

# L'anedonia nella schizofrenia

## Anhedonia in schizophrenia

L. PELIZZA

CSM di Guastalla, AUSL di Reggio Emilia, Guastalla (RE)

### Key words

Anhedonia • Schizophrenia • Negative Symptoms • Schizotypal Personality Disorder • Schizoid Personality Disorder

Correspondence: Dr. Lorenzo Pelizza, c/o CSM di Guastalla, AUSL di Reggio Emilia, via Salvo d'Acquistio 7, 42016 Guastalla (RE)  
Tel. +39 0522 837561  
Fax +39 0522 833980  
anolino@yahoo.it

### Summary

#### Objective

Anhedonia, a term first used by Ribot in 1896, is a decreased capacity to experience pleasure. It describes the lack of interest and the withdrawal from all usual and pleasant activities. There are two types of hedonic deficit: physical anhedonia and social anhedonia. Physical anhedonia represents the inability to feel physical pleasures (such as eating, touching and sex), while social anhedonia describes the incapacity to experience interpersonal pleasure (such as being and talking to others). In schizophrenia, anhedonia had differently been considered as a personological trait giving rise to the development of psychosis or as a basic symptom underlying the pathological process. Aim of this study was to examine the psychopathological characteristics of anhedonia in schizophrenic patients and to investigate the clinical relations with negative, positive, disorganized and depressive symptoms.

#### Methods

Sixty schizophrenic subjects (25 inpatients and 35 outpatients) attending the Guastalla's Psychiatric Operative Unit, were assessed using the Scales for Physical and Social Anhedonia (PAS and SAS), the Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms (SAPS and SANS) and the Calgary Depression Scale for Schizophrenics (CDS). Chapman's Scales (PAS and SAS) are two "true-false" self-report instruments measuring the personological (enduring trait-feature) diminished ability to experience sensory and interpersonal pleasures (such as eating, touching, being with and talking to others, sex, smell and sound). Regarding the (PAS and SAS) cut-offs above which a subject can be classified as "anhedonic", we decided to use those proposed in the French version of Chapman's scales (respectively,  $\geq 12$  for social anhedonia and  $\geq 18$  for physical anhedonia) on account of the greater specificity and sensitivity compared to Chapman's original limits. Differently, the SANS "Anhedonia/Asociality" sub-scale must be considered as a symptomatological complex (state-like feature) indicating the individual hedonic deficit in pleasant activities. The statistical analysis of the data was performed in two steps using SPSS 10.0. At first, the schizophrenic sample was dichotomized into "anhedonic" and "normal hedonic" subgroups ("double [PAS/SAS] cut-off"), which were compared on the psychopathological scales using the Mann-Whitney Z test; subsequently, in the total schizophrenic sample, Spearman's correlations and a linear regression analysis were calculated to examine the possible association of psychopathological parameters with Chapman's anhedonia ratings (PAS and SAS total scores).

#### Results

Anhedonia reached highly significant levels only in 45% of the schizophrenic sample ( $n = 27$ ). This "anhedonic" subgroup was distinguished by high scores in disorganization and negative dimensions [no statistical differences in terms of depression and positive symptoms (hallucinations and delusions) were detected between "anhedonic" and "normal hedonic" groups]. Positive correlations between anhedonia [PAS tot. and SAS tot. (as independent variables)], disorganized and negative symptoms [SANS tot. and "disorganization" SAPS subscales (as dependent variables)] have also been described.

#### Conclusions

In this schizophrenic sample, anhedonia appears to be a predictive factor (psychopathological forerunner) for the development of negative and disorganized forms of schizophrenia ("deficit" or "hebephrenic" subtypes).

## Introduzione

“... Il piacere è l’inizio e la fine di una vita felice”  
(Epicuro: Lettera a Meneceo [II sec. a.C.]<sup>1</sup>)

L’anedonia, termine introdotto in letteratura dallo psicologo francese Ribot (1896)<sup>2</sup>, è definibile come una perdita patologica della capacità di provare piacere che “... può interessare ogni aspetto della vita oppure riferirsi solo ad alcune forme dell’esperito quali le relazioni sociali (anedonia sociale), il cibo, il sesso e le esperienze somato-sensoriali in genere (anedonia fisica)”<sup>3</sup>.

La psichiatria contemporanea è tuttora divisa sull’importanza da attribuire alla sintomatologia anedonica degli schizofrenici. Alcuni Autori, infatti, la considerano un *marker* psicopatologico fondamentale dello “*status*” psicotico<sup>4-7</sup>; altri, invece, le attribuiscono una rilevanza scarsa o addirittura nulla<sup>8,9</sup>. Per altri ancora l’anedonia non sarebbe un sintomo della schizofrenia, bensì un tratto del carattere premorbo che predispose il paziente allo sviluppo della malattia<sup>10,11</sup>.

