Autismo

Ambivalenza

Alterazioni della memoria, orientamento

Deterioramento cognitivo

Sintomi catatonici

CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE

La scissione si manifesta come

1. disintegrazione dell'identità

Non si riconosce più ciò che è proprio da ciò che è altro/esterno da Se': delirio di inserzione del pensiero

2. dissociazione tra i processi di pensiero

"saltano" i nessi associativi tra idea e idea, incongruenza

3. dissociazione tra pensiero e affettività e volizione

incongruenza affettiva, fatuità

Disintegrazione dell'identità

- confusione o perdita di coesione del Sé nel tempo e nello spazio (per cui il paziente non si riconosce come colui che ha operato nel passato una determinata azione);
- confusione o perdita dei confini fra il mondo interno e quello esterno (da cui derivano i deliri di inserzione del pensiero – un contenuto di pensiero è ritenuto non proprio ed inserito nel cervello da altri, dall'esterno - di diffusione, trasmissione e furto del pensiero – un mio contenuto di pensiero può essere letto, essere trasmesso ad altri)

Disturbo dei processi di pensiero (perdita dei nessi associativi)

Difficoltà a:

1. costruire pensieri secondo le regole della sintassi. Nel pensiero schizofrenico compare invece:

- identità basata su predicati identici: il cane è marrone, il cavallo è marrone, quindi il cane è un cavallo;
- simmetria patologica: Paolo è il padre di Mario, quindi Mario è il padre di Paolo;
- concretizzazione del pensiero: incapacità ad astrarre ed adesione a concetti concreti;

2. aderire ai contenuti di pensiero di base condivisi dal proprio milieu culturale e sociale;

Incoerenza affettiva

espressione della dissociazione tra contenuto di pensiero e risonanza affettiva;

ad esempio: pianto che accompagna un contesto/contenuto di pensiero neutro o allegro

CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE

La scissione si manifesta come

- disintegrazione dell'identità
- dissociazione tra i processi di pensiero
- dissociazione tra pensiero e affettività e volizione



Fondamento della sintomatologia a livello

- intrapsichico (disorganizzazione, confusione, angoscia)
- interpersonale (frammentazione delle relazioni)
- sociale (calo del rendimento con impossibilità a provvedere alle esigenze della vita)

Disturbi dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici (DSM-5)

- Schizofrenia ←
- Disturbo Psicotico Breve
- Disturbo Schizofreniforme
- Disturbo Schizoaffettivo ←
- Disturbo Delirante ←
- Disturbo Psicotico Dovuto ad una Condizione Medica Generale
- Disturbo Psicotico Dovuto a Farmaci/Sostanze

Epidemiologia della schizofrenia e di altri disturbi psicotici: prevalenza lifetime nella popolazione generale e distribuzione tra i sessi.

disturbo	Prevalenza (%)	Distribuzione tra i sessi
Schizofrenia	0,5-1,5	M=F
Disturbo schizofreniforme	0,07-0,2	da definire
Disturbo schizoaffettivo	0,3	M<F
Disturbo delirante	0,2	M=F
Disturbo psicotico breve	0,05	da definire

Schizofrenia (DSM-5)

- A. sintomi caratteristici: positivi / negativi /disorganizzati
- B. disabilità sociale/occupazionale
- C. durata ≥ 6 mesi
- D. non attribuibile a disturbo dell'umore
- E. non attribuibile ad abuso di sostanze o condizione medica generale
- F. se disturbo dello spettro autistico, preminenti deliri o allucinazioni

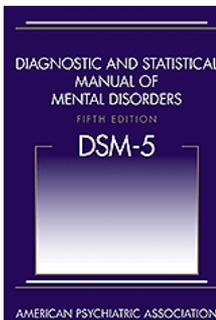
Criterion A for the diagnosis of Schizophrenia (DSM-5)

Sintomi caratteristici: due (o più) dei sintomi seguenti, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (meno se trattati con successo). Almeno uno deve essere 1), 2), o 3):

- 1) Deliri
- 2) Allucinazioni
- 3) Eloquio disorganizzato (per es. frequenti deragliamenti o incoerenza)
- 4) Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- 5) Sintomi negativi (per es. riduzione dell'espressione emotiva, o avolizione)

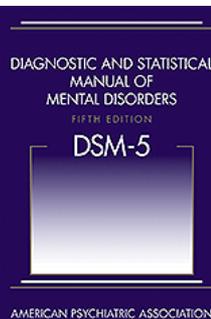
Altri criteri per la diagnosi di Schizofrenia (DSM-5)

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 sono notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (o, se l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza si manifesta una incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile).



Altri criteri per la diagnosi di Schizofrenia (DSM-5)

C: Durata: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo deve includere almeno 1 mese (o meno se trattato con successo) di sintomi che soddisfano il criterio A (sintomi di fase attiva) e può includere periodi di sintomi prodromici o residui.



Epidemiologia della Schizofrenia

Prevalenza lifetime: 0,5-1,5%

Incidenza annuale: 0,009-0,09%

Età d'esordio: 16-25 aa (m)
25-35 aa (f)

Ubiquitaria nelle diverse aree geografiche e classi sociali

Equidistribuita fra i sessi

I diversi tipi di sintomi delle psicosi schizofreniche.

SINTOMI POSITIVI	Deliri Allucinazioni
SINTOMI NEGATIVI	Alogia Appiattimento affettivo Apatia – Avolizione Anedonia Ritiro sociale
SINTOMI DI TIPO DISORGANIZZATO	Disturbi formali del pensiero Comportamenti bizzarri Incongruità affettiva
SINTOMI CATATONICI	Stupor catatonico Mutacismo Catalessia Catatonismo Negativismo Ecolalia – Ecoprassia – Ecomimia

Sintomi positivi

- Deliri: di persecuzione, di veneficio, di influenzamento, di furto del pensiero, di inserzione del pensiero, di trasmissione del pensiero
meno caratteristici: grandezza, mistico-religiosi, scientifici o pseudoscientifici
- Allucinazioni: caratteristiche solo le allucinazioni uditive (voci che commentano l'operato del paziente, voci che discorrono tra loro, voci imperative)

Psicopatologia: delirio

Il delirio è un pensiero patologico (si tratta di un disturbo del contenuto del pensiero).

idea o una convinzione caratterizzata da due aspetti formali fondamentali (a) e (b), che devono essere entrambi presenti, ed eventualmente dalle caratteristiche del contenuto (c):

- a) irrealistico (che non trae origine da alcun dato reale né da un'esperienza concreta) che ha le caratteristiche di un'intuizione propria (intuizione delirante – cioè il delirio è costruito sulla base di un'intuizione) oppure di un'erronea interpretazione di una percezione (percezione delirante – cioè il delirio è costruito sulla base di una attribuzione di significato distorto ad una reale percezione);
- b) non criticabile da parte del paziente, la convinzione non recede di fronte ad alcun tipo di obiezione né di fronte ad un tentativo di ripensamento critico;
- c) contenuto anomalo, originale, incongruo o bizzarro.

Deliri tipici della schizofrenia (attenzione.... NON i più frequenti)

1. furto del pensiero : il paziente crede che gli siano sottratti dalla mente i suoi pensieri
2. influenzamento : il paziente prova l'esperienza soggettiva che le sue percezioni, pensieri e azioni siano controllate da qualche forza esterna
3. diffusione del pensiero : il paziente crede che i suoi pensieri si diffondano al di fuori di lui in modo che egli stesso o gli altri possano udirli
4. inserzione del pensiero : il paziente crede che siano stati inseriti nella sua mente pensieri che non riconosce come propri

Sintomi negativi

- Appiattimento affettivo (sintomo fondamentale di Bleuler): restrizione del range e dell'intensità delle espressioni emotive
- Alogia: restrizione della fluenza e produttività del pensiero e del discorso
- Avolizione: riduzione della capacità di iniziare comportamenti finalizzati



- Secondari ai sintomi positivi
- Espressione di effetti collaterali di farmaci
- Disturbo depressivo
- Ipostimolazione dell'ambiente circostante
- Veri sintomi negativi (espressione dell'ipodopaminergia meso-corticale)

Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

- Deragliamento (o perdita dei nessi associativi): si manifesta con un discorso spontaneo in cui le idee passano da un tema all'altro correlato marginalmente o completamente non correlato con il primo.
- Tangenzialità: si intende il dare una risposta di traverso ad una domanda o comunque dare una risposta priva di senso rispetto alla domanda.
- Incoerenza: consiste nell'esprimere un discorso essenzialmente incomprensibile (pensiero completamente disorganizzato).

Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

- Deragliamento (o perdita dei nessi associativi): si manifesta con un discorso spontaneo in cui le idee passano da un tema all'altro correlato marginalmente o completamente non correlato con il primo.

Si ha l'impressione di assistere ad una interpolazione di pensieri senza alcuna connessione comprensibile rispetto alla concatenazione delle idee. Il discorso è grammaticalmente corretto, ciascuna di queste idee è un semplice pensiero che, se utilizzato al momento opportuno, risulterebbe adeguato. Può manifestarsi con diversi livelli di gravità, che rendono il discorso da appena disturbato a incomprensibile (insalata di parole)

Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

- Tangenzialità: si intende il dare una risposta di traverso ad una domanda o comunque dare una risposta priva di senso rispetto alla domanda. (Risposta il cui contenuto è marginalmente, lontanamente o niente affatto correlato alla domanda. Si tratta di un fenomeno grossolanamente ascrivibile all'allentamento dei nessi associativi: es. *Qual è il suo titolo di studio? Oh, sì certo la cultura è importante, adesso tutti vanno a scuola, la scuola è obbligatoria fino a 16 anni....*)
- Precisa distinzione tra deragliamento e tangenzialità (precedentemente definita come una forma di lieve deragliamento in cui le idee sono correlate tra loro marginalmente): il primo si manifesta nel corso di un discorso spontaneo, mentre la seconda si manifesta come immediata risposta ad una domanda.

Disturbi formali del pensiero (disorganizzazione del pensiero)

Incoerenza: consiste nell'esprimere un discorso essenzialmente incomprensibile (pensiero completamente disorganizzato).

