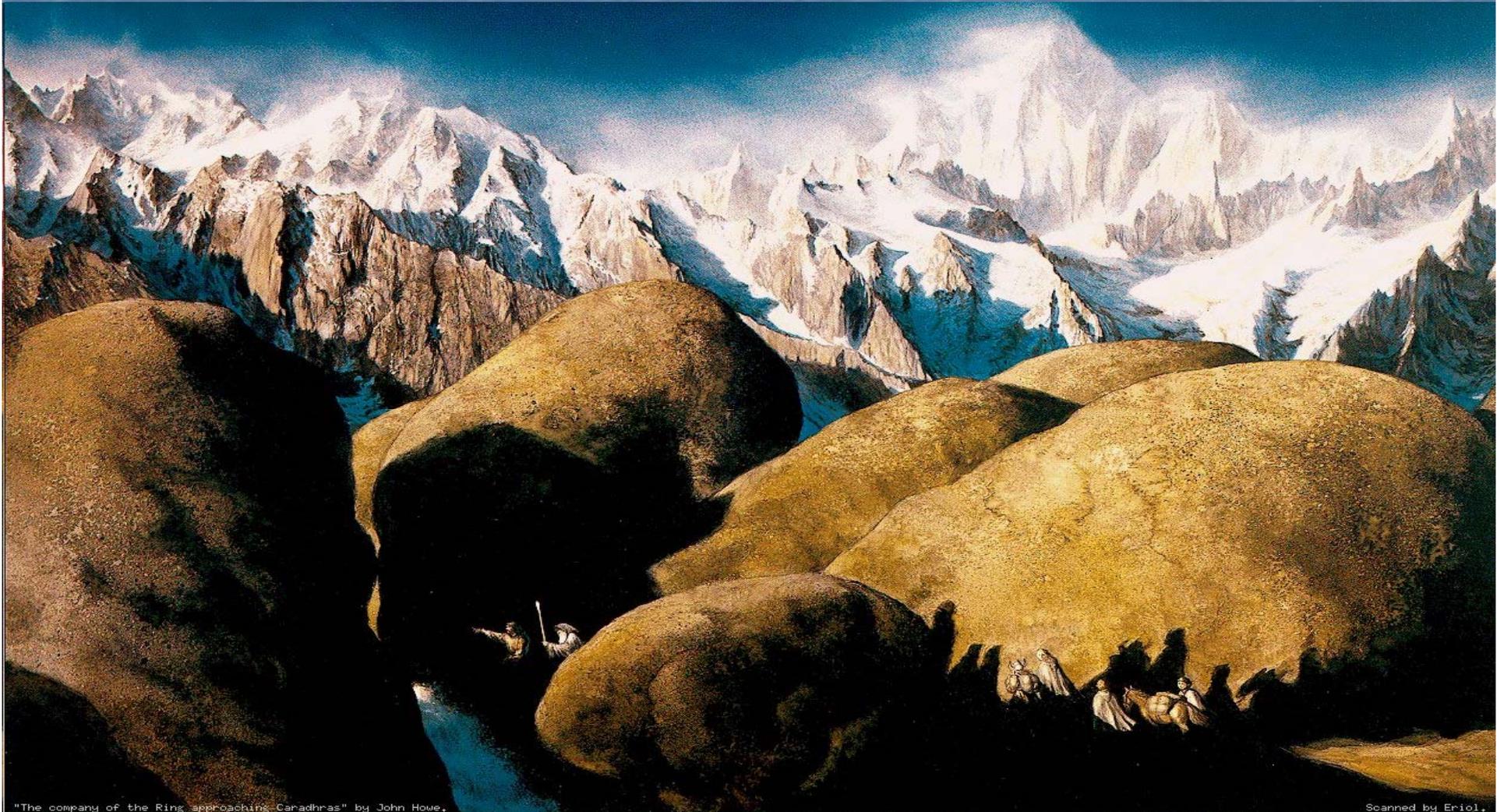
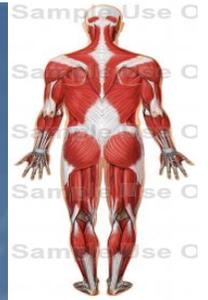
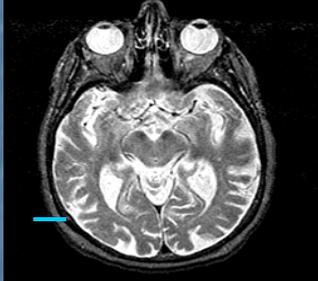
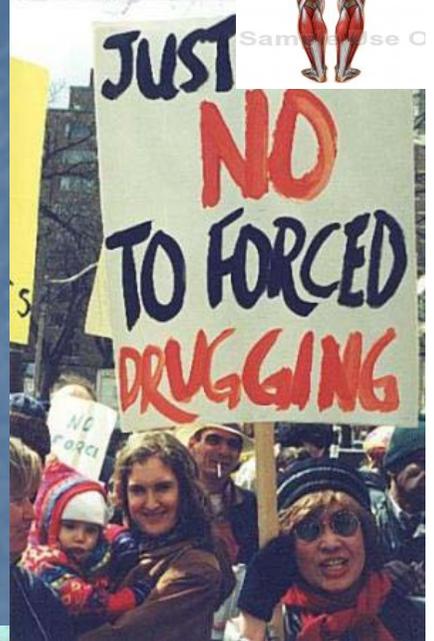
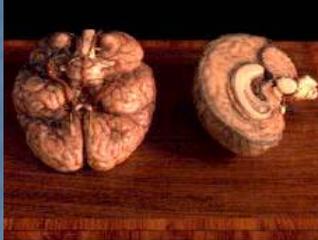
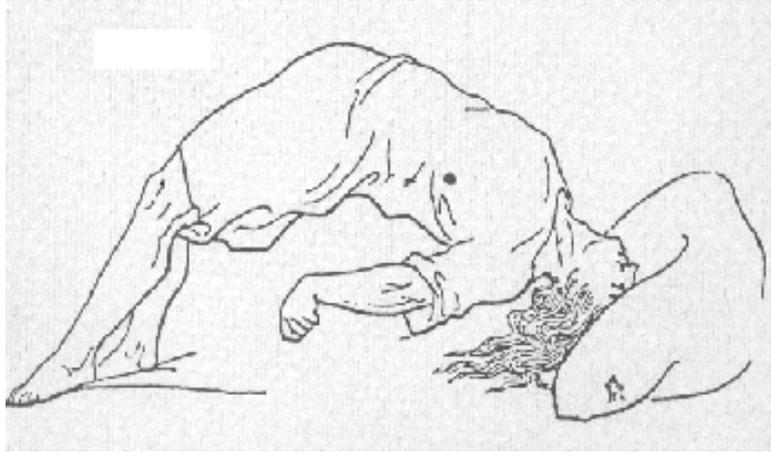


www.fisiokinesiterapia.biz

PSICHIATRIA



"The company of the Ring approaching Caradhras" by John Howe.