### ANEDONIA COME SINTOMO

Lo psichiatra inglese Crow (1980)<sup>12</sup> fu tra i primi sostenitori dell’anedonia come elemento sintomatologico proprio dello “*status*” schizofrenico. Recuperando l’approccio dicotomico “Sintomi Positivi vs. Sintomi Negativi” proposto, in ambito neurologico, da Hughlings-Jackson<sup>13</sup>, l’Autore ipotizzò l’esistenza di due differenti forme di schizofrenia: il tipo I (positivo) – caratterizzato dalla predominanza dei fenomeni produttivi (es. deliri, allucinazioni) – ed il tipo II (negativo) – dominato dai sintomi difettuali, fra i quali egli considerava fondamentali “... l’appiattimento dell’affettività, la riduzione della gamma emo-

zionale ed il ritiro dalla vita sociale”. Qualche anno più tardi, Andreasen<sup>6</sup>, nell’intento di mettere a punto uno strumento psicometrico sufficientemente affidabile per esplorare la proteiforme psicopatologia schizofrenica, inserì la sintomatologia anedonica all’interno di una delle cinque sottoscale della SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*), che denominò *cluster* della “Anedonia/Asocialità”. Sul finire degli anni ’80, Carpenter et al.<sup>7</sup> e Kirkpatrick et al.<sup>14</sup>, impegnati nel tentativo di una ridefinizione concettuale della complessità propria della sintomatologia schizofrenica difettuale, considerarono l’anedonia uno dei sintomi negativi “primari” e “duraturi” di fondamentale importanza per porre la diagnosi di quella che essi denominarono “Sindrome Deficitaria” della schizofrenia (Tab. I).

Alcune recenti pubblicazioni sembrano accreditare la tesi dell’anedonia come sintomo proprio dello “*status*” schizofrenico. A questo proposito, Herbener e Harrow<sup>15</sup> hanno dimostrato come l’incapacità edonica “... fosse propria delle fasi di cronicità della malattia e si proponesse quale caratteristica clinica stabile del decorso schizofrenico”.

### ANEDONIA COME TRATTO

All’inizio del ’900, Myerson<sup>16</sup>, rifiutando il concetto di anedonia come sintomo proprio dello “*status*” schizofrenico, formulò l’ipotesi di una ridotta capacità edonica quale caratteristica clinica premorbo della schizofrenia, affermando che “... una prolungata fase di inabilità nell’esperire il piacere poteva precedere, anche di molti anni, lo sviluppo conclamato di una demenza precoce”. Qualche decennio più tardi, Rado<sup>17</sup> assegnò alla fenomenica anedonica un ruolo più centrale e definito nell’eziopatogenesi della schizofrenia, suggerendo di interpretarla come “... un tratto caratteriale innato (geneticamente tra-

**Tab. I.** Criteri diagnostici per la “Sindrome Deficitaria” della schizofrenia<sup>14</sup>. *Diagnostic criteria for the Deficit Syndrome of Schizophrenia*<sup>14</sup>.

- A. Devono essere presenti almeno due dei seguenti sei sintomi negativi:
  - 1) affettività ristretta
  - 2) diminuzione della gamma emozionale (intesa principalmente come incapacità di provare piacere e/o rabbia)
  - 3) povertà del linguaggio
  - 4) profonda riduzione degli interessi
  - 5) diminuzione della progettualità
  - 6) calo della spinta e del desiderio per i rapporti sociali.
- B. La combinazione di due o più dei sintomi negativi sopra citati è stata presente negli ultimi 12 mesi ed è sempre stata presente durante i periodi di stabilità clinica (inclusi gli stati schizofrenici cronici) o dopo il superamento di un’esacerbazione psicotica acuta.
- C. I sintomi negativi suddetti sono primari (cioè sono legati al processo morboso in sé) e non sono secondari a fattori quali depressione, ansia, effetti collaterali della terapia farmacologica, sospettosità (o altri fenomeni produttivi) e ritardo mentale.
- D. Il paziente rientra nei criteri diagnostici del DSM-III-R per la schizofrenia.

smesso) che predisponere all'insorgenza della malattia e che si manifestava (attraverso comportamenti peculiari oggettivamente rilevabili) già molto tempo prima dell'esordio manifesto della psicosi". Egli si decise a coniare il termine "Schizotipico" proprio per indicare l'espressione fenotipica di un genotipo schizofrenico responsabile di un'organizzazione di personalità caratterizzata da due difetti fondamentali: 1) un'insufficienza integrativa del piacere e 2) una diatesi propriocettiva.

Pochi anni dopo, Meehl<sup>10</sup>, riprendendo l'ipotesi di Rado, identificò nell'anedonia uno dei quattro tratti schizotipici fondamentali del carattere preschizofrenico (assieme all'ambivalenza, all'evitamento delle relazioni sociali ed alle distorsioni cognitive). Secondo l'Autore, queste peculiari caratteristiche personali premorbose "... erano sottese da un difetto integrativo neuronale (ereditario) definito "Schizotaxia" e potevano (per il concomitare di altri definiti aspetti costituzionali e/o di sfavorevoli circostanze ambientali) evolvere verso una schizofrenia conclamata". Nel tentativo di comprendere il meccanismo fisiopatologico alla base della capacità edonica individuale, Meehl si riferì ai lavori di Olds e Millner<sup>18</sup> sui sistemi nervosi endogeni di rinforzo comportamentale, che attualmente si ritiene "... siano mediati dalle cellule dopaminergiche dei circuiti mesocorticale e mesolimbico"<sup>19</sup>.