Perdita delle connessioni grammaticali, logiche e affettive del linguaggio. Il discorso risulta del tutto disorganizzato e incomprensibile, per la labilità dei legami coesivi tra le parole, per l'uso di forme sintattiche anomale, neologismi e metafore ermetiche. Spesso si accompagna al deragliamento, ma si differenzia da questo perché si verifica all'interno della stessa frase e non nel passaggio da un periodo all'altro del discorso.

Es. Cosa pensa di questa crisi energetica che si sta verificando nel mondo? Stanno distruggendo l'olio, ne fanno sapone, ci si può tuffare nell'acqua, la mia famiglia vorrebbe che mi facessi bruciare, ma io penso che è meglio avere i capelli rossi e mettere sempre la benzina dove capita.

Disturbo dei processi di pensiero (perdita dei nessi associativi)

Difficoltà a:

1. costruire pensieri secondo le regole della sintassi. Nel pensiero schizofrenico compare invece:

- identità basata su predicati identici: il cane è marrone, il cavallo è marrone, quindi il cane è un cavallo;
- simmetria patologica: Paolo è il padre di Mario, quindi Mario è il padre di Paolo;
- concretizzazione del pensiero: incapacità ad astrarre ed adesione a concetti concreti;

2. aderire ai contenuti di pensiero di base condivisi dal proprio milieu culturale e sociale;

Disturbi cognitivi

- Memoria verbale
- Funzioni esecutive
- Attenzione
- Fluenza verbale

Approccio dimensionale

1) Trasformazione della realtà (sintomi positivi)

ampia gamma di vissuti deliranti e allucinatori

2) Impoverimento ideoaffettivo (sintomi negativi)

apatia, abulia, anaffettività, asocialità

3) Disorganizzazione

disturbi formali del pensiero e del linguaggio,

disorganizzazione affettiva e comportamentale

Le tre dimensioni sono sempre tutte presenti nel corso del disturbo, anche se una di esse può apparire momentaneamente dominante.

DECORSO

- Fase iniziale o prodromica
- Fase di stato
- Fase degli esiti

Il passaggio da una fase all'altra può essere piuttosto lento e senza una precisa soluzione di continuità.

Le tre dimensioni (trasformazione della realtà, impoverimento ideoaffectivo, disorganizzazione) sono presenti in ogni fase, ma con peso relativo differenziato.



FASE PRODROMICA

Decorso acuto → breve durata (giorni o settimane)

Inizio subdolo → lunga durata (mesi o anni)

- Cambiamento rispetto al funzionamento precedente
- Ritiro sociale
- Riduzione della capacità di svolgere comportamenti finalizzati
- Modificazione di convinzioni, interessi e comportamenti
- Ansia, irritabilità
- Preoccupazioni somatiche immotivate

FASE DI STATO

Coinvolgimento ed alterazione globale della vita psichica

- Disturbi formali del pensiero: perdita dei nessi associativi, impoverimento, concretismo, prolissità e tangenzialità del pensiero
- Deliri e allucinazioni
- Alterazioni dell'affettività: appiattimento e discordanza affettivi, depressione
- Apatia, abulia
- Alterazioni cognitive
- Disorganizzazione del comportamento
- Disturbi della psicomotricità

FASE DEGLI ESITI

Restitutio ad integrum (molto rara)

Ritorno ai livelli di funzionamento premorbose.

Risoluzione parziale

Persistenza di stato funzionale disadattativo, con modificazioni del carattere, stranezze comportamentali, impoverimento del linguaggio, deficit lavorativi e relazionali, lievi sintomi psicotici, apatia e abulia.

Deterioramento progressivo

Gravi sintomi negativi, con incapacità di svolgere attività finalizzate, compromissione della capacità di giudizio e distacco dall'ambiente esterno.

Understanding What Causes Schizophrenia: A Developmental Perspective

What causes schizophrenia? The short answer may be “nothing” or more precisely “no one thing.” In most cases, schizophrenia is an end result of a complex interaction between thousands of genes and multiple environmental risk factors -none of which on their own causes schizophrenia.

Twin studies and heritability of schizophrenia

Heritability estimates	%
Schizophrenia	80
Osteoarthritis of the hip	60
Hypertension	30-50

heritability is a statistical concept (represented as h^2) that describes how much of the variation in a given trait can be attributed to genetic variation.

Susceptibility genes in schizophrenia

The most likely mode of inheritance of schizophrenia is via multiple genes of small effect

Table 1

Gene	Chromosomal region	Gene function
NRG1	8p21–22	Axon guidance, synaptogenesis, glial differentiation, myelination, glutamatergic neurotransmission
DTNBP1	6p22.3	Presynaptic glutamate function
DISC1	t(1, 11) (q42; q14.3)	Neuronal migration, neurite architecture and intracellular transport
COMT	22q11	Dopamine metabolism
DAOA	13q22–34	Glutamatergic system

DTNBP1 = dysbindin; NRG1 = neuregulin 1; DAOA = D-amino acid oxidase activator; COMT = catecholamine-O-methyl transferase; DISC1 = disrupted in schizophrenia 1.

Vulnerabilità genetica

Geni di suscettibilità identificati: DISC1, NRG1, DTNBP1, COMT, DAOA

1. Fattori di rischio pre- e perinatali

Complicanze ostetriche

Infezioni virali

Stress e malnutrizione materna



Rendono l'individuo vulnerabile in quanto incidono sul neurosviluppo

2. Fattori di rischio in età infantile

Abuso infantile

Traumi cranici

Neglect



3. Fattori di rischio "tardivi"

Abuso di cannabis/sostanze

Migrazione

Urbanità

Avversità ambientale/eventi di vita



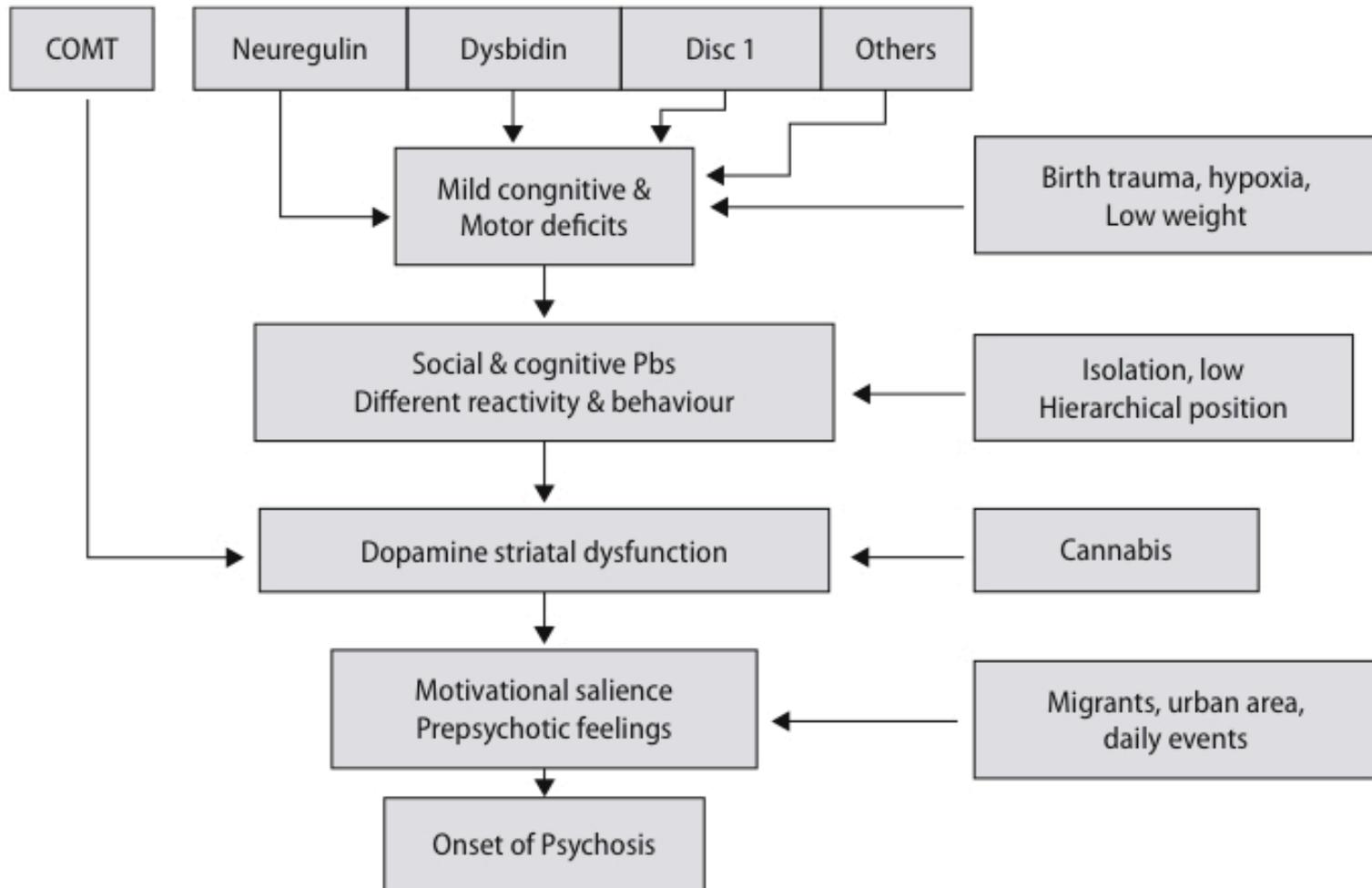
Interagiscono con i processi maturativi del cervello in età adolescenziale