It could
HAPPEN
to you

INDICE

LA PSICHIATRIA
DISTRUGGE LE MENTI

QUESTIONARIO

Preparazione esame:

- Lezioni
- Testo di approfondimento
 - Disturbi Mentali: competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori. G. Andrews et al., Centro Scientifico Editore



DISTURBI MENTALI

**Competenze di base, strumenti
e tecniche per tutti gli operatori**

G. ANDREWS - C. HUNT
M. JARRY - P. MOROSINI
R. RONCONE - G. TIBALDI

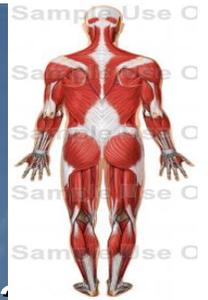


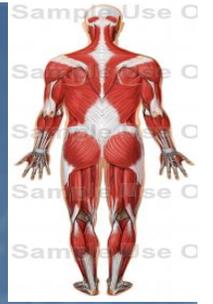
- La Psichiatria è una branca della medicina che comprende
 - Disturbi mentali (della sfera emotiva e di quella cognitiva)
 - Disturbi comportamentali
- Eziologia, presentazione e loro decorso sono influenzati da molteplici cause
- La loro terapia si avvale di interventi
 - Sociali
 - Psicologici
 - Medici
- Frequenti sono i fraintendimenti sul ruolo dello psichiatra e falsi "miti" sulla pratica psichiatrica
- Rivoluzione negli ultimi 20 anni:
 - a) I pazienti Psichiatrici sono di norma curati nei servizi psichiatrici territoriali
 - b) Se ricoverati in strutture di urgenza, i ricoveri devono essere brevi



■ PROGRAMMA

- Cenni di Epidemiologia Psichiatrica
- L'assistenza Psichiatrica in Italia, Legislazione psichiatrica
- Cenni eziopatologici
- Colloquio con il paziente
- Psicopatologia
- Classificazione dei Disturbi Mentali
- Schizofrenia
- Depressione e Disturbo Bipolare
- Ansia e spettro Disturbi d'Ansia
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Demenza
- Disturbi di Personalità
- Disturbi Somatoformi
- Abusi e Dipendenze
- Emergenze in Psichiatria
- Psicofarmaci

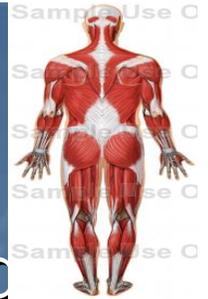




Perché Psichiatria

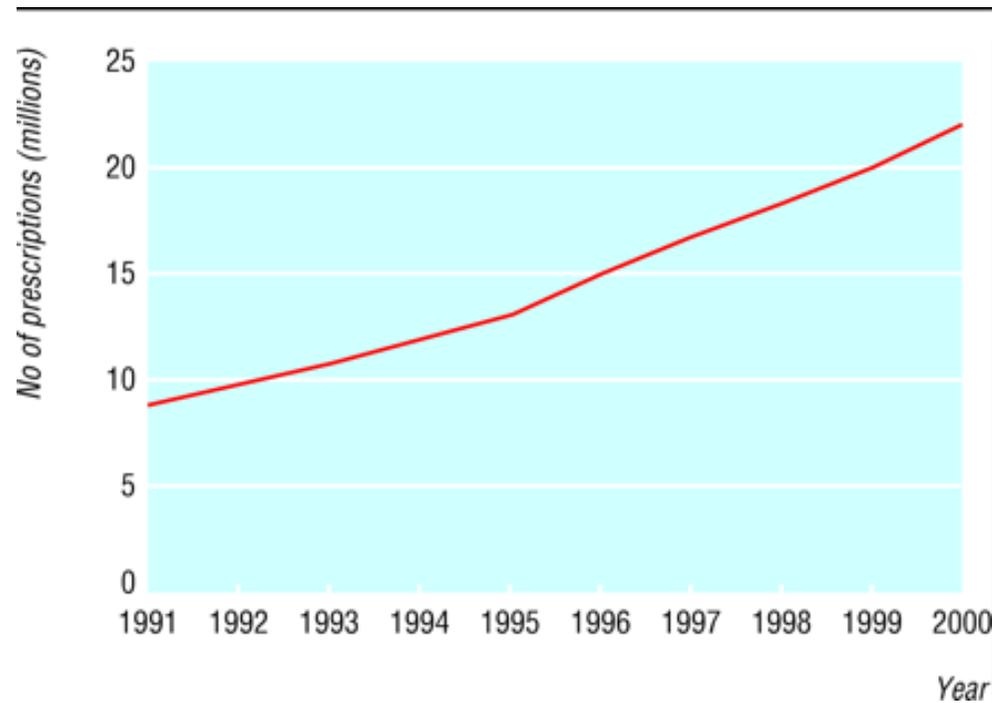
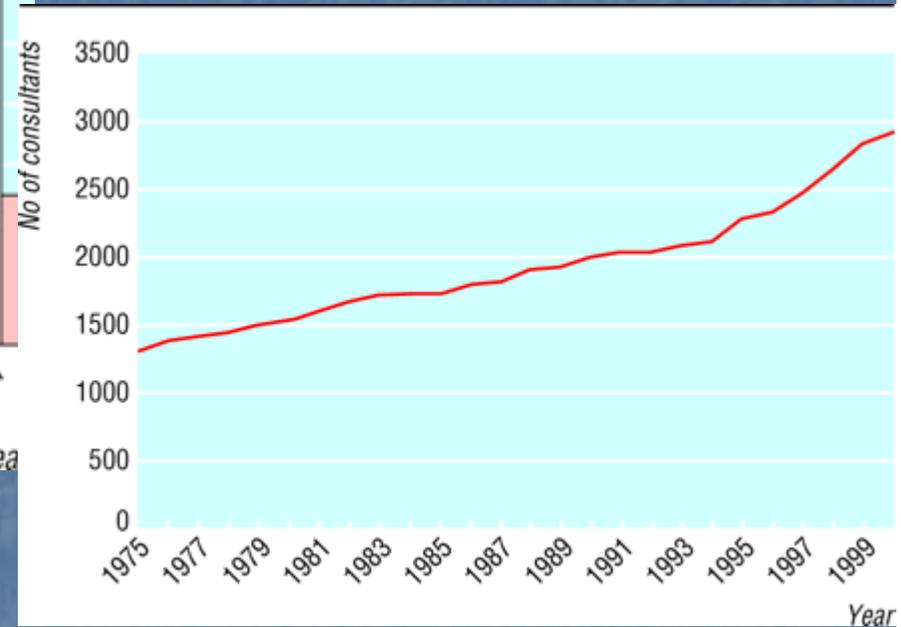
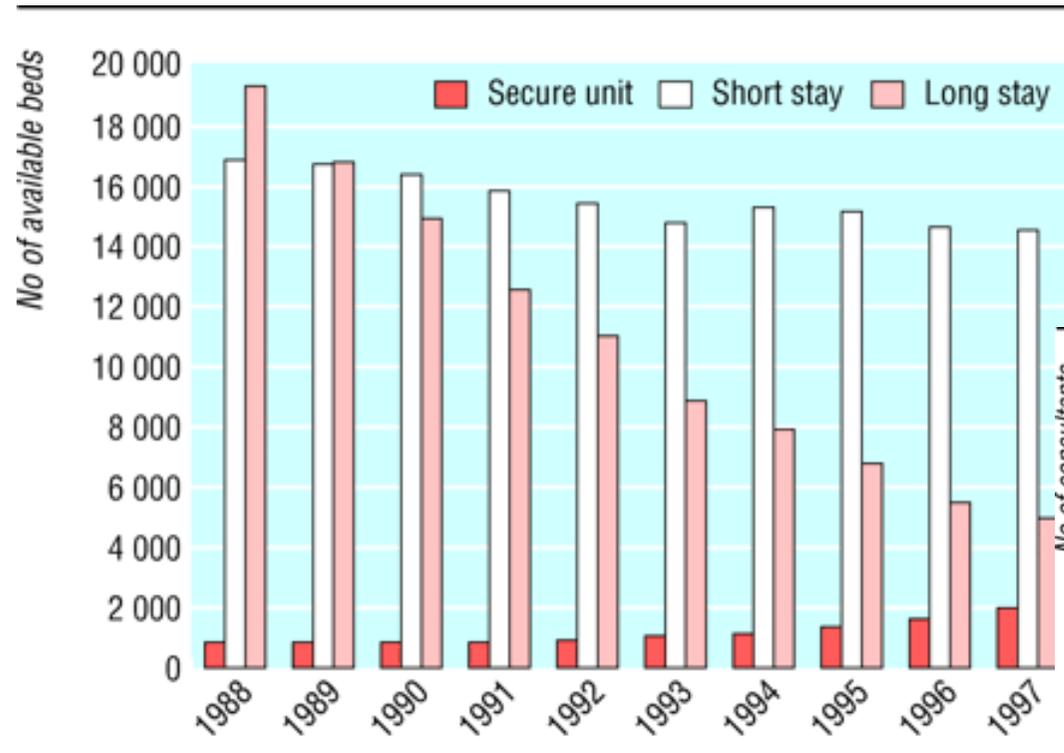
Prevalenza