Dati relativamente recenti a sostegno delle teorie di Rado e di Meehl derivano principalmente da uno studio longitudinale (*follow-up* della durata di 10 anni) condotto da Chapman et al.<sup>20</sup> su numerosi studenti universitari appartenenti a diversi College americani. Da questa ricerca, è emersa una significativa correlazione diretta tra i livelli di anedonia

esperiti dai soggetti al momento del reclutamento ed un aumentato rischio di sviluppare nel tempo episodi psicotici acuti.

Altri Autori, tuttavia, si sono opposti al concetto di un'incapacità edonica legata alla schizofrenia da un vincolo (eziopatogenetico) di necessità, sottolineando come tale fenomeno psicopatologico attenga, in realtà, soltanto ad un sottogruppo minoritario di pazienti schizofrenici, il quale sembra avere una prevalenza che oscilla, nelle diverse casistiche, tra il 20 ed il 35%<sup>21-23</sup>. A questo proposito, secondo Schurhoff et al.<sup>23</sup>, l'anedonia sarebbe "... non tanto un indicatore clinico (necessario e sufficiente) di vulnerabilità alla malattia, bensì un tratto caratteriale ("non tassonomico") capace di modulare (potenziandola) l'espressività sintomatologica del disturbo schizofrenico (... essa, in definitiva, opererebbe negativamente mettendo in atto meccanismi di *coping* disadattativi)". Nell'ambito dei disordini nosologici di asse II del DSM-IV-TR<sup>24</sup> appartenenti allo spettro schizofrenico (*cluster A*), l'incapacità edonica occupa una posizione centrale nella definizione nosografica del "Disturbo Schizoide di Personalità" (DSP)<sup>25 26</sup>, dove essa contribuisce ad identificare almeno cinque dei sette criteri diagnostici proposti (A1, A3, A4, A5, A7) (Tab. II). Obiettivo di questo studio è esaminare le caratteristiche fenomeniche dell'anedonia dei pazienti schizofrenici ed indagare le sue relazioni psicopatologiche con la sintomatologia clinica (negativa, positiva, disorganizzata e depressiva) della schizofrenia. Ci si propone, inoltre, di fornire un contributo al dibattito in corso relativo alla collocazione dell'anedonia tra gli aspetti di tratto o di stato della Psicopatologia schizofrenica.

**Tab. II.** Criteri diagnostici del DSM-IV-TR per il "Disturbo Schizoide di Personalità"<sup>24</sup>. *DSM-IV-TR diagnostic criteria for the "Schizoid Personality Disorder"*<sup>24</sup>.

- A. Una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali ed una gamma ristretta di espressioni emotive, in contesti interpersonali, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:
1. non desidera né prova piacere nelle relazioni strette, incluso il far parte di una famiglia
  2. quasi sempre sceglie attività solitarie
  3. dimostra poco o nessun interesse per le esperienze sessuali con un'altra persona
  4. prova piacere in poche o nessuna attività svolta
  5. non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado
  6. sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri
  7. mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.
- B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo Psicotico o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale (es. epilessia del lobo temporale).

Nota. Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della Schizofrenia, aggiungere "Premorbo" (es. "Disturbo Schizoide di Personalità - Premorbo").

## Materiali e metodi

Il campione in esame è composto da 60 pazienti schizofrenici (25 ospedalizzati e 35 ambulatoriali), di età compresa fra i 18 ed i 50 anni, diagnosticati in accordo ai criteri nosografici del DSM-IV-TR<sup>24</sup> ed assistiti presso i servizi psichiatrici del Centro di Salute Mentale (CSM) di Guastalla (AUSL di Reggio Emilia).

Per essere inclusi nello studio, i soggetti (tutti in trattamento con farmaci antipsicotici tipici e/o atipici) non dovevano presentare, al momento della diagnosi, segni e sintomi riconducibili a ritardo mentale né a patologia psichiatrica su base organica o indotta da sostanze psicotrope.

A ciascun paziente esaminato sono state somministrate le seguenti scale di valutazione psicopatologica: *Scales for Physical and Social Anhedonia* (PAS e SAS)<sup>11</sup>, *Scales for the Assessment of Negative and Positive Symptoms* (SANS e SAPS)<sup>27</sup> e *Calgary Depression Scale for Schizophrenics* (CDS)<sup>28</sup>.

La PAS e la SAS sono questionari auto-somministrati (in formato "vero-falso") che si propongono di misurare le capacità edoniche del carattere (caratteristiche personologiche di tratto) in relazione sia ad esperienze sensoriali (quali il mangiare, il toccare, il percepire suoni, la sessualità, il movimento e la temperatura) sia a situazioni sociali ed interpersonali (in particolare, il piacere che si esperisce nella condivisione dei sentimenti, nel parlare, nel competere e nello stare con gli altri). Per quanto attiene ai valori-limite ("cut-off") della PAS e della SAS superati i quali un soggetto può essere considerato "anedonico", si è deciso di optare per quelli suggeriti dalla traduzione francese delle suddette scale (rispettivamente di 12 per l'anedonia sociale e di 18 per quella fisica), ritenendoli "... più specifici e sensibili rispetto ai limiti proposti da Chapman nelle versioni originali dei questionari"<sup>29</sup>.