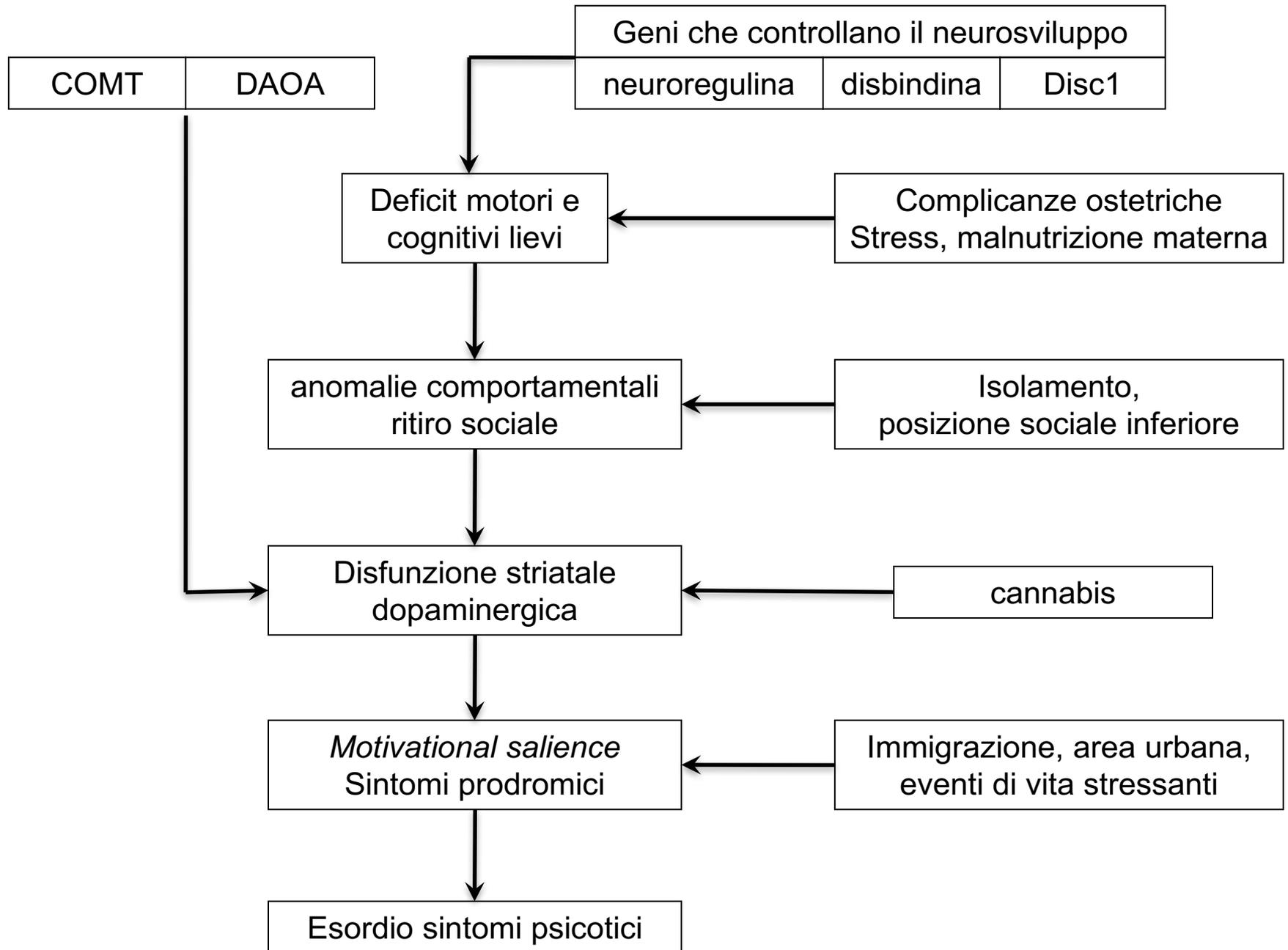
Esordio della schizofrenia

Interazione tra fattori di rischio genetici e ambientali
nel determinare l'esordio della schizofrenia

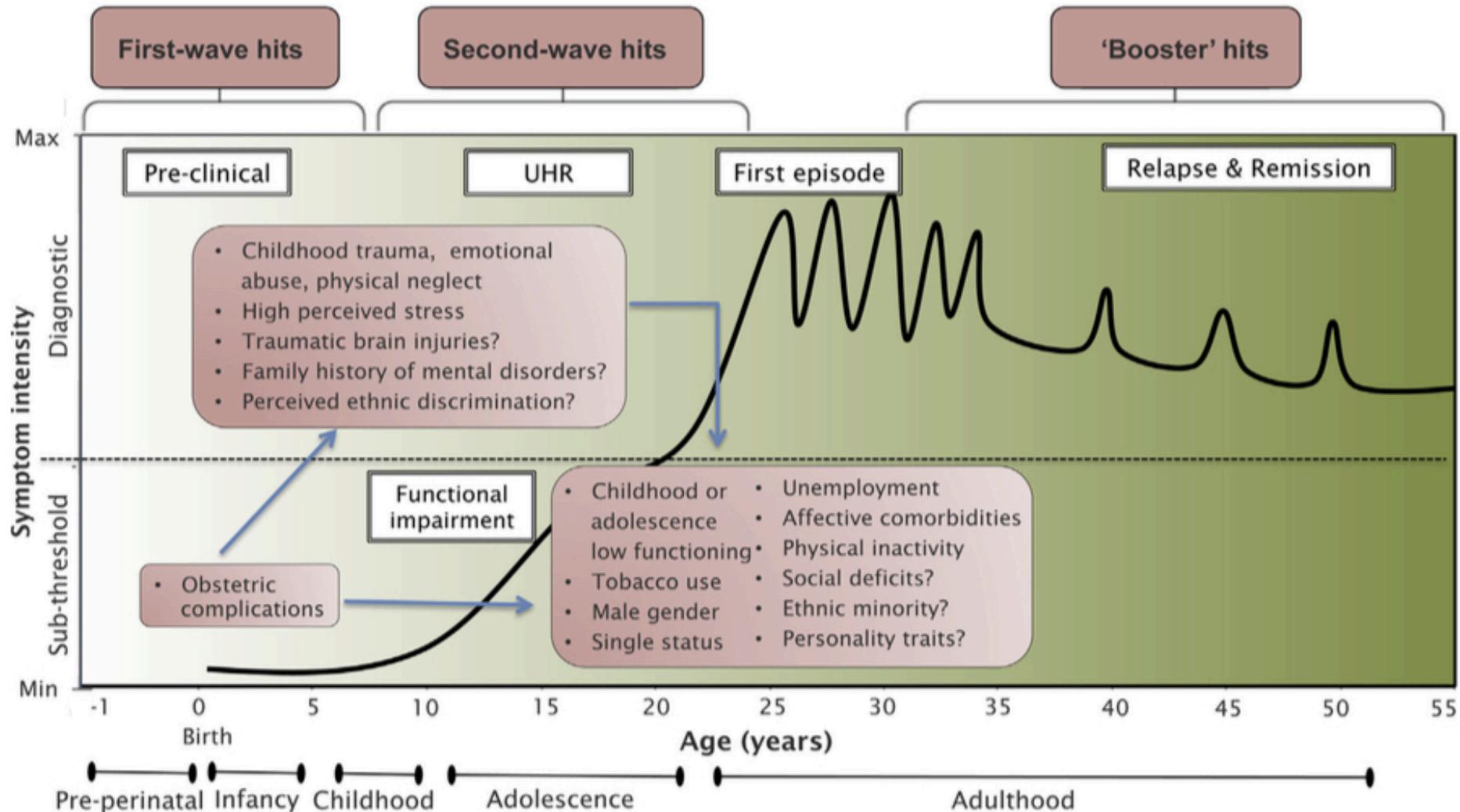
Schizophrenia: multiple genes of small effect and specific events at a certain period



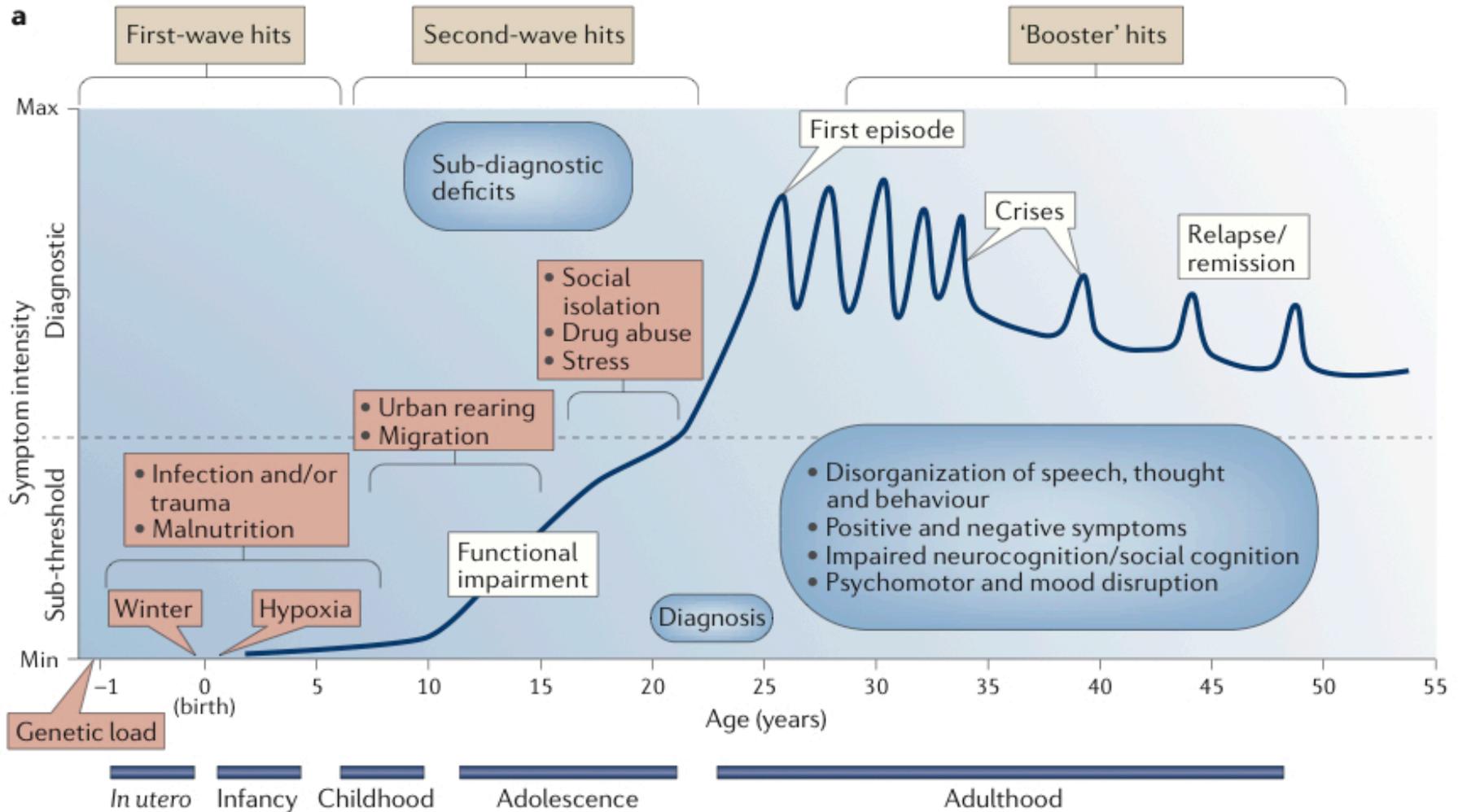
modello integrato per l'esordio dei sintomi psicotici