- Tutti i disturbi mentali: 50% degli adulti soffre di problemi di salute mentale nel corso della vita
- Depressione: Adulti: 10% nel corso della vita
- Disturbi d'ansia: 3-6% nel corso della vita (fobie, disturbi ossessivo - compulsivo, e disturbi tipo attacco di panico (prevalenza 1% circa per ciascun disturbo))
- Suicidio: 5.000 suicidi riusciti e più di 100.000 tentati suicidio all'anno; rappresentano il 5% di tutti gli anni di vita persi nelle persone sotto i 75 anni



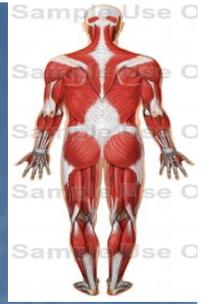


- Autolesionismo: 1 persona su 600 infierisce contro se stessa in modo sufficientemente grave da richiedere il ricovero ospedaliero; l'1% di questi finirà per suicidarsi
- Schizofrenia (ed altre psicosi): 1% nel corso della vita
- Disturbo affettivo bipolare: 0.5-1% nel corso della vita
- Disturbi di personalità: 5-10% dei giovani adulti
- Disturbi legati all'alcool: 4.7% degli adulti presenta dipendenza da alcool
- Dipendenza da sostanze: 2.2% (stima in difetto)
- Anoressia nervosa: 1% delle ragazze adolescenti



Tratto da: Teifion Davies, ABC of mental health: Mental health assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

BMJ 2002



Come Psichiatria

L'assistenza psichiatrica in Italia



- Legge 180 del 1978 "Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatorii"
- Legge 833 del 1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)"
- Aspetti principali
 - I trattamenti psichiatrici sono di regola extraospedalieri
 - L'obiettivo è di curare il paziente nel suo ambiente, a livello ambulatoriale, ed evitare che venga stigmatizzato ed espulso
 - Il ricovero ospedaliero ed ancor più il ricovero coatto sono rigidamente regolamentati La legge di riforma psichiatrica ha chiuso definitivamente tutti gli ospedali psichiatrici
 - Reparti psichiatrici all'interno dell'Ospedale Civile, con un massimo di 15 letti, e con 1 letto/100.000 abitanti circa

Trattamento Sanitario Obbligatorio



- Si effettua solo se il paziente (1) presenta una patologia psichiatrica acuta e grave (2) che necessita di interventi tempestivi (3) e che però egli rifiuta
- Un medico compila la Proposta di TSO ed un secondo medico, dipendente dal SSN, compila la Convalida di TSO
- La documentazione viene inviata al Sindaco, che la deve autorizzare esplicitamente prima che il TSO possa essere attuato
- Il Sindaco dà notizia dell'avvenuto TSO al Giudice Tutelare, che può intervenire
- Il TSO si effettua esclusivamente presso i reparti ospedalieri di psichiatria autorizzati (SPDC)
- Il ricovero coatto è breve (7 giorni) e rinnovabile previa comunicazione al giudice tutelare

Dipartimento di Salute Mentale



- Hanno in cura il 3% della popolazione generale
- Il 10% della popolazione generale si rivolge ai DSM nel corso della vita

- Strutture del DSM
 - Centri di salute Mentale (CSM)
 - Reparti ospedalieri (SPDC, brevidegenze)
 - Semiresidenze riabilitative
 - Residenze psichiatriche (comunità, gruppi appartamento)
 - Servizi di consulenza ospedaliera e per i MMG

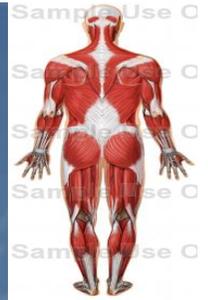


Le Cause

Eziopatogenesi dei disturbi mentali (1)



Modelli



- **Modello medico**
 - I sintomi derivano da lesioni (talvolta non evidenziabili)
 - Trattamenti biologici per ripristinare lo stato di salute

- **Modello psicomodinamico (psicoanalitico)**
 - I sintomi rappresentano compromessi di un conflitto intrapsichico
 - Trattamenti psicologici per modificare la struttura psichica

- **Modello sociorelazionale**
 - I sintomi sono una risposta logica ad un contesto illogico (famiglia, società)
 - Trattamenti primariamente volti all'ambiente

Eziopatogenesi dei disturbi mentali (2)



Fattori biologici

Alteraz. funzionali SNC

Anomalie dei neurotrasmettitori

Alteraz. strutturali SNC

Macroscopiche

Microscopiche

Fattori genetici

Invecchiamento

Genere

Noxae infettive (precoci)

Fattori perinatali

Endocrinopatie

Periodo post partum

Abuso di sostanze

Eziopatogenesi dei disturbi mentali (3)



Relazione madre-neonato problematica

Ambiente familiare disturbato

Esperienze precoci di perdita o di separazione dalle figure genitoriali

Abuso fisico/sexuale

Eventi di vita

Lutto

Rottura relazione significativa

Pensionamento

Malattia, disabilità

Fattori psicologici

Eziopatogenesi dei disturbi mentali (4)



Classe socio-economica

Urbanizzazione

Supporto sociale

Emigrazione

Convinzioni sulla malattia
mentale

Fattori sociali



Il Colloquio



- **Valutazione psichiatrica**
 - Evitare di farsi condizionare dalla prima impressione
 - Valutare i rischi immediati
 - Acquisire notizie su circostanze personali e familiari che potrebbero aver
 - Modificato i sintomi
 - Influire sulla terapia e la prognosi

- **Fondamentale la tecnica del colloquio!**
 - Domande aperte
 - Domande chiuse → Psicopatologia
 - “Choice questions” (domande a scelta)

Tratto da: Teifion Davies, ABC of
mental health: Mental health
assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

Esempi di domande



Domande aperte

- Quali sono i problemi che l'hanno fatto venire in ospedale?
- Potrebbe dirmi qualcosa di più a riguardo?
- E...?
- C'è qualcos'altro di cui avrebbe piacere di parlarne (qualcosa che la preoccupa)?
- Mi parli della sua routine quotidiana (della sua famiglia, della sua storia personale e del contesto familiare nel quale è cresciuto)
- Ci sono delle domande che vorrebbe pormi?

Tratto da: Teifion Davies, ABC
of mental health: Mental
health assessment, BMJ, May
1997; 314: 1536

Fattori che richiedono domande inerenti il rischio suicidario



- Soprattutto se il paziente è maschio, single, non più giovane, isolato, o con più fattori di rischio contemporaneamente
- Precedenti idee o comportamenti suicidari
- Gravi sintomi depressivi
- Abuso di alcool o sostanze illecite
- Malattie mentali croniche (inclusa schizofrenia)
- Malattie fisiche dolorose o disabilitanti
- Recente ospedalizzazione in Psichiatria
- Dimissioni volontarie contro parere medico
- Precedente comportamento impulsivo, incluso il *self harm* (autolesionismo)
- Procedimenti legali o criminali in atto (incluso divorzio)
- Separazioni e allontanamenti familiari, personali, o sociali (es. lutti, separazioni)

Tratto da: T K J Craig and A P Boardman. ABC of mental health: Common mental health problems in primary care, BMJ, May 1997; 314: 1609

Domande chiuse

- Quando sono cominciati questi problemi (pensieri, sentimenti)?
- Che effetto hanno su di lei (la sua vita, la sua famiglia, il suo lavoro)?
- Ha mai avuto esperienze simili nel passato?
- Ha qualche idea su quale possa esserne la causa?
- Quando dice di sentirsi depresso, che cosa intende esattamente?
- In momenti come questi ha mai pensato di suicidarsi?
- Le capita di sentire delle voci (o vedere delle immagini) quando sembra che non ci sia nessuno?