La SAPS e la SANS sono questionari etero-somministrati di valutazione della sintomatologia positiva (allucinazioni, deliri, anomalie del comportamento e disturbi formali del pensiero) e negativa (appiattimento affettivo, alogia, abulia/apatia, anedonia/asocialità, deficit dell'attenzione) della schizofrenia. Il cluster "Anedonia/Asocialità" della SANS viene qui inteso come "... complesso sintomatologico (caratteristica clinica di stato) relativo alle difficoltà edoniche che il paziente schizofrenico incontra nello svolgere attività considerate, di norma, piacevoli"<sup>27</sup>. Nel corso dell'elaborazione statistica dei punteggi raggiunti dai pazienti in queste scale psicometriche, si è preferito utilizzare l'approccio "3-dimensionale" indicato da Liddle alla fine degli anni '80 (dimensioni positiva, negativa e disorganizzata), perché ritenuto "... più comprensivo [rispetto a quello dicotomico ("negativo vs. positivo")] proposto da Andreasen e

Olsen]<sup>27</sup> della reale complessità psicopatologica schizofrenica"<sup>30</sup>.

La CDS, infine, è un questionario etero-somministrato, sviluppato a partire dalla *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS)<sup>31</sup> e dalla *Present State Examination* (PSE)<sup>32</sup>, che si compone di 9 items "... capaci di misurare la sintomatologia depressiva dei pazienti schizofrenici indipendentemente dai loro sintomi negativi e dagli effetti collaterali extrapiramidali indotti dalla terapia antipsicotica"<sup>28</sup>.

## ANALISI STATISTICA

Eventuali differenze statisticamente significative tra soggetti "anedonici" e "normoedonici" in termini di medie dei punteggi della CDS, della SANS e della SAPS (totali e delle loro singole sottoscale) sono state indagate applicando il test di Mann-Whitney per campioni indipendenti. Le correlazioni statistiche tra la fenomenica anedonica e gli aspetti clinici della schizofrenia (dimensioni negativa, positiva, disorganizzata e depressiva) sono state analizzate applicando i test di Spearman e della regressione multipla. L'elaborazione statistica è stata eseguita con l'ausilio del programma SPSS 10.0 per Windows 2000.

## Risultati

Le principali caratteristiche socio-demografiche della popolazione psicotica in studio sono riassunte nella Tabella III. I sottotipi schizofrenici dei pazienti esaminati sono rappresentati per il 45% (n = 27) dal paranoide, per il 40% (n = 24) dal residuale, per il 12% (n = 7) dal disorganizzato e per il 3% (n = 2) dal catatonico.

I punteggi medi di anedonia dei soggetti in esame sono risultati pari a  $20,90 \pm 8,04$  per la PAS totale (anedonia fisica) e  $15,87 \pm 6,35$  per la SAS totale (anedonia sociale). Le percentuali dei pazienti schizofrenici che hanno superato i valori di "cut-off" suggeriti

**Tab. III.** Principali caratteristiche socio-demografiche del campione schizofrenico in esame (n = 60 pazienti). *Socio-demographic data of overall schizophrenic sample (n = 60 patients).*

Caratteristiche	Pazienti Schizofrenici
Socio-Demografiche	(n = 60)
Sesso	♂ = 61,7% (n = 37)
Stato Civile	Non sposati = 81,7% (n = 49)
Attività Lavorativa	Non occupati = 60% (n = 36)
Età	36,21 ± 9,36 anni
Durata di Malattia	11,57 ± 7,95 anni
Livello di Istruzione	10,85 ± 3,34 anni

ti dalla versione francese dei questionari elaborati da Chapman sono: 60% (n = 36) per il PAS *cut-off*, 70% (n = 42) per il SAS *cut-off* e 45% (n = 27) per il "doppio *cut-off*"<sup>29</sup>.

Suddividendo la popolazione psicotica nei sottogruppi "anedonico" e "normoedonico" sulla base del doppio *cut-off*, si è rilevato che, rispetto al secondo gruppo, il primo (quello anedonico) presenta punteggi significativamente più elevati ( $p < 0,05$ ) di SANS totale e di sintomatologia disorganizzata [in particolare, della sottoscala della SAPS relativa ai disturbi formali del pensiero ( $p < 0,01$ )]. Non è, invece, emersa alcuna differenza statisticamente significativa per quanto concerne le dimensioni depressiva e positiva (sottoscale della SAPS relative a deliri ed allucinazioni) (Tab. IV), nonché per quanto attiene alle variabili socio-demografiche (es. sesso, età, livello d'istruzione) e farmacologiche (es. dosaggio e classi di neurolettici assunti).