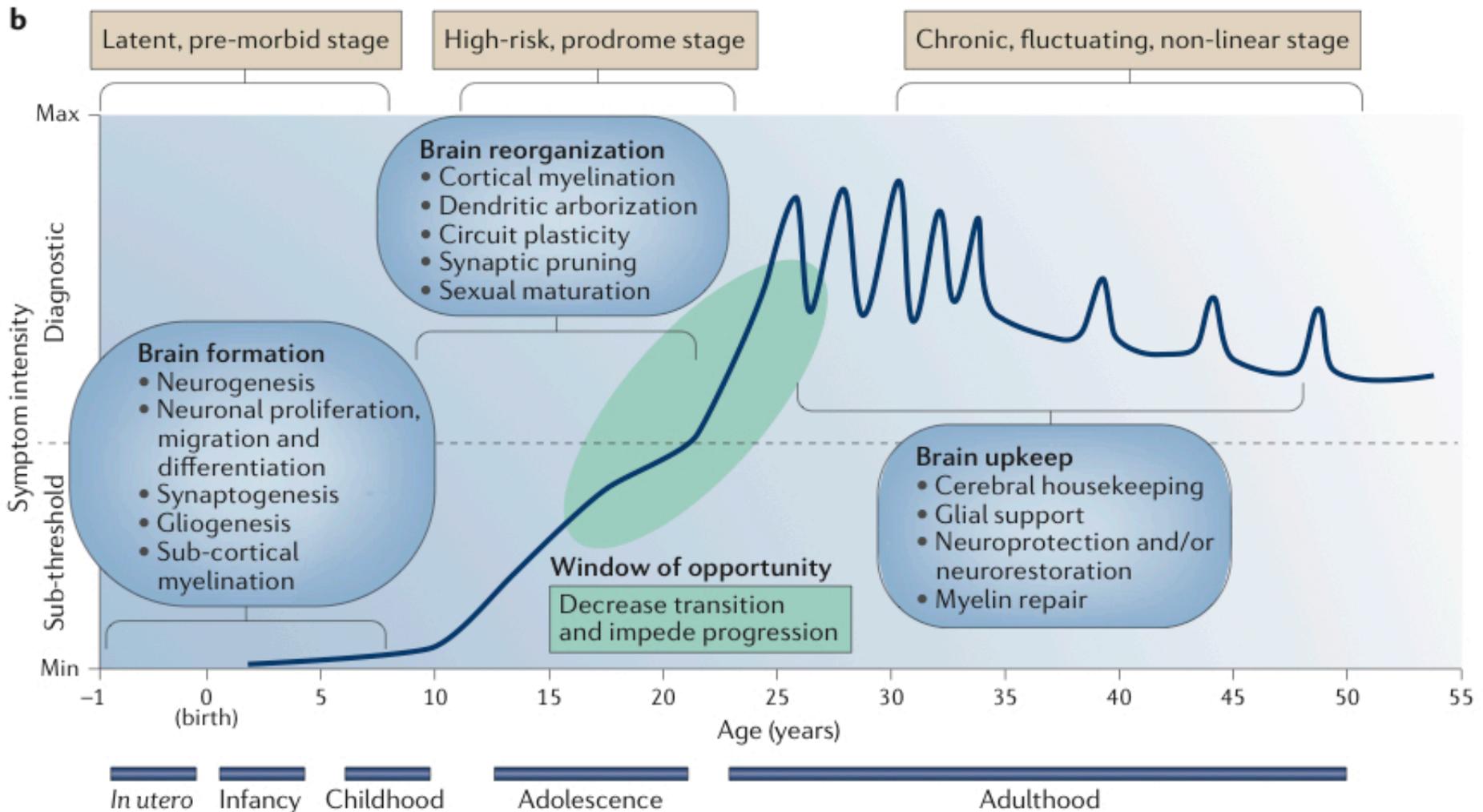
Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk



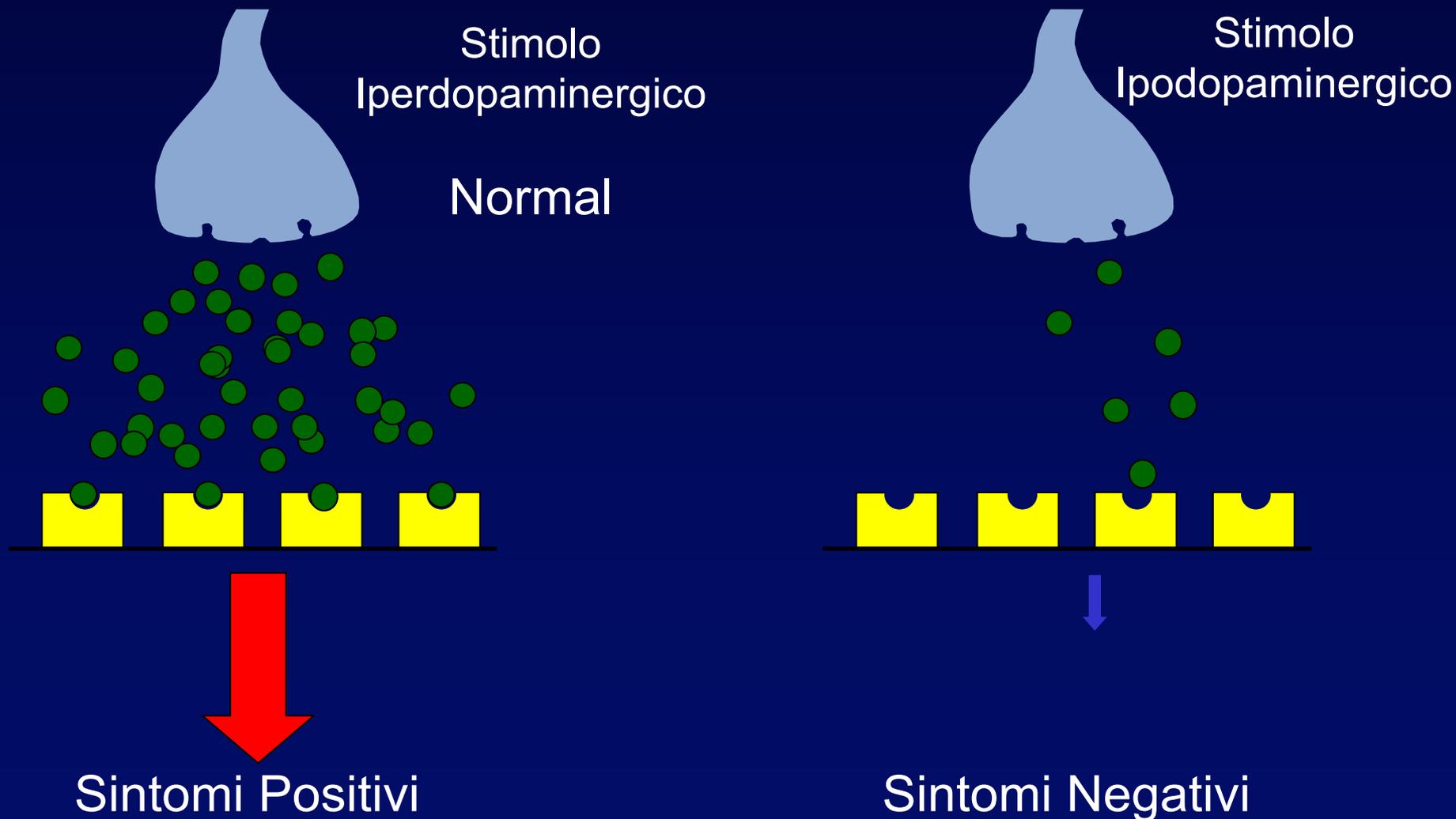
Onset and progression of schizophrenia in relation to risk factors



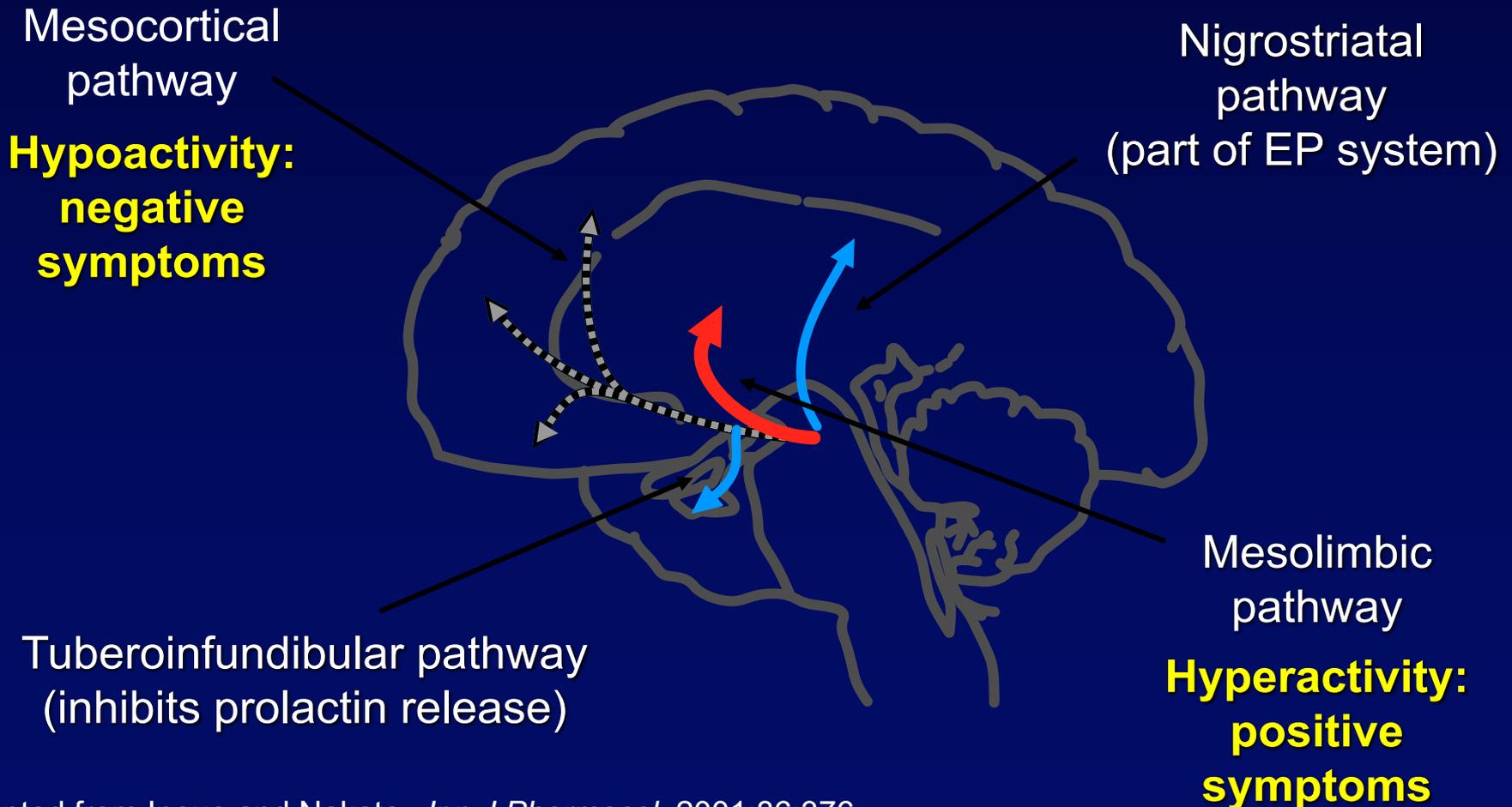
developmental processes affected by schizophrenia