Domande a scelta

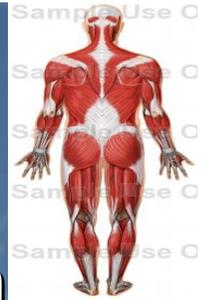
- Le capita mai di sentirsi come..., o come..., o come qualcos'altro?



Tratto da: Teifion Davies, ABC of mental health: Mental health assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

COSA FARE

- Permettere al paziente di narrare la propria storia
- Prendere il paziente "sul serio"
- Lasciare tempo alle emozioni del paziente
- Indagare i pensieri su suicidio, violenza
- Dare rassicurazione laddove possibile
- Iniziare una relazione costruttiva e "vera"
- Ricordare che "ascoltare" è "fare"!



Tratto da: Teifion Davies, ABC of
mental health: Mental health
assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

COSA NON FARE

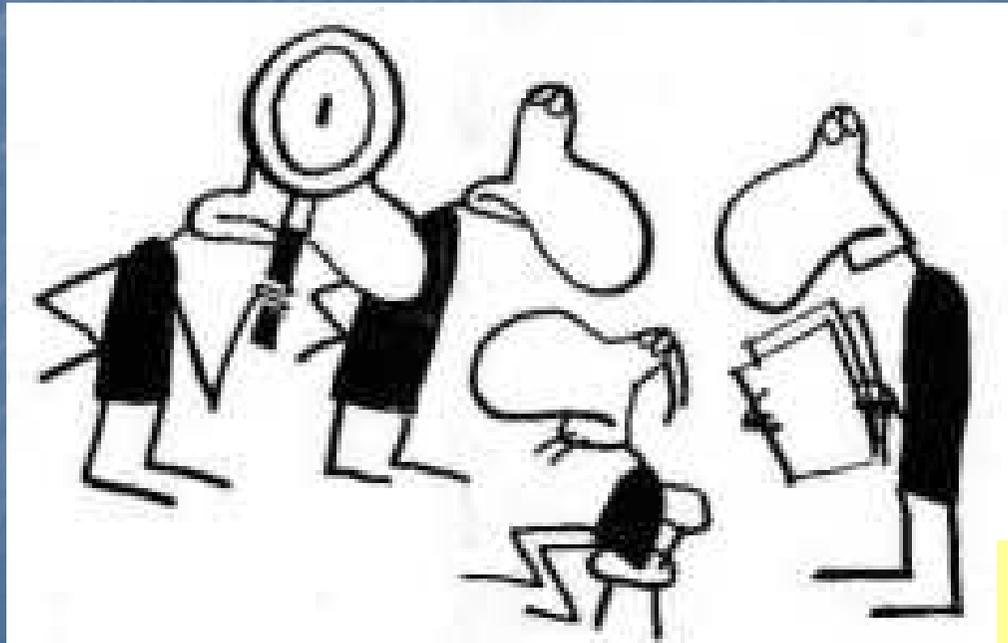
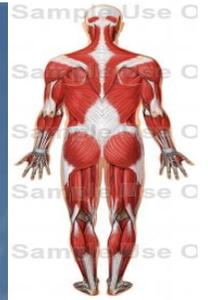
- Non utilizzare domande chiuse troppo presto
- Non porre più attenzione a "caso" che al paziente
- Non essere troppo rigidi o disorganizzati: esercitare un controllo flessibile
- Non evitare argomenti "delicati" o imbarazzanti
- Non prendere come "tecnici" i termini medici/psichiatrici che il paziente non conosce (es. depressione)



Tratto da: Teifion Davies, ABC of
mental health: Mental health
assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

RICORDARSI DI:

- Mettere il paziente a proprio agio, è un colloquio, non un interrogatorio!
- Essere neutrali! Evitare giudizi, pregiudizi, prendere le parti per o contro il paziente



Tratto da: Teifion Davies, ABC of mental health: Mental health assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

■ Valutare i rischi!



Esame delle condizioni mentali

- Apparenza
- Comportamento
- Eloquio
- Umore
- Pensiero
- Percezione
- Intelligenza/funzioni cognitive
- Insight (consapevolezza)



Tratto da: Teifion Davies, ABC of mental health: Mental health assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

Tests and investigations

Routine;

Full blood count (including red cell morphology)

Electrolytes

Liver function tests

Electrocardiogram

Urine drug screen

Supplementary

Chest x ray

Skull x ray

Breath alcohol

Renal function

Blood chemistry (eg glucose, thyroid function, drug levels, B12, iron)

Serology (eg syphilis, hepatitis, HIV infection)

Special

Electroencephalogram

Sleep electroencephalogram

Computed tomography

Magnetic resonance imaging

Electromyogram

These tests should be considered in all patients, but especially in view of:

These tests should be considered in all patients, but especially in view of:

Age

Medical history

Future drug treatment

As indicated by presentation or by findings on physical examination.

They may be needed to confirm or refine the diagnosis, to exclude or define physical comorbidity, to monitor drug treatment

These tests should be requested only after seeking specialist advice

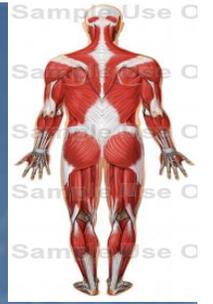
Tratto da: Teifion Davies, ABC of mental health: Mental health assessment, BMJ, May 1997; 314: 1536

Termini "difficili" in Psichiatria

- **Psicosi**: il vissuto ed il ragionamento del paziente non riflettono la realtà
- **Nevrosi**: termine "ampio" e "datato" per malattie in cui sintomi ansiosi o inerenti la sfera emotiva sono preminenti. Non indicativo di eziologia, gravità e decorso!
- **Delirio**: falsa credenza caratterizzata da assoluta convinzione, non modificabile. Può essere bizzarro, ma non sempre!
- **Allucinazione**: falsa percezione in assenza di uno stimolo esterno



Tratto da: Teifion Davies, ABC
of mental health: Mental
health assessment, BMJ, May
1997; 314: 1536



Psicopatologia

Disturbi dell'orientamento



- Disturbi dell'orientamento **nel tempo**
- Disturbi dell'orientamento **nello spazio**
- Disturbi dell'orientamento **rispetto alla situazione**
- Disturbi dell'orientamento **rispetto alla persona**

Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP* – Traduz italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

Disturbi della coscienza

alterazioni quantitative (vigilanza)
qualitative (coerenza, ampiezza)



- **Riduzione della vigilanza:** diminuita risposta agli stimoli esterni
- **Restringimento decampo di coscienza:** riduzione selettiva della percezione

Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP* – Traduz italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

Disturbi dell'attenzione e della memoria



- Disturbi della percezione
- Disturbi della concentrazione
- Disturbi della memorizzazione (fissazione o ritenzione immediata)
- Disturbi della rievocazione (ricordi oltre i 10 minuti)
- Confabulazione
- Paramnesie/ipermnesie
 - a) ricordi deliranti
 - b) falsi riconoscimenti

Classificazioni psicopatologiche tratte da:
*Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der
Psychiatrie - AMDP* – Traduz italiana e adattamento a cura
di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli,
Milano, 1990

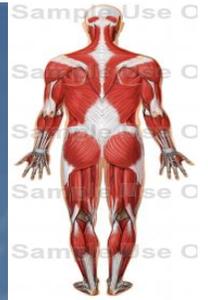
Disturbi formali del pensiero



- Inibizione del pensiero (pensiero globalmente frenato)
- Rallentamento del pensiero
- Pensiero circostanziato (particolarismo)
- Povertà di pensiero
- Perseverazione verbale
- Fuga delle idee
- Risposte trasversali
- Intoppi del pensiero (barrage)
- Pensiero incoerente
- Neologismi

Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP* – Traduz italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

Paure e ossessioni



- Sospettosità
- Ipocondria non delirante
- Fobie (paure irrazionali, incoercibili e immotivate)
- Ossessioni (pensieri ossessivi)
- Impulsi compulsivi
- Rituali compulsivi

Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP* – Traduz italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell’Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

Delirio

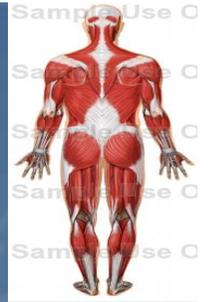
- errore morboso della coscienza di realtà
- evidenza a priori (convinzione indipendente dall'esperienza) anche quando è in contraddizione con il reale comune, come le opinioni e le credenze collettive



Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP* – Traduz italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

Deliri

(Aspetti relativi ai temi deliranti)



- Idee deliranti di riferimento
- Idee deliranti di nocumento/persecuzione
- Idee deliranti di gelosia
- Idee deliranti di colpa
- Idee deliranti di rovina
- Idee deliranti ipocondriache
- Idee deliranti di grandezza
- Idee deliranti fantastiche

Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie* - AMDP – Traduz italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

Disturbi delle percezioni



- Illusioni
- Allucinazioni (esperienze percettive, ritenute reali, in assenza dello stimolo esterno corrispondente)
- Allucinazioni uditivo-verbali
- Altre allucinazioni uditive
- Allucinazioni visive
- Allucinazioni cenestesiche (della sfera corporea, tattili..)
- Allucinazioni olfattive e gustative

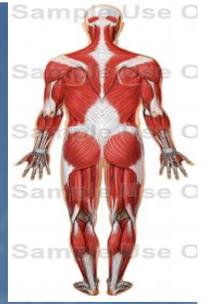
Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP* – Traduzione italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

Disturbi dell'affettività



- Umore depresso
- Perdita di speranza
- Ansia psichica soggettiva
- Euforia
- Disforia ("cattivo umore", atteggiamento insoddisfatto e scostante)
- Irritabilità (susceptibilità esagerata)
- Agitazione interna
- Sentimento di inadeguatezza
- Ipervalutazione di sé
- Sentimenti di colpa e rovina
- Rigidità affettiva

Classificazioni psicopatologiche tratte da: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie - AMDP* – Traduz italiana e adattamento a cura di: Conti, Dell'Osso, Cassano, Ed Graf Mazzucchelli, Milano, 1990

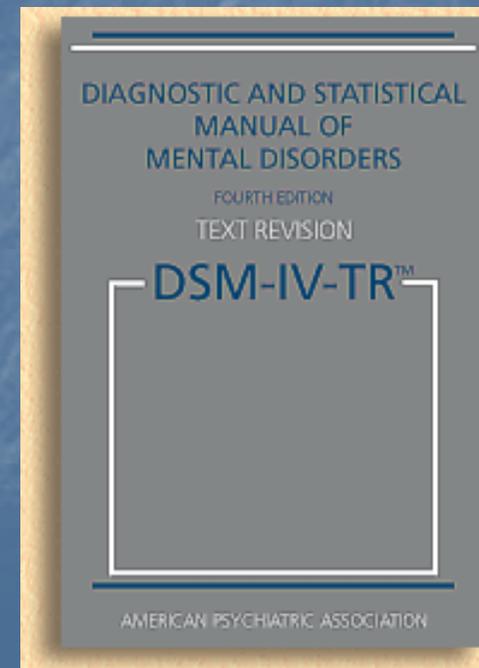


Classificazione

Classificazione dei disturbi mentali



- Classificazione categoriale
 - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (APA)
 - International Classification of Disease (OMS)
- Spettro dimensionale
- Utilità e limitazioni



Sistema multiassiale del DSM IV



- **Asse I** Disturbi Clinici/Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica
- **Asse II** Disturbi di Personalità/Ritardo Mentale
- **Asse III** Condizioni Mediche Generali
- **Asse IV** Problemi Psicosociali ed Ambientali
- **Asse V** Valutazione Globale del Funzionamento

Considerare il funzionamento sociale e lavorativo rispetto ad un continuum che va da un livello eccellente ad un livello grossolanamente deficitario di funzionamento



- **100 ... 91** Funzionamento superiore in una vasta gamma di attività
- **90 ... 81** Funzionamento buono in tutte le aree, efficace nel lavoro e nei rapporti sociali
- **80 ... 71** Solo una lieve compromissione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (per es., rari conflitti interpersonali, temporaneo arretramento nel rendimento scolastico)
- **70 ... 61** Qualche difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo, o scolastico, ma il soggetto, che in generale funziona bene, mantiene delle relazioni interpersonali significative
- **60 ... 51** Difficoltà moderate nel funzionamento sociale, lavorativo, o scolastico (per es., pochi amici, conflitti coi compagni o coi colleghi)
- **50 ... 41** Rilevante compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o scolastico (per es., nessun amico, incapacità di conservare il lavoro)

Tratto da: Mini DSM-IV-TR. Criteri diagnostici, Masson, 2002



- **40 ... 31** Grave menomazione in numerose aree, come lavoro o scuola, rapporti familiari (per es., un adulto depresso evita gli amici, trascura la famiglia, e non riesce a lavorare; un bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, ha comportamenti di sfida in famiglia, e va male a scuola)
- **30 ... 21** Incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (per es., il soggetto sta tutto il giorno a letto; non ha lavoro, casa o amicizie)
- **20 ... 11** Occasionalmente mostra incapacità di mantenere l'igiene personale minima; non è in grado di funzionare autonomamente
- **10 ... 1** Persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima. Non è in grado di funzionare senza far danni a sé stesso o agli altri, oppure senza un consistente supporto esterno (per es., cure infermieristiche e sorveglianza)
- **0** Informazioni insufficienti

Tratto da: Mini DSM-IV-TR. Criteri diagnostici, Masson, 2002

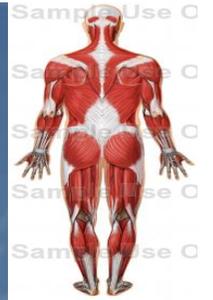
Esempio 1

- Asse I F32.2
Disturbo Depressivo Maggiore,
Episodio Singolo, Grave Senza
Manifestazioni Psicotiche
- F10.1
Abuso di Alcool
- Asse II F60.7
Disturbo Dipendente di Personalità
Frequente uso della negazione
- Asse III Nessun disturbo
- Asse IV Minaccia di perdita del lavoro
- Asse V VGF = 35 (attuale)



Tratto da: Mini DSM-IV-TR. Criteri
diagnostici, Masson, 2002

Schizophrenia

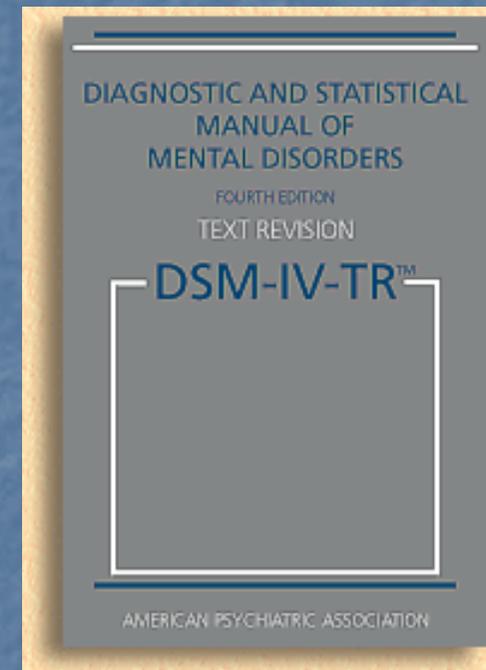


DSM-IV

critéri diagnostici per la schizofrenia



- A. sintomi caratteristici positivi e negativi
- B. disabilità sociale/occupazionale
- C. durata > 6 mesi
- D. non attribuibile a dist. umore
- E. non attribuibile ad abuso di sostanze o condizione internistica