Applicando il test di Spearman sull'intero campione schizofrenico in studio, sono state evidenziate correlazioni dirette statisticamente significative ( $p < 0,05$ ) tra i punteggi raggiunti nelle scale di Chapman per l'anedonia (sia fisica che sociale) e quelli relativi alla sintomatologia negativa (SANS totale e sottoscale dell'appiattimento affettivo e dell'anedonia/asocialità) e disorganizzata (sottoscale della SAPS relative al comportamento bizzarro ed ai disturbi formali del pensiero). Non è emersa, invece, alcuna correlazione statisticamente rilevante fra capacità edonica, sintomi positivi e depressione (Tab. V).

L'applicazione del test di regressione multipla [considerando come variabili dipendenti i punteggi totali della CDS, della SAPS, della SANS e delle loro rela-

tive sottoscale, e come variabili indipendenti la PAS tot., la SAS tot. e le caratteristiche socio-demografiche (es. durata di malattia, sesso, età, livello d'istruzione) e farmacologiche (es. dosaggio e classi di neurolettici assunti) dei pazienti in esame] ha evidenziato, inoltre, una significativa relazione positiva ( $p < 0,05$ ) tra anedonia sociale (da un lato), SANS tot. e sottoscala della anedonia/asocialità (dall'altro). Questo legame rende conto di una varianza pari rispettivamente all'11,7 ed al 16,0% (Tab. VI). Lo stesso tipo di predittività ( $p < 0,05$ ) è emerso anche tra anedonia sociale (variabile indipendente) e sintomatologia disorganizzata (variabile dipendente) (in particolare, per quanto attiene alla sottoscala della SAPS relativa ai disturbi formali del pensiero). Queste relazioni rendono conto di un intervallo di varianza compreso fra il 12,5% ed il 16,9% (Tab. VI). Nessun legame statistico significativo è stato, invece, evidenziato fra capacità edonica, sintomi positivi e depressione.

## Discussione

Il rilievo che il costrutto psicopatologico dell'anedonia attiene solo ad un sottogruppo minoritario di pazienti schizofrenici (45%), come peraltro già documentato in letteratura<sup>11 21 33 34</sup>, depone contro l'ipotesi di Rado<sup>18</sup> e di Meehl<sup>35</sup> di un'incapacità edonica "... legata alla schizofrenia da un vincolo (eziopatogenico) di necessità".

Il ricorrere nel sottogruppo "anedonico", rispetto a quello "normoedonico", di una più rilevante sintomatologia negativa (Tab. IV) non appare riconducibile

**Tab. IV.** Caratteristiche psicopatologiche degli schizofrenici "anedonici" e "normoedonici" (test di Mann-Whitney). *Comparison of psychopathological parameters between "anhedonic" and "normal hedonic" schizophrenics (Mann-Whitney Z test).*

Variabili psicopatologiche	Schizofrenici "anedonici"	Schizofrenici "normoedonici"	Z	p
SANS tot.	37,86 ± 11,41	32,35 ± 11,63	-2,69	< 0,05
Appiattimento Affettivo	12,00 ± 6,57	9,45 ± 6,58	-1,64	n.s.
Alogia	3,60 ± 2,47	3,25 ± 3,03	-0,31	n.s.
Abulia/Apatia	9,00 ± 2,85	7,94 ± 2,95	-1,92	n.s. (p = 0,07)
Anedonia/Asocialità	13,26 ± 3,38	12,00 ± 3,73	-0,68	n.s.
Sintomi Positivi tot.	10,82 ± 9,64	10,61 ± 10,43	-0,14	n.s.
Allucinazioni	3,41 ± 4,99	3,64 ± 5,96	-0,19	n.s.
Deliri	7,41 ± 7,29	6,96 ± 6,53	-0,30	n.s.
Disorganizzazione	12,89 ± 10,58	8,61 ± 6,41	-2,67	< 0,05
Comportamento Bizzarro	2,20 ± 3,01	1,32 ± 2,32	-1,46	n.s.
Disturbi del Pensiero	4,82 ± 7,22	1,03 ± 1,97	-3,24	< 0,01
Disturbi dell'Attenzione	2,56 ± 2,80	2,03 ± 2,34	-0,55	n.s.
Depressione (CDS tot.)	4,23 ± 3,57	3,87 ± 4,11	-0,69	n.s.

n.s. = non significativo

**Tab. V.** Correlazioni psicopatologiche fra anedonia e sintomatologia clinica della schizofrenia nell'intero campione schizofrenico in esame (n = 60 – test di Spearman). *Spearman's correlation coefficients between anhedonia scores and psychopathological variables in overall schizophrenic sample (n = 60).*

Variabili Psicopatologiche	Anedonia Fisica (PAS tot.)	Anedonia Sociale (SAS tot.)
SANS tot.	0,27*	0,34**
Appiattimento Affettivo	0,13	0,29*
Alogia	0,12	0,04
Abulia/Apatia	0,14	0,10
Anedonia/Asocialità	0,28*	0,37**
Sintomi Positivi tot.	-0,01	0,14
Allucinazioni	-0,09	0,13
Deliri	0,06	0,15
Disorganizzazione	0,26*	0,35**
Comportamento Bizarro	0,16	0,26*
Disturbi del Pensiero	0,27*	0,28*
Disturbi dell'Attenzione	0,14	0,13
Depressione (CDS tot.)	-0,05	0,08