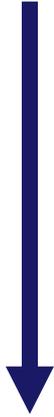
Teoria Dopaminergica della Schizofrenia



Dopamine Hypothesis of Schizophrenia



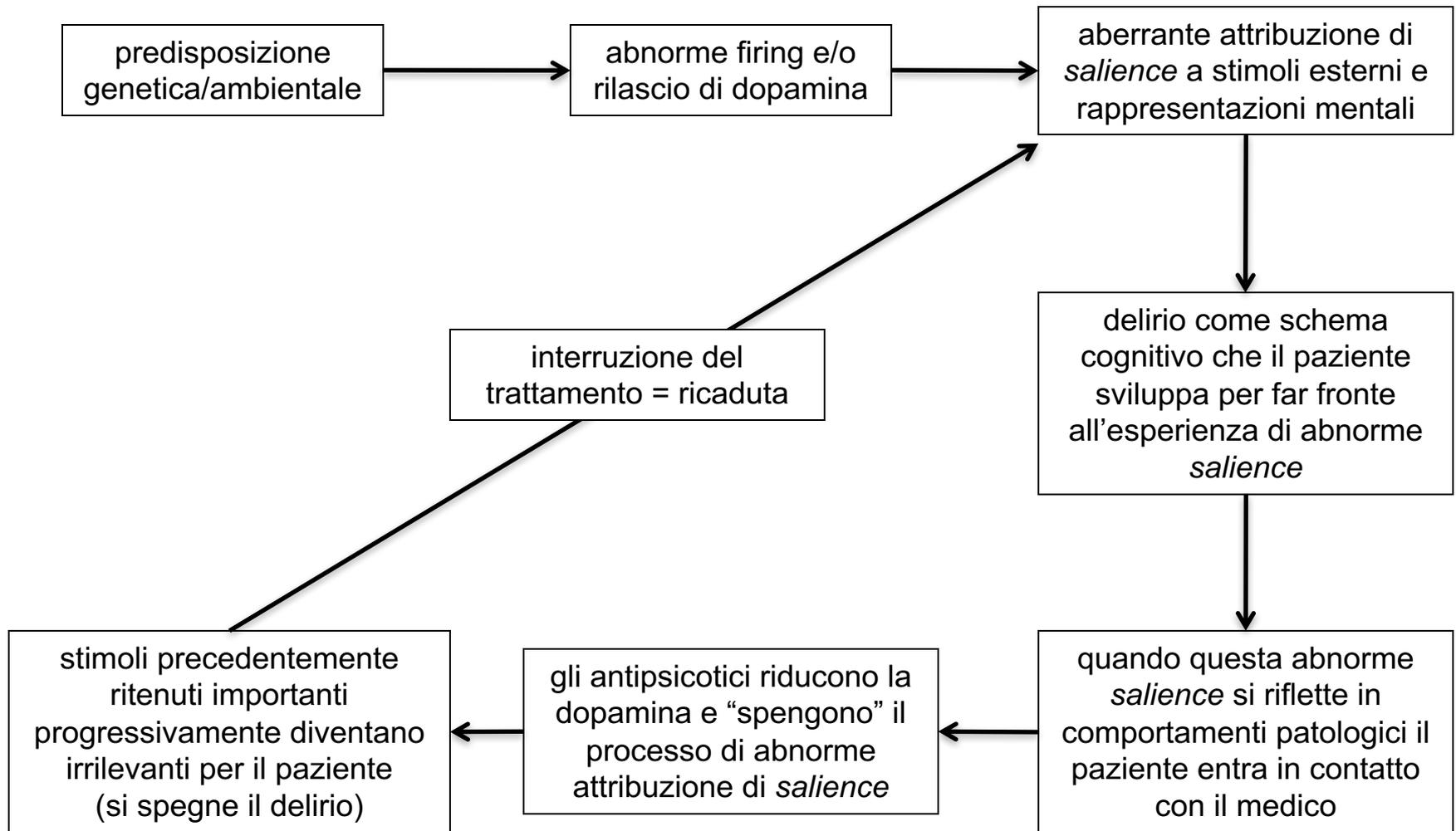
Pathophysiology of schizophrenia



Why a change in dopamine concentrations leads a person to become convinced that their colleagues are conspiring and the police is out to get them?

How dopaminergic abnormalities leads to the clinical expression of the disease?

descrizione dell'ipotesi di Kapur che lega la disfunzione dopaminergica alla sintomatologia positiva della schizofrenia



The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway

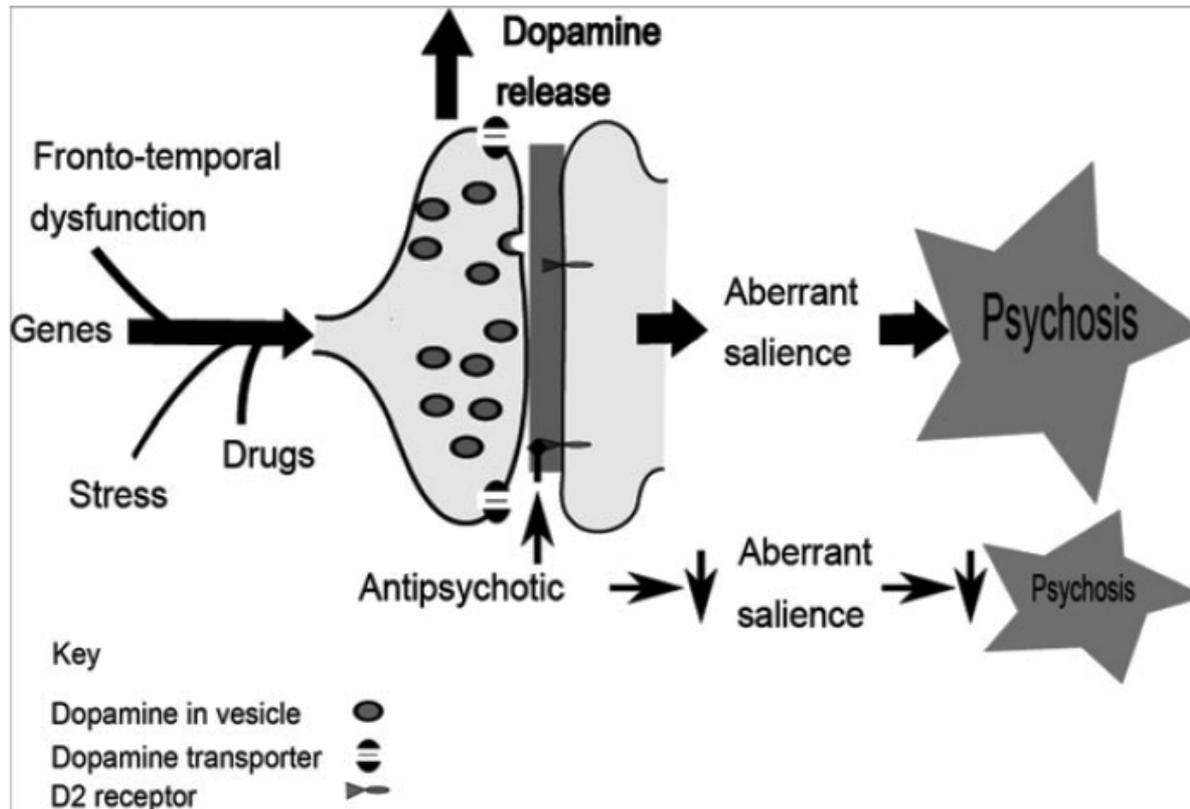
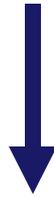


Fig. 1. Multiple hits interact to result in striatal dopamine dysregulation to alter the appraisal of stimuli and resulting in psychosis, whilst current antipsychotic drugs act downstream of the primary dopaminergic dysregulation.

The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway



Dopamine hypothesis of psychosis-in-schizophrenia

“..changes in multiple transmitter/neural systems underlie the cognitive dysfunction and negative symptoms of schizophrenia, and in many cases these dysfunctions precede the onset of psychosis.”

Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model

Lancet 2014; 383: 1677–87

Oliver D Howes, Robin M Murray

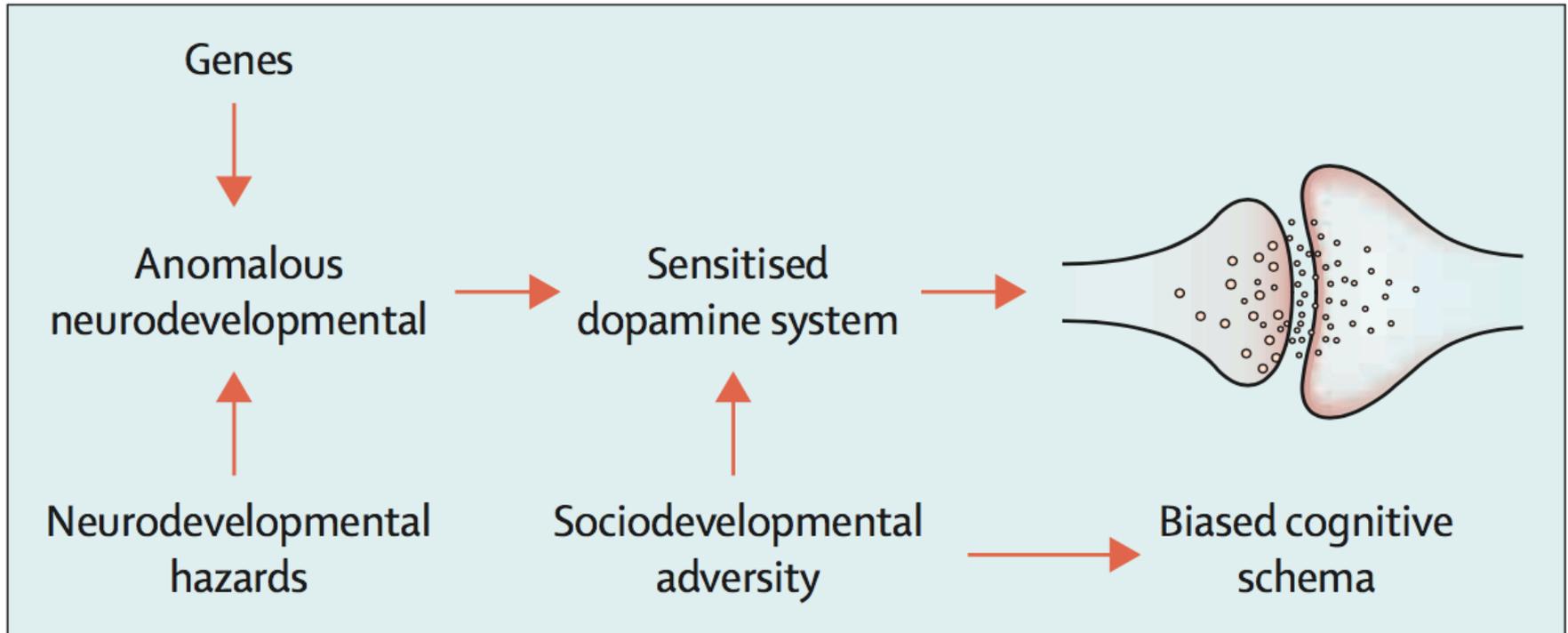


Figure 2: The effect of neurodevelopmental and sociodevelopmental risk factors for psychosis on the dopamine system and cognitive schema

Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model

Lancet 2014; 383: 1677–87

Oliver D Howes, Robin M Murray

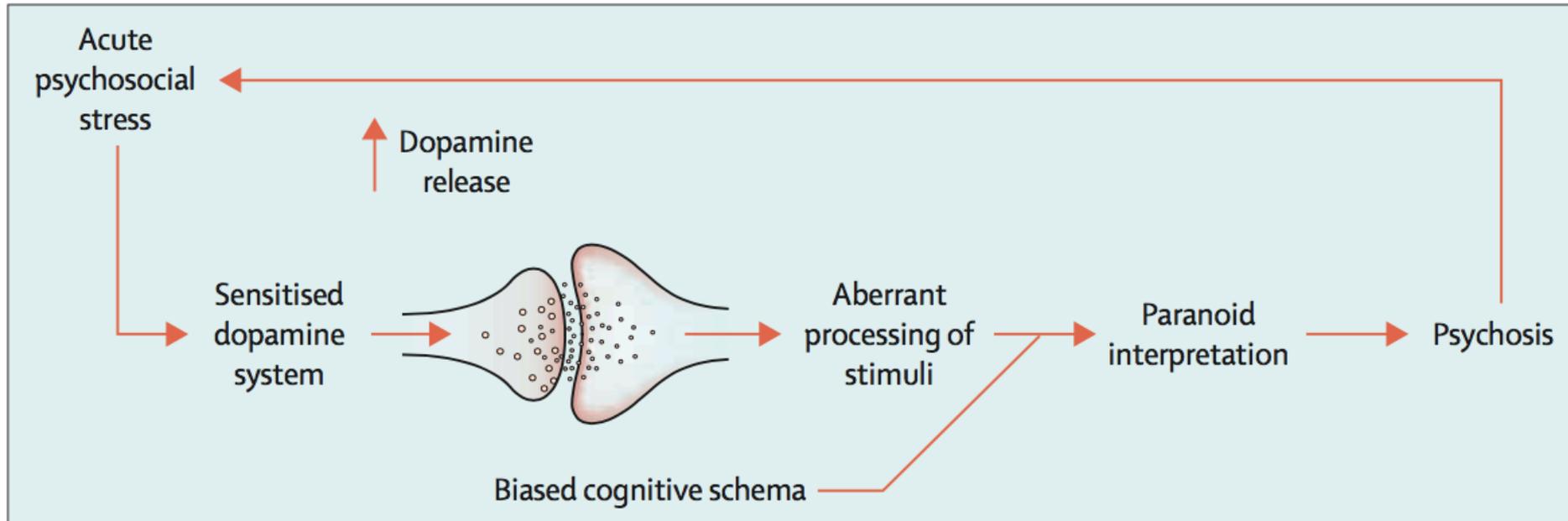


Figure 3: Model of the onset of psychosis showing the interaction between acute stress, dopamine dysfunction, and biased cognitive schema

Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model

Lancet 2014; 383: 1677–87

Oliver D Howes, Robin M Murray

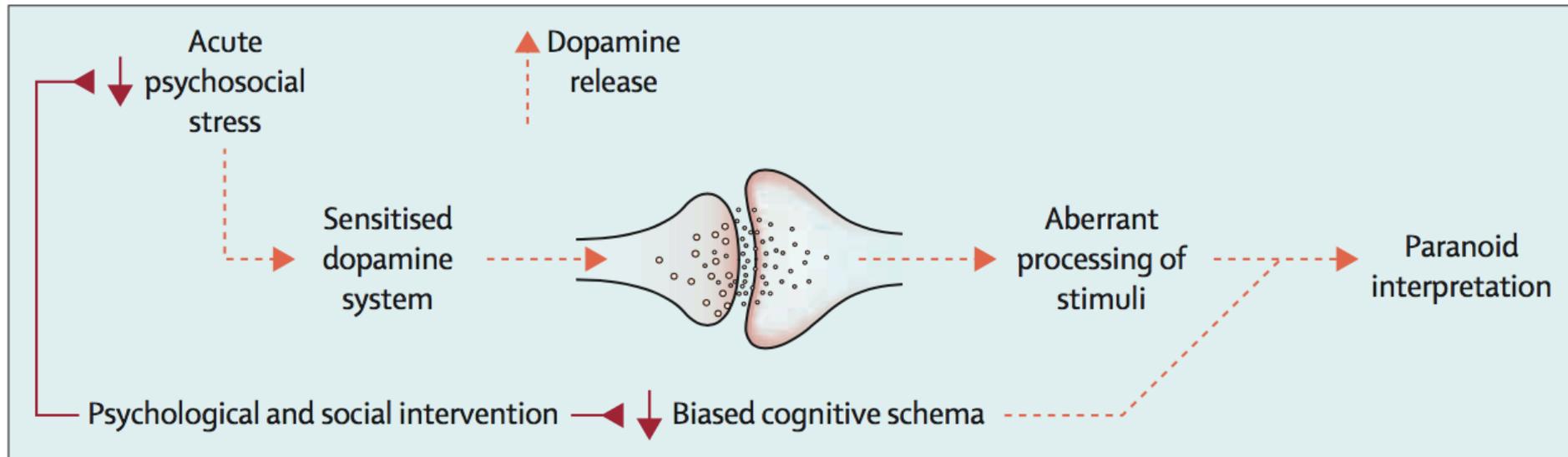


Figure 4: Sites at which psychosocial interventions could act to prevent psychosis