Schizofrenia



- Disabilità sociale/occupazionale
 - Lavoro
 - Scuola
 - Ruolo genitoriale
 - self-care
 - Indipendenza di vita
 - Relazioni interpersonali
 - Tempo libero

Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

■ Schizofrenia

- Prevalenza life-time 1%,
- Incidenza annua 0.2 per 1000
- Esordio prima dei 30 anni
- Adolescenza: possono essere presenti anomalie dell'eloquio e del comportamento
- Complicazioni ostetriche, infezioni virali in utero (non provato)
- Allargamento dei ventricoli e anomalie dei lobi temporali (CT)



Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

■ Sintomi psicotici

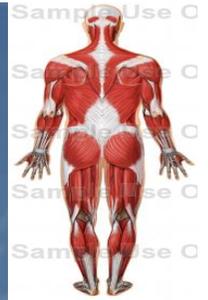
- Perdita del contatto con la realtà
- Deliri
- Allucinazioni
- Comportamento bizzarro

■ Sintomi Negativi

- Affettività appiattita
- Anedonia
- Apatia
- Alogia

■ Compromissione cognitiva

- Problemi nell'attenzione e concentrazione
- Velocità psicomotoria
- Apprendimento e memoria
- Funzioni esecutive (pensiero astratto, risoluzione di problemi)



Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

Fattori genetici

- 60-84% gemelli mono-zigoti condivide la diagnosi in confronto a 15% dei di-zigoti
- 50% rischio nel figlio se entrambi i genitori sono schizofrenici
- Multipli geni di suscettibilità, ciascuno con un piccolo effetto e agendo in concerto con fattori epigenetici e ambientali. Almeno sette geni sono stati dimostrati essere associati con la schizofrenia



Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

- **Rischi ambientali** per la schizofrenia includono fattori **biologici e psicosociali**. Il rischio di sviluppo di schizofrenia è aumentato da eventi prenatali e perinatali—incluso l'influenza materna, rosolia, malnutrizione, diabete mellito, e fumo durante la gravidanza — e complicazioni ostetriche



Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

- **Povert  e bassa classe sociale** sono state a lungo associate ad elevata frequenza di schizofrenia

due ipotesi

- **cause sociali** (es., condizioni ambientali stressanti aumentano il rischio di schizofrenia)
- **deviazione sociale** verso il basso (es., la schizofrenia reduce il funzionamento sociale ed occupazionale)



Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72



- **I sintomi psicotici tendono a essere episodici nel tempo**, con il loro esordio o peggioramento associato ad un potenziale rischio per se stesso e per gli altri, spesso richiedendo una temporanea ospedalizzazione
- **I sintomi negativi ed i problemi cognitivi hanno la tendenza a restare più stabili nel tempo**, e contribuiscono significativamente alla compromissione funzionale

Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

- Trattamento farmacologico
- Trattamento psicosociale



Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

Antipsicotici

- Efficaci nel ridurre la sintomatologia, aiutano la riabilitazione, non sono terapie definitive!
- effetti collaterali, sintomi neurologici (es., rigidità muscolare, agitazione, tremori, movimenti involontari nelle estremità come delle dita delle mani e dei piedi o della regione ora-facciale)



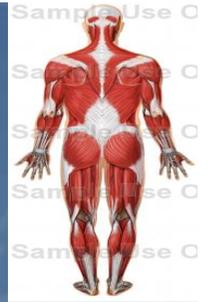
Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72



- L'intervento psicosociale cerca di migliorare il management della schizofrenia (es., gestire i sintomi, prevenire le ricadute) ed incrementare e rafforzare il funzionamento in aree come il vivere in modo indipendente, le relazioni e il lavoro
- Interventi specifici che hanno dimostrato di migliorare l'outcome della schizofrenia includono **trattamento assertivo nella comunità, psico-educazione familiare, supporto nella ricerca di una occupazione, training delle abilità sociali, delle abilità di insegnamento di gestione della malattia, terapia cognitivo-comportamentale per le psicosi, e trattamento integrato per l'abuso di sostanze quale comorbidità**

Tratto da: T Turner. ABC of mental health: Schizophrenia. BMJ, Jul 1997; 315: 108 – 111;
E da: Kim T Mueser, Susan R McGurk. Schizophrenia. Lancet 2004; 363: 2063–72

Un caso di schizofrenia lieve



Alessandra è una ragazza carina, timida e un po' remissiva che oggi ha 30 anni.

E' molto legata alla giovane madre, ma non vuole che questa la 'invada'. Ha poche amiche. Ha un ragazzo fin da quando aveva 16 anni, ma con lui 'non si diverte.'

Nel '97 si diploma logopedista ed inizia delle sostituzioni. Viaggiare e cambiare ambienti la stanca molto, ma è determinata a progredire nel lavoro.

A Natale '98 va a Parigi con il ragazzo 'per capire se lo amava' ma dopo pochi giorni la riportano a casa delirante, allucinata, confusa e terrorizzata. Non sa spiegare cosa sia accaduto.

Sottoposta ad un programma intenso di cure ambulatoriali guarisce presto dai sintomi psicotici. Non ha 'soft signs'. Rimane una difficoltà nei rapporti sociali ancora maggiori che in passato. E' spaventata dagli ambienti che non conosce ed ha difficoltà ad inserirsi nei gruppi.

Ha ripreso il lavoro adattandosi ad una mansione poco gratificante ma poco faticosa, è rimasta con il suo ragazzo ma vive ancora dalla madre.

Periodicamente momenti di crisi in cui si sente perseguitata e in difficoltà nelle relazioni interpersonali, in parte critica verso queste fasi

Un caso di schizofrenia grave



Marco studia ingegneria. Si è trasferito da sud in una grande città del nord. E' un ragazzo che non ha mai avuto problemi, di buon carattere. E' figlio unico ed ha buoni rapporti con i genitori.

Nel corso degli studi inizia a ridurre la frequenza alle lezioni e i rapporti con gli amici. Inizia anche ad avere difficoltà a concentrarsi. Passa la maggior parte del suo tempo in camera, trascorre sveglio la maggior parte della notte e dorme durante il giorno.

Dopo qualche mese ha la sensazione che gli insegnanti ed i compagni 'ce l'hanno con lui', litiga spesso e finisce per avere comportamenti inadeguati. Compare un franco delirio di persecuzione: prima è convinto che la mafia lo tenga sotto controllo e voglia ucciderlo, poi il delirio muta ed è la polizia a sorvegliarlo in quanto pensano abbia rapporti con la mafia.

Con il trattamento le idee deliranti migliorano ma senza scomparire del tutto. Inizia ad avere strane idee sulla anatomia umana e sulla propria malattia. Trascorre molto tempo chiuso nella sua stanza ed ha pochissimi rapporti con gli altri (nel frattempo si è trasferito a Bologna e vive con la sorella).

Un caso di schizofrenia molto grave



Matteo viene segnalato ai Servizi di salute mentale all'età di 17 anni da parte dei servizi sociali. A scuola presenta infatti comportamenti anomali e preoccupanti, fa molte assenze, ride senza motivo, non studia ed è evidentemente disturbato.

La madre è una giovane donna recentemente immigrata dal meridione, separata dal padre di Matteo già da molti anni. Svolge lavori umili, è sostenuta dai servizi sociali ed appare fortemente provata.

Matteo ha avuto difficoltà di adattamento alla scuola fin dalle medie, è buono, ma chiuso e strano ed ha serie difficoltà a concentrarsi e studiare.

Inizia ad avere strane idee sulla telepatia ed a pensare che i vicini di casa leggano il suo pensiero; angosciato, assediato, si chiude in bagno con la radio ad alto volume. Anche la radio e la televisione però parlano di lui.