\* = p < 0,05; \*\* = p < 0,01

bile al peso del *cluster* “Anedonia/Asocialità” della SANS, in quanto il punteggio di detta sottoscala non differisce significativamente nei due gruppi schizofrenici considerati. Questo dato, al contrario, suggerisce l'ipotesi di una possibile relazione di predittività tra le grandezze considerate [anedonia soggettiva (sub-clinica) → sintomi negativi (cl clinicamente osservabili)] ed evidenza chiaramente la discrepanza

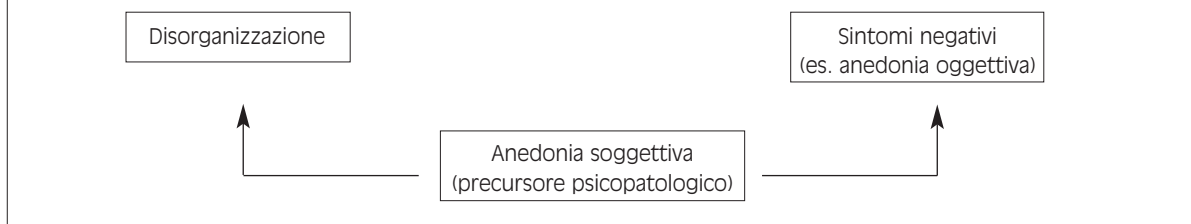
psicometrica tra le scale che misurano la capacità di provare piacere dal punto di vista soggettivo (PAS e SAS) e quelle che la indagano sulla base dei suoi aspetti osservativo-comportamentali (SANS)<sup>36 37</sup>, nonché l'inefficacia di queste ultime nel valutare le reali capacità edoniche dei pazienti schizofrenici<sup>3 38</sup>. Le correlazioni dirette emerse tra anedonia (PAS tot. e SAS tot.) e sintomi negativi (Tab. V) ed i risultati

**Tab. VI.** Rapporto di predittività statistica fra anedonia (variabile indipendente) e sintomi clinici della schizofrenia (variabili dipendenti) nell'intero campione schizofrenico in esame (test di regressione multipla). *Multiple regression analysis results for prediction of psychopathological parameters (dependent variables) from social anhedonia (independent) variable.*

Variabili Psicopatologiche	SAS tot. B (SE)	R-quadrato corretto
SANS tot.	3,34 (1,54)	0,117*
Appiattimento Affettivo	-0,41 (1,63)	n.s.
Alogia	0,11 (1,25)	n.s.
Abulia/Apatia	0,26 (1,02)	n.s.
Anedonia/Asocialità	3,95 (1,53)	0,160**
Sintomi Positivi tot.	-0,36 (0,95)	n.s.
Allucinazioni	-0,54 (1,12)	n.s.
Deliri	-0,63 (1,03)	n.s.
Disorganizzazione	3,99 (1,34)	0,169**
Comportamento Bizarro	1,87 (1,57)	n.s.
Disturbi del Pensiero	3,49 (1,46)	0,125*
Disturbi dell'Attenzione	-0,58 (1,01)	n.s.
Depressione (CDS tot.)	0,99 (1,34)	n.s.

\* = p < 0,05; \*\* = p < 0,01; n.s. = non significativo. In Tabella vengono riportati i coefficienti di regressione lineare (B), gli errori standard (SE) ed i valori statisticamente significativi dell'R quadrato corretto.

**Fig. 1.** Relazioni psicopatologiche tra anedonia, sintomi negativi e disorganizzazione nella schizofrenia. *Psychopathological relations between anhedonia, disorganization and negative symptoms in schizophrenia.*



ottenuti con il test della retta di regressione [relazione positiva fra anedonia sociale (variabile indipendente) e sintomatologia negativa (variabile dipendente)] (Tab. VI) confermano un rapporto di predittività tra le grandezze qui considerate. La fenomenica anedonica misurata con i questionari auto-somministrati di Chapman (anedonia soggettiva) sembra, in altre parole, anticipare le componenti comportamentali negative rilevate dalla SANS (anedonia oggettiva). Il costrutto “Anedonia”, pertanto, pur potendosi confondere (per i suoi aspetti “minus”) con la sintomatologia negativa, appare, al contrario, non identificarsi con essa, bensì costituirne un precursore psicopatologico (Fig. 1).