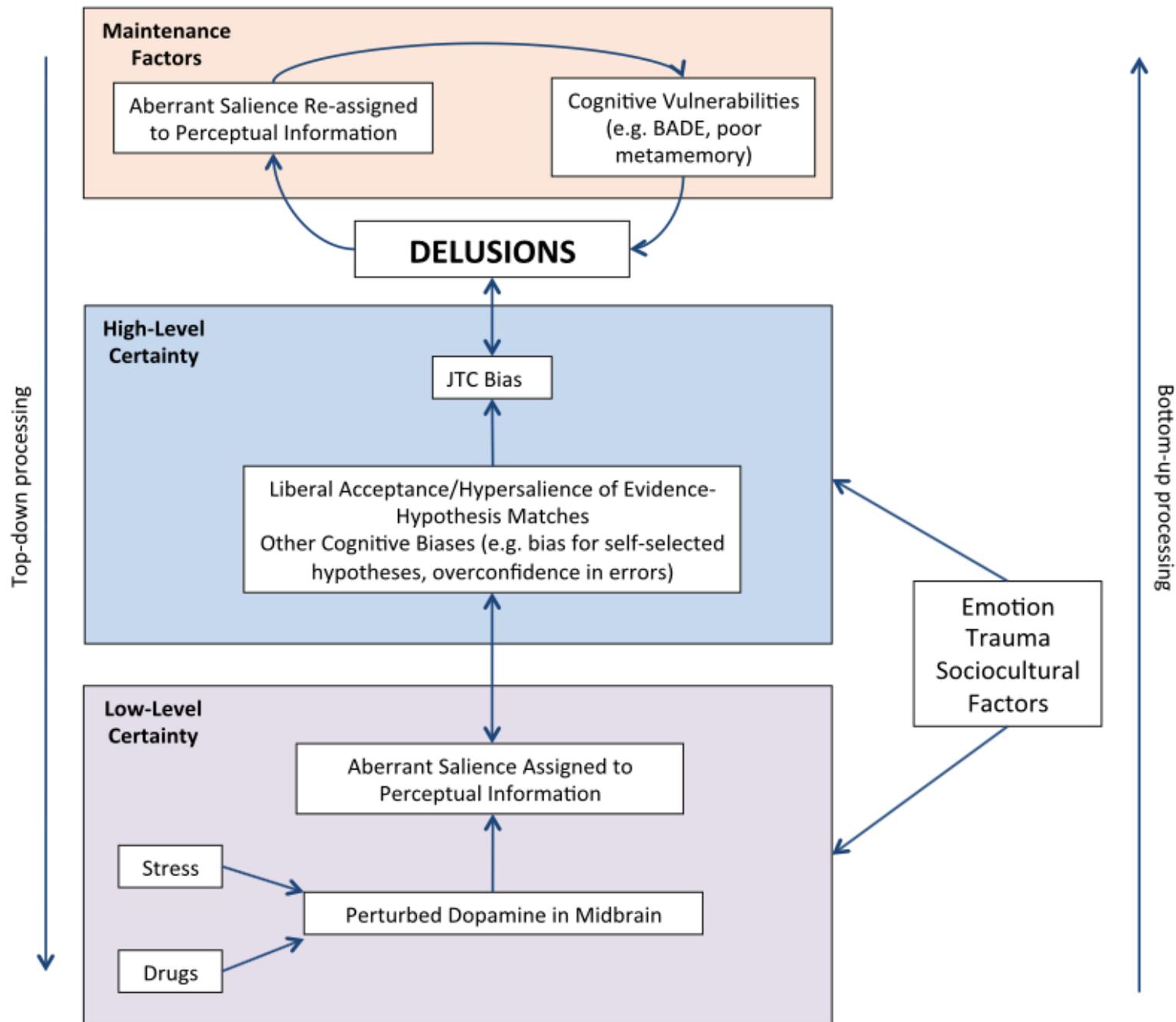


Fig. 1. Summary model of the formation and maintenance of delusional beliefs.

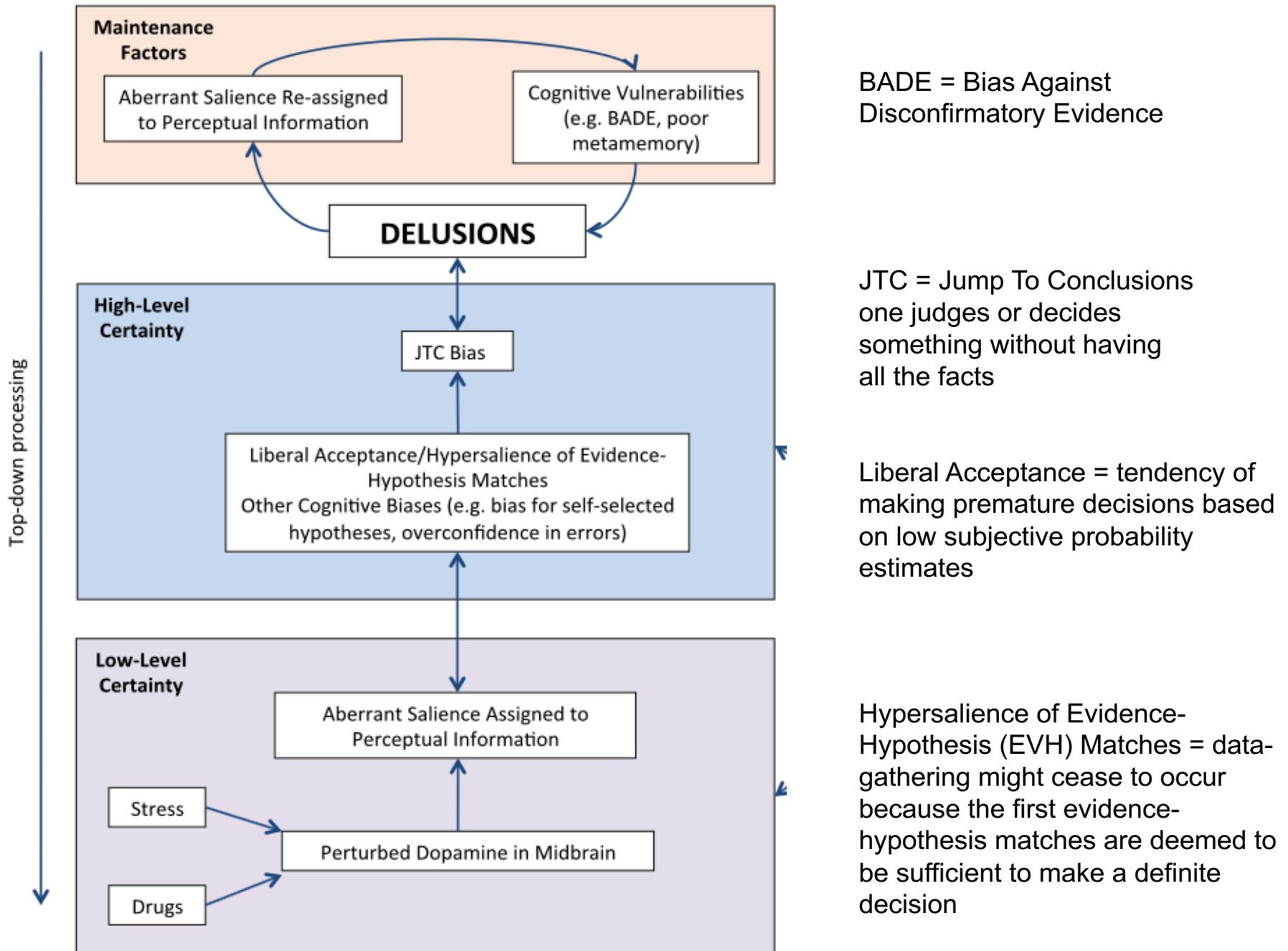


Fig. 1. Summary model of the formation and maintenance of delusions

I principali sottotipi clinici di schizofrenia e i sintomi più caratteristici.

	Sintomi positivi	sintomi disorganizzati	Sintomi negativi	Sintomi catatonici
Paranoide	++	+		
Disorganizzata	++	++	+	+
Catatonica		+	+	++
Residua		+	++	



Algoritmo per i sottotipi

CATATONICO



DISORGANIZZATO



PARANOIDE

Presenti sintomi catatonici, indifferentemente rispetto alla presenza di altri sintomi

Discorso e comportamenti disorganizzati, affettività appiattita o inadeguata
Ebefrenia di Kraepelin, Heckert

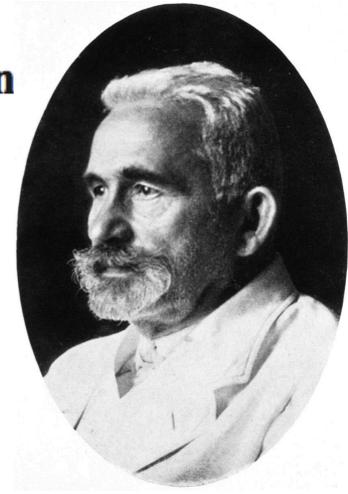
Se non catatonico o disorganizzato
Deliri e allucinazioni preminenti

RESIDUO

Sintomi residui, no sintomi di fase attiva



The Clinical Features of Paranoia in the 20th Century and Their Representation Diagnostic Criteria From DSM-III Through DSM-5



....On the other hand, there is doubtless a group of cases where a *lasting, unshakable system of delusions* clearly recognizable from the beginning, gradually developing, while *presence of mind* and the *order of the train of thought are completely conserved*. It is for these forms which I want to reserve the name of paranoia.

(Kraepelin pp. 325–326)

	Kraepelin 1899, ¹ 1904, ^{*23} and 1909 ^{24**}	Non-bizarre delusions	The content of delusions show, in morbidly developed form, a remarkable agreement with those fears, wishes, and hopes, which even in normal individuals proceed from the feeling of uncertainty and the endeavor after happiness**
Disorder	Paranoia		
Country	Germany		
Systematized delusions	Lasting, unshakable system of delusions. Delusions are logically assimilated. Often see gradual spreading of delusions to incorporate more and more people.	Intact cognitive processes	Order of train of thought preserved.
Minimal hallucinations	Only in rare cases	Lack of mood abnormality	Striking disturbances in the emotional deportment of the patient are wanting throughout. The patient is in neither morbidly cheerful nor gloomy mood.*
Chronic course of illness	Development of disease takes a very slow course. Often at a standstill for many years.	Delusional memory	Falsification of memory is common. In examining the past experiences, the patient's eyes are open, prior details now suddenly appear to him of major importance.
Prominent ideas of reference	Prominent. Real perceptions are understood in a prejudiced way. A stain on a dress, a whole in the boot and not usual consequences but striking facts whose origin is only to be explained by hostile machinations.	Actions and behaviors appropriate aside from areas of delusional beliefs	Typically, calm, reasonable, preserve an orderly attitude capable of satisfactory mental activity. Actions and behaviors may be free of disorder for a long time. But over time, preoccupation with delusional beliefs often increase and govern more and more of their life.
Minimal affective deterioration	Presence of mind conserved. Excellent conservation of reason. In the course of decades, a slowly increasing debility often evident accompanied by a gradually progressing system of delusions. Lack emotional dullness seen in dementia praecox.	Delusional themes	Persecutory and grandiose themes typically predominate but erotomantic and querulous forms also occur.
Lack of insight	Always lacking. Objections to delusions are typically cleverly refuted.		

Kraepelin 1899,¹ 1904,^{*23} and 1909^{24**}

Non-bizarre delusions

The content of delusions show, in morbidly developed form, a remarkable agreement with those fears, wishes, and hopes, which even in normal individuals proceed from the feeling of uncertainty and the endeavor

after him...**

a false, irrational belief that is highly developed and organized, with multiple elaborations that are coherent, consistent, and logically related.
American Psychological Association

Disorder

Paranoia

Country

Germany

Systematized delusions

Lasting, unshakable system of delusion. Delusions are logically assimilated. Often see gradual spreading of delusions to incorporate more and more people.

Minimal hallucinations

Only in rare cases

Chronic course of illness

Development of disease takes a very slow course. Often at a standstill for many years.