Al culmine della psicosi scrive biglietti di autodenigrazione ed autoaccusa, per togliere ai suoi persecutori la soddisfazione di svergognarlo.

Le terapie sono poco efficaci e non riescono a ridurre in maniera significativa i sintomi. È necessario pensare ad un inserimento in comunità.

La schizofrenia è una sindrome con due componenti

- 1) sintomi psicotici acuti
- 2) deficit cognitivi e funzionali stabili

Sintomi
positivi

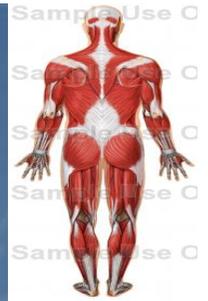
Sintomi
positivi

Sintomi
positivi

Sintomi negativi



Esordio della schizofrenia



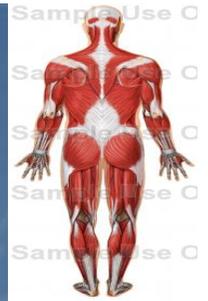
- 1) Condizioni di normalità nell'infanzia
- ↓
- 2) Prodromi durante la adolescenza
- ↓
- 3) Episodio psicotico acuto (20 – 30 anni)
- ↓
- 4) Decorso variabile

Esordio della schizofrenia



- **Personalità premorbosa.**
 - 50%: non si riscontrano tratti di personalità, carattere o comportamento patologici.
 - 25%: tratti generici ed aspecifici, come "eccessiva sensibilità emotiva", "instabilità", "difficoltà a stare con gli altri."
 - 25%: personalità schizoide o schizotipica.

Esordio della schizofrenia



■ Prodromi

- Ritiro e isolamento sociale.
- Riduzione della capacità di comportamento finalizzato.
- Modificazioni del pensiero.
- Comportamento con impulsività, stranezza e bizzarria,
- Ansia, perplessità, preoccupazioni somatiche, depersonalizzazione.

Psicosi acuta e schizofrenia



- L'episodio psicotico acuto può essere il quadro d'esordio della schizofrenia o comparire tardivamente e subdolamente dopo una lunga fase di disadattamento
- L'episodio psicotico acuto si osserva in numerose altre patologie psichiatriche:
 - Disturbi bipolari
 - Bouffées deliranti
 - Uso di sostanze
 - Delirium



Decorso della schizofrenia

PATTERN OF CLINICAL COURSE

PATIENTS IN GROUP

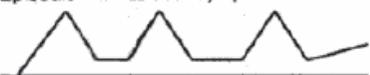
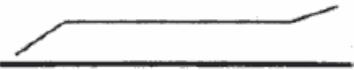
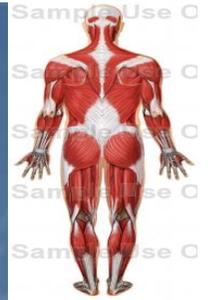
	Male	Female	Total
Unique episode in complete remission 	5	13	18
Unique episode in partial remission 	10	6	16
Episodic without residual symptoms 	0	6	6
Episodic with residual symptoms 	17	12	29
Continuous clinical course 	5	2	7

Fig. 1 Pattern of clinical course during the three-year follow-up of Cantabria first-episode schizophrenia by gender. Exact $P=0.010$.

- 1/3 circa dei pazienti sono asintomatici dopo uno o alcuni episodi
- Evoluzione del quadro clinico dalla sintomatologia positiva a quella negativa
- Buon adattamento sociale in metà dei casi

Consapevolezza di malattia



- Spesso vi è scarsa consapevolezza di malattia
 - Evidente e grossolana nelle fasi deliranti
 - Subdola nelle fasi di compenso e riconducibile ai deficit cognitivi perduranti
- Vari livelli di inconsapevolezza, dal rifiuto ostile alla disattenzione verso le cure
- Effetto demoralizzante e stigmatizzante della diagnosi di schizofrenia
- Interventi: psicoterapia, psicoeducazione, alleanza terapeutica, lotta allo stigma

Fattori protettivi



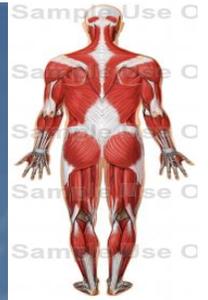
Studio internazionale OMS sui determinanti dell'esito

- La schizofrenia ha decorso migliore nei paesi in via di sviluppo
- Ruoli sociali prestabiliti, minore competitività per il lavoro e minori aspettative di performance cognitive e sociali



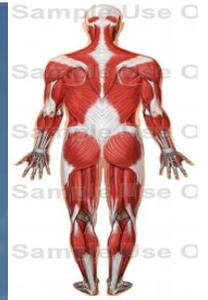
- Trattamento e riabilitazione
- Capacità della famiglia di risolvere i problemi
- Aiuto da parte dei Servizi ad affrontare crisi e conflitti
- Ambiente sociale tollerante

Mortalità e schizofrenia



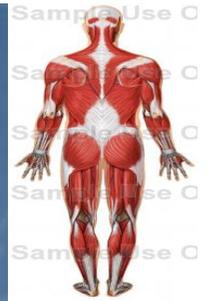
- Elevato rischio di suicidio
- Mortalità per malattie fisiche
 - Scarsa possibilità di accedere alle cure !
 - Abitudini di vita poco sane (fumo, alcol, sostanze)
 - Scarsa compliance alle terapie

Famiglia e schizofrenia



- La schizofrenia interrompe il processo di crescita ed autonomizzazione dell'individuo, che regredisce a livelli di funzionamento precedenti
- Il paziente schizofrenico ha difficoltà di vita autonoma e di solito vive in famiglia
- Il clima e le relazioni familiari sono un fattore chiave per il decorso della schizofrenia.

Disturbo delirante



- Idee deliranti
 - Di persecuzione, di gelosia
- No allucinazioni
- Funzionamento integro
- Andamento cronico, poco responsivo alle cure

Depressione

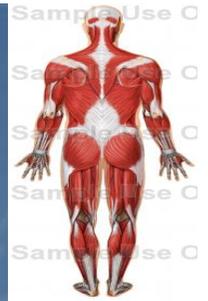




E. Munch, "Malinconia" (1892)

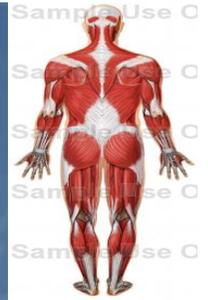
Depressione

Confini fra normalità e patologia



- Disagio esistenziale comune
- Depressione "normale", esempi: malattia, lutto
- Carattere eccessivo, invalidante
- Lunga durata
- Fissità dell'umore
- Reazione sproporzionata rispetto ad avvenimenti o mancanza di associazione con eventi di vita
- Aspetti qualitativi: sentimento di vuoto, perdita dell'autostima, senso di colpa e/o di vergogna immotivato o esagerato
- Copresenza di disturbi vegetativi e somatici gravi

Aspetti clinici della depressione



- **“Core” sintomatologico**
(sintomi fondamentali)
- Pervasivo abbassamento del tono dell'umore
- Perdita di interesse e di capacità di gioire (anedonia)
- Ridotta energia, diminuita attività

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health:
Depression. BMJ, Jul 1997; 315: 43 - 46

Altri aspetti clinici

- Ridotta concentrazione e attenzione
- Ridotta stima di sé e ridotta fiducia in sé stesso
- Idee di colpa e di non essere degno
- Visione del futuro triste e pessimistica
- Idee o atti autolesionisti o di suicidio
- Sonno disturbato
- Appetito ridotto



Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health:
Depression. BMJ, Jul 1997; 315: 43 - 46

Sindrome Somatica

Presente se più di 4 dei seguenti aspetti sono presenti:

- Anedonia
- Perdita di reattività (Perdita di reattività emozionale verso gli eventi e le circostanze che normalmente procurano gioia)
- Risvegli precoci (>2 ore prima)
- Ritardo o agitazione psicomotorio
- Marcata perdita di appetito
- Perdita di peso >5% del peso corporeo in un mese
- Perdita della libido



Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health:
Depression. BMJ, Jul 1997; 315: 43 - 46



■ 3 distinzioni fondamentali:

1. La depressione è una malattia o è "normale" infelicità?
2. Se è una malattia è una condizione psichiatrica primaria o è secondaria a una malattia fisica o ad abuso di alcool o di altre sostanze?
3. Se è una malattia psichiatrica primaria, è unipolare o bipolare?