Da questa ricerca è emerso, inoltre, che il sottogruppo “anedonico” si differenzia da quello “normoedonico” anche per maggiori livelli di disorganizzazione (Tab. IV) in accordo a quanto già rilevato da Loas et al.<sup>39</sup>, i quali hanno suggerito di considerare “... lo stato anedonico degli schizofrenici cronici disorganizzati indipendente da una coesistente depressione e proprio delle fasi di cronicità”. Le correlazioni dirette emerse tra anedonia (PAS tot. e SAS tot.) e dimensione disorganizzata (Tab. V) ed i risultati ottenuti con il test della retta di regressione [relazione positiva fra anedonia sociale (variabile indipendente) e disorganizzazione (variabile dipendente)] (Tab. VI) sembrano indicare, diversamente da quanto sostenu-

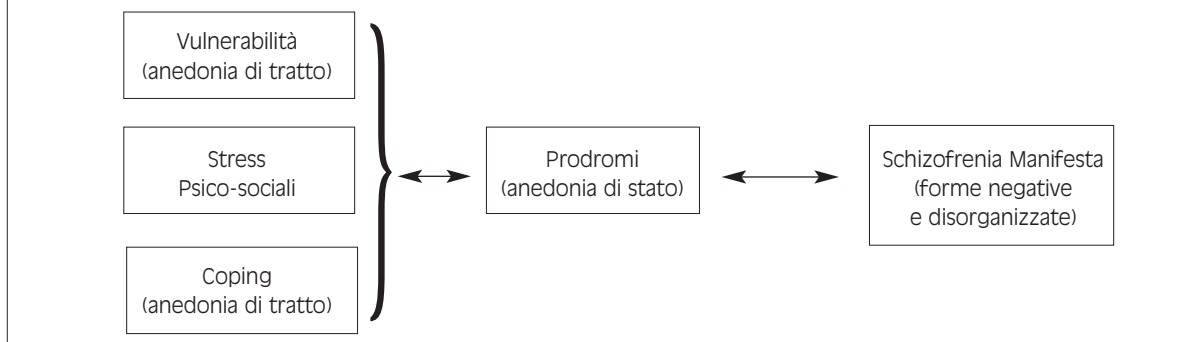
to da Loas et al.<sup>39</sup>, che la fenomenica anedonica non sia tanto una caratteristica clinica propria dello “status” schizofrenico cronico, bensì un precursore psicopatologico che precede, oltre ai sintomi negativi, anche la sintomatologia disorganizzata della schizofrenia (Fig. 1).

Il rilievo che i sintomi positivi e depressivi mostrano punteggi sovrapponibili nei sottogruppi “anedonico” e “normoedonico” (Tab. IV) e l’assenza di correlazioni statisticamente significative tra queste dimensioni sintomatologiche e l’anedonia (sia fisica che sociale) (Tabb. V, VI) suggeriscono l’indipendenza psicopatologica e patogenetica della fenomenica anedonica sia dalla depressione che dalla sintomatologia produttiva (deliri ed allucinazioni).

## Conclusioni

I risultati emersi da questo studio indicano che l’anedonia raggiunge livelli clinicamente significativi solo in una minoranza di pazienti schizofrenici, dove sembra intrattenere strette relazioni con le componenti negativa e disorganizzata della psicosi, proponendosi come fattore soggettivo di predittività (precursore) per lo sviluppo di forme cliniche di schizofrenia caratterizzate da un’elevata disorganizzazione

**Fig. 2.** Possibili collocazioni dell’anedonia nel “Vulnerability-Stress-Coping Model” della schizofrenia<sup>40 41</sup>. *Possible positions of anhedonia in the “Vulnerability-Stress-Coping” model of schizophrenia<sup>40 41</sup>.*



cognitivo-comportamentale e da un'intensa e severa sintomatologia negativa.

In questi soggetti, tuttavia, resta da chiarire se il costrutto anedonico debba essere considerato un aspetto sintomatologico (sub-clinico) di stato oppure se, al contrario, esso costituisca un tratto caratteriale della personalità premorbosa. In particolare, riprendendo quanto affermato da Klosterkotter<sup>40</sup> a proposito della collocazione dei sintomi di base (tra i quali vi sono alcune esperienze affettive di tipo chiaramente anedonico) nel modello eziopatogenetico "vulnerability-stress-coping" della schizofrenia<sup>41</sup>, si

può ipotizzare sia che l'anedonia ricopra il posto assegnato ai sintomi prodromici e/o precoci della psicosi (anedonia di stato) sia che essa costituisca uno dei fattori di vulnerabilità propri della personalità schizotipica (anedonia di tratto). In alternativa, il deficit edonico potrebbe agire (in modo "patoplastico") come un tratto personale sfavorevole di modulazione negativa (*coping* disadattativo) della schizotipia temperamentale, capace di aumentarne la probabilità di scompenso psicotico (senza essere, cioè, un indice caratteriale diretto di vulnerabilità schizofrenica) (Fig. 2).