Prominent ideas of reference

Prominent. Real perceptions are understood in a prejudiced way. A stain on a dress, a whole in the boot and not usual consequences but striking facts whose origin is only to be explained by hostile machinations.

Actions and behaviors appropriate aside from areas of delusional beliefs

Typically, calm, reasonable, preserve an orderly attitude capable of satisfactory mental activity. Actions and behaviors may be free of disorder for a long time. But over time, preoccupation with delusional beliefs often increase and govern more and more of their life.

Minimal affective deterioration

Presence of mind conserved. Excellent conservation of reason. In the course of decades, a slowly increasing debility often evident accompanied by a gradually progressing system of delusions. Lack emotional dullness seen in dementia praecox.

Delusional themes

Persecutory and grandiose themes typically predominate but erotomanic and querulous forms also occur.

Lack of insight

Always lacking. Objections to delusions are typically cleverly refuted.

Disturbo delirante

297.1 (F22)

Criteri diagnostici

- A. La presenza di uno (o più) deliri con una durata di 1 mese o più.
- B. Il Criterio A per la schizofrenia non è mai stato soddisfatto.
Nota: Le allucinazioni, se presenti, non sono preminenti e sono correlate al tema delirante (per es., la sensazione di essere infestato da insetti associata ai deliri di infestazione).
- C. Il funzionamento, a parte l'impatto del/dei delirio/i o delle sue ramificazioni, non risulta compromesso in modo marcato, e il comportamento non è chiaramente bizzarro o stravagante.
- D. Se si sono verificati episodi maniacali o depressivi maggiori, questi sono stati brevi rispetto alla durata dei periodi deliranti.
- E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica e non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo di distorsione corporea o il disturbo ossessivo-compulsivo.

Specificare quale:

Tipo erotomanico: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio è che un'altra persona sia innamorata dell'individuo.

Tipo di grandezza: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio è la convinzione di avere qualche grande (ma non riconosciuta) dote o intuizione oppure di aver fatto qualche importante scoperta.

Tipo di gelosia: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio dell'individuo è che il proprio coniuge o amante sia infedele.

Tipo di persecuzione: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio comporta la convinzione dell'individuo di essere oggetto di una cospirazione, ingannato, spiato, seguito, avvelenato oppure drogato, dolosamente calunniato, molestato, oppure ostacolato nel perseguimento di obiettivi a lungo termine.

Tipo somatico: Questo sottotipo si applica quando il tema centrale del delirio coinvolge le funzioni o le sensazioni corporee.

Tipo misto: Questo sottotipo si applica quando non predomina nessun tema delirante.

Tipo senza specificazione: Questo sottotipo si applica quando la convinzione delirante dominante non può essere chiaramente determinata oppure non viene descritta nei tipi specifici (per es., deliri di riferimento senza una componente persecutoria o di grandezza preminente).

Table 1. Therapeutic approach to patients suffering from delusions.

Issues	Purpose	Recommendation
(1) Introductory remarks	To engage with patients	Summarize the steps the interview will take
(2) How to respond to a patient's delusions	To establish alliance and help with diagnosis and treatment	When possible, avoid commenting on the factual basis of a delusion
(3) Establishing trust	To build a foundation for working together	Show genuine interest in the patient's story
(4) Empathizing with feelings	To consolidate the therapeutic alliance	Show appreciation of the patient's distress
(5) Working together	To create a shared goal for therapy	Focus on distress tolerance and coping skills, not on the delusion itself
(6) Importance of form over content	To identify cognitive biases	Help the patient recognize and alter modes of thinking
(7) Psychological purposes served by delusion	To understand what is gained by a delusion	Help patient recognize the role played by the delusion
(8) Fixity of delusion	To establish possibilities for distraction	Use distraction techniques when needed and teach them to family members
	To monitor safety	Carefully assess potential for self-harm and aggression

Disturbo schizoaffettivo

Criteri diagnostici

A. Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo maggiore o maniacale) in concomitanza con il Criterio A della schizofrenia.

Nota: L'episodio depressivo maggiore deve comprendere il Criterio A1: umore depresso.

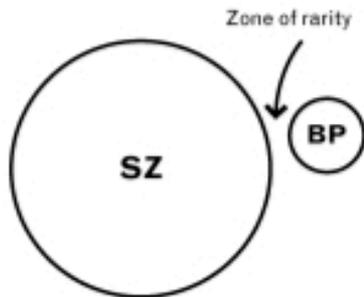
B. Deliri o allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) durante la durata lifetime della malattia.

C. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio dell'umore maggiore sono presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

D. Il disturbo non è attribuibile agli effetti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

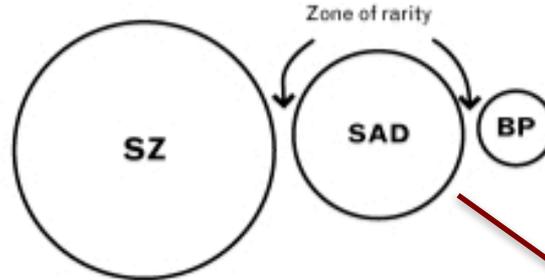
Kraepelinian dichotomy; from 19thC

(Kraepelin; Bleuler; Schneider)



Way obsolete

SAD; 1933 (Kasanin)



Obsolete

Psychotic ← Severity of Sx → Mood

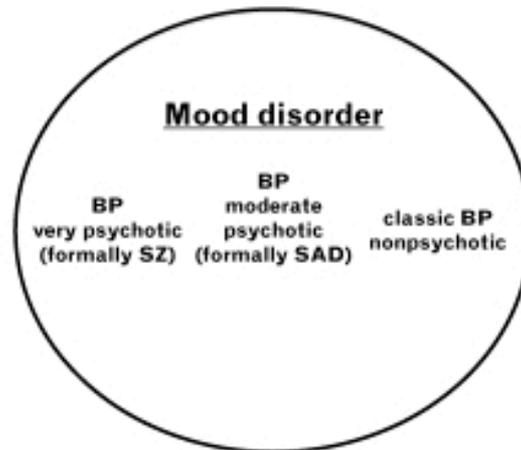
Continuum; 1986 (Crow)



Psychotic ← Severity of Sx → Mood

One disease

[P+L (1978); C+O (2005); L+H (2006); Maier (2007)]



Psychotic ← Severity of Sx → Mood

Concepts of psychoses

Kasanin's original concept of schizoaffective disorder (1933): delimitation of benign psychotic disturbances with a remitting course from schizophrenic disorders with chronic course

Differenti criteri (espressione di diversa visione del disturbo schizoaffettivo)

TABLE 1 DSM-IV TR and ICD-10 diagnostic criteria for SAD

Diagnostic Criteria					
	Affective	Schizophrenic	Duration	Simultaneity	Additional
DSM-IV	Major depressive, manic, or mixed episode	Meeting Criterion A for schizophrenia (presence of ≥ 2 delusions, hallucinations, disorganized speech, behavioral disturbances, or negative symptoms)	Major depressive episode 2 weeks; mixed or manic 1 week Psychotic symptoms 1 month to meet Criterion A for schizophrenia	During the same period of the illness	Delusions or hallucinations for <u>≥ 2 weeks without prominent mood symptoms</u> Mood symptoms as a <u>substantial portion</u> of the total illness duration
ICD-10	Prominent manic, depressive, or mixed symptoms	One, preferably 2 of (a)-(d) symptoms for schizophrenia*	Mania ≥ 1 week; depression ≥ 2 weeks	Simultaneous, or at least within a few days of each other	

* Symptoms include (a) thought echo, thought insertion or withdrawal, or thought broadcasting; (b) delusions of control, influence or passivity, clearly referred to body or limb movements or specific thoughts, actions, or sensations; delusional perception; (c) hallucinatory voices giving a running commentary on the patient's behavior, or discussing him between themselves, or other types of hallucinatory voices coming from some part of the body; (d) persistent delusions of other kinds that are culturally inappropriate and completely impossible (eg, being able to control the weather, being in communication with aliens from another world).

Source: References 3,5

6A21 Schizoaffective disorder

Parent

Schizophrenia or other primary psychotic disorders

Show all ancestors 

Description

Schizoaffective disorder is an episodic disorder in which the diagnostic requirements of schizophrenia and a manic, mixed, or moderate or severe depressive episode are met within the same episode of illness, either simultaneously or within a few days of each other. Prominent symptoms of schizophrenia (e.g. delusions, hallucinations, disorganization in the form of thought, experiences of influence, passivity and control) are accompanied by typical symptoms of a depressive episode (e.g. depressed mood, loss of interest, reduced energy), a manic episode (e.g., elevated mood, increase in the quality and speed of physical and mental activity) or a mixed episode. Psychomotor disturbances, including catatonia, may be present. Symptoms must have persisted for at least one month. The symptoms are not a manifestation of another health condition (e.g., a brain tumor) and are not due to the effect of a substance or medication on the central nervous system (e.g., corticosteroids), including withdrawal (e.g., alcohol withdrawal).

Postcoordination

Add detail to **Schizoaffective disorder**

Has manifestation *(use additional code, if desired .)*

6A25	Symptomatic manifestations of primary psychotic disorders
6A25.0	Positive symptoms in primary psychotic disorders
6A25.1	Negative symptoms in primary psychotic disorders
6A25.2	Depressive symptoms in primary psychotic disorders
6A25.3	Manic symptoms in primary psychotic disorders
6A25.4	Psychomotor symptoms in primary psychotic disorders
6A25.5	Cognitive symptoms in primary psychotic disorders

ICD-11

International Classification of Diseases for
Mortality and Morbidity Statistics

Eleventh Revision

Differenti criteri comportano diverso outcome a lungo termine

Diagnostic criteria

outcome

ICD-11	Affective and psychotic symptoms: <ol style="list-style-type: none">1. Develop together2. Are equally prominent3. Occur within the same episode	More favorable than schizophrenia, similar to that of affective disorders
DSM-5	Temporal dissociation of affective and psychotic symptoms	Unfavorable, resembling (or even worse) that of schizophrenia

DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO: EPIDEMIOLOGIA

Incidenza: maggiore nel sesso femminile

Prevalenza: 0.3%

Età di esordio: prima età adulta

I parenti di primo grado dei pazienti hanno aumentato rischio di ammalare per Disturbo Schizoaffettivo, Schizofrenia e Disturbi Bipolari