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health:
Depression. BMJ, Jul 1997; 315: 43 - 46

- La **gravità** della depressione è legata a
 - **Numero**
 - **Intensità**dei sintomi caratteristici
- Quando si tratta di sintomi lievi ma persistenti si fa diagnosi di **distimia**
- Sintomi numerosi e gravi: **disturbo depressivo**
- Sintomi **psicotici** (deliri o allucinazioni) o **stupor** sono presenti sono nella **depressione grave**



Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health:
Depression. BMJ, Jul 1997; 315: 43 - 46



Forme di depressione



- Depressione agitata
- Depressione apatica
- Depressione ipocondriaca, anziani
- Depressione melanconica
- Depressione atipica
- Depressione psicotica



- **Depressioni lievi/moderate**
 - Terapia cognitivo-comportamentale (psicoterapia "breve" focalizzata, 6-20 incontri)
 - Antidepressivi

- **Depressioni gravi**
 - Antidepressivi

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health:
Depression. BMJ, Jul 1997; 315: 43 - 46

Suicidio o deliberato self harm

Aspetti da valutare

Motivazioni

Circostanze del tentativo

Disturbo psichiatrico

Problemi precipitanti o che mantengono il rischio

Strategie di adattamento e supporto

Rischio

Indicatori di alto rischio suicidario

Uomini

Età >40 anni

Storia familiare di suicidio

Disoccupazione

Isolamento sociale

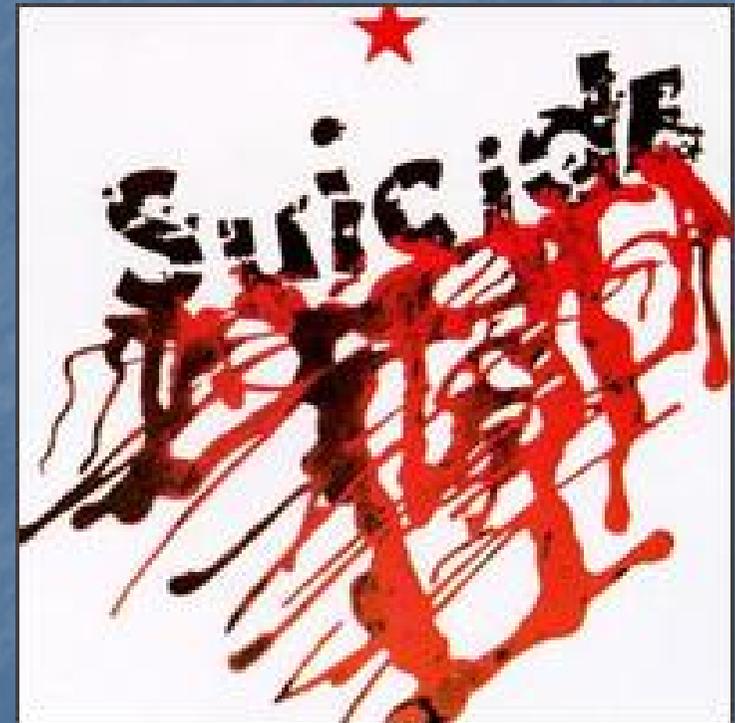
Note/ideazioni suicidali

Desiderio continuato di morire

Mancanza di speranza,

Incapacità di vedere il futuro

Abuso di sostanze o di alcool



Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health:
Depression. BMJ, Jul 1997; 315: 43 - 46

Caso clinico

G.M. è una casalinga di 43 anni, coniugata e madre di due figli; è giunta alla nostra osservazione inviata dal medico curante. La paziente viene descritta dai familiari come donna attiva nello svolgere le proprie mansioni, tranquilla e piuttosto remissiva nei confronti del marito. **Negli ultimi mesi ha mostrato crescenti difficoltà nello svolgere le normali attività di casalinga**, turbata dalla sensazione di non saper più prendere alcuna decisione: “... non riesco più a decidere cosa comprare, mi sembra di sbagliare, anzi penso di aver sempre sbagliato, ...quello che prima facevo senza alcun problema ora mi preoccupa”. **Riferisce di sentirsi molto triste e completamente senza speranza, soprattutto la mattina**, mentre, con il trascorrere delle ore, nota un leggero miglioramento. Nelle prime ore della sera avverte il desiderio di coricarsi, “un’altra giornata è terminata”, riuscendo tuttavia a **dormire solo per poche ore**. Spesso nella notte si sveglia e non riesce a riprendere sonno; la mattina è costretta ad alzarsi molto presto. Nelle ultime settimane G.M. ha espresso in alcune occasioni il **desiderio di morire “per porre fine alle sofferenze”**. Riferisce di sentirsi in colpa per “qualcosa di molto grave che è successo alcuni anni fa”, se ne vergogna e teme che, raccontando questo episodio, possano determinarsi delle nuove conseguenze. **Infine G.M. racconta di aver causato con la propria condotta il licenziamento del marito**, evento peraltro accaduto anni prima senza particolari conseguenze sull’economia familiare. Ritiene che “sicuramente” i colleghi del marito erano venuti a conoscenza del fatto che “più volte si era lamentata perché l’attività lavorativa che il coniuge svolgeva in quel periodo lo costringeva a lunghi periodi di lontananza da casa e quindi lo avevano riferito al datore di lavoro il quale aveva preso i suoi provvedimenti”.



Episodio depressivo



Esordio

- **Brusco:** improvvisa o rapida comparsa di sintomatologia
- **Graduale:** presenza di sintomi prodromici quali labilità emotiva, astenia, insonnia, cefalea, ridotto interesse sessuale, scarso appetito, difficoltà di concentrazione, diminuzione di interesse nelle normali attività

Fase di stato

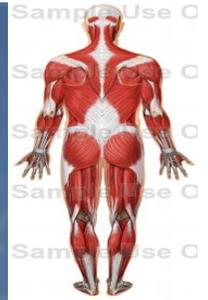
Sintomatologia: piuttosto uniforme nei diversi episodi. Sono individuabili alcune varietà fenomeniche (con melanconia, sintomi psicotici, ansiosa, agitata, catatonica)

Complicanze: gesti autolesivi. Abuso di alcolici, benzodiazepine, stimolanti. Complicanze di natura medica (disidratazione, squilibri idroelettrolitici, malattie fisiche intercorrenti)

Durata: variabile, in rapporto anche all'intervento terapeutico (media 4-6 mesi); è possibile la cronicizzazione



Risoluzione



- ***Brusca***: soprattutto nelle forme che fanno parte di un disturbo bipolare
- ***Graduale***: attenuazione graduale della sintomatologia con fluttuazione della gravità e ritorno ai precedenti livelli di adattamento
- ***Esiti***: possibilità di risoluzione incompleta con il persistere di "sintomi residui"

Relazione fra depressione e malattia fisica



Depressione



Malattia fisica



Depressione

Aumento citochine proinfiammatorie

Aumento aggregazione piastrinica

Stile di vita poco sano, uso di alcol

Scarsa compliance alle terapie, no controlli

M. neurologiche (stroke, demenza, Parkinson)

M. endocrine, farmaci

Sindromi dolorose

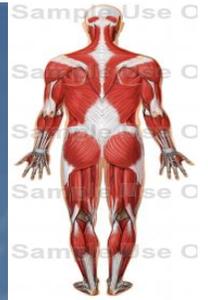
Disabilità