## Bibliografia

- 1 Epicuro. *Sulla felicità*. Milano: Bur 1996.
- 2 Ribot J. *La psychologie des sentiments*. Paris: Felix Arcan 1896.
- 3 Pelizza L. *Anedonia: un concetto transnosografico?* *Minerva Psichiatri* 2005;4:285-300.
- 4 Bleuler E. *Dementia praecox oder Groupe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke 1911.
- 5 Kraepelin E. *Psychiatrie – VIII edn*. Leipzig: Deuticke 1919.
- 6 Andreasen N. *Negative symptoms of schizophrenia: definition and reliability*. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:784-8.
- 7 Carpenter W, Heinrichs D, Wagman A. *Deficit/non deficit forms of schizophrenia: the concept*. *Am J Psychiatry* 1988;145:578-83.
- 8 Spitzer R. *Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders – III edn*. New York: APA Press 1977.
- 9 Joiner T, Brown J, Metalsky G. *A test of the tripartite model's prediction of anhedonia's specificity to depression: patients with major depression versus patients with schizophrenia*. *Psychiatry Res* 2003;119:243-50.
- 10 Meehl P. *Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia*. *Am Psychologist* 1962;17:827-38.
- 11 Chapman L, Chapman J, Raulin M. *Scales for physical and social anhedonia*. *J Abnorm Psychology* 1976;130:171-83.
- 12 Crow T. *Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process*. *BMJ* 1980;280:66-8.
- 13 Hughlings-Jackson J. *Selected writings*. London: Hodder & Staughton 1931.
- 14 Kirkpatrick B, Buchanan R, Carpenter W. *The schedule for deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia*. *Psychiatry Res* 1989;30:119-23.
- 15 Herbener E, Harrow M. *The course of anhedonia during 10 years of schizophrenic illness*. *J Abnorm Psychology* 2002;111:237-48.
- 16 Myerson A. *Anhedonia (part I): the loss of desire and satisfaction*. *J Nerv Mental Dis* 1922;99:309-77.
- 17 Rado S. *Psychoanalysis of behaviour: collected papers*. New York: Grune & Stratton 1956.
- 18 Olds J, Millner C. *Positive reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of the rat brain*. *J Comparat Physiol Psychology* 1954;47:419-27.
- 19 Lewine R. *A discriminant validity study of negative symptoms with a special focus on depression and antipsychotic medication*. *Am J Psychiatry* 1990;147:1463-6.
- 20 Chapman L, Chapman J, Kwapil T. *Putatively psychosis-prone subjects ten years later*. *J Abnorm Psychology* 1994;130:171-83.
- 21 Harrow M, Grinker R, Holzman P, Kayton L. *Anhedonia and schizophrenia*. *Am J Psychiatry* 1977;134:794-7.
- 22 Loas G, Boyer P, Legrand A. *Anhedonia and the deficit syndrome of schizophrenia*. *Psychopathol* 1999;32:207-19.
- 23 Schurhoff F, Szoke A, Tircas C. *Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype?* *Schizophr Res* 2003;61:59-66.
- 24 American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – IV edn., text revised*. Washington, DC: APA Press 2000.
- 25 Pintus A, Maggini C. *Schizoidia: il tramonto di un concetto*. *Noos* 1998;13:175-84.
- 26 Maggini C, Pintus A. *Disturbi di personalità e schizofrenia*. *Noos* 1998;13:159-73.
- 27 Andreasen N, Olsen S. *Negative vs. positive schizophrenia: definition and validation*. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:789-94.
- 28 Addington D, Addington J, Schissel B. *A depression rating scale for schizophrenics*. *Schizophr Res* 1990;3:247-51.
- 29 Assouly-Besse F, Dollfuss S, Petit M. *Traduction française des questionnaires d'anédonie sociale et physique de Chapman: validation de la traduction française à partir de témoins et de patients schizophrènes*. *Encephale* 1995;21:273-84.
- 30 Liddle P. *The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy*. *Br J Psychiatry* 1987;151:145-51.
- 31 Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-96.
- 32 Wing J, Cooper J, Sartorius J. *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London: Cambridge University Press 1974.
- 33 Bromet E, Harrow M. *Premorbid functioning and outcome in schizophrenia and non-schizophrenia*. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:203-7.
- 34 Kirkpatrick B, Buchanan R. *Anhedonia and the deficit syndrome of schizophrenia*. *Psychiatry Res* 1990;31:25-30.



- <sup>35</sup> Meehl P. *Hedonic capacity: some conjectures*. Bull Menninger Clinic 1975;39:295-307.
- <sup>36</sup> Katsanis R, Iacono W, Beiser M, Lacay L. *Clinical correlates of anhedonia and perceptual aberration in first-episode patients with schizophrenia and affective disorders*. J Abnorm Psychology 2003;101:184-91.
- <sup>37</sup> Loas G, Boyer P. *Evaluation de l'anhedonie en psychopathologie: seconde étude de validation de la version française de l'échelle d'anhedonie psysique de Chapman*. Encephale 1994;22:351-8.
- <sup>38</sup> Loas G, Boyer P, Legrand A, Gayant C, Delahousse J. *L'anhedonie dans les schizophrénies*. Encephale 1995;21:453-7.
- <sup>39</sup> Loas G, Noisette C, Legrand A, Boyer P, Delahousse J. *Etude des caractéristiques cliniques des schizophrénies chroniques présentant une sévère anhedonie*. Encephale 1996;22:351-8.
- <sup>40</sup> Klosterkötter J. *The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychosis*. Neurol Psychiatry Brain Res 1992;1:30-41.
- <sup>41</sup> Zubin J, Magaziner J, Steinhauer S. *The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability*. Psychol Med 1983;13:551-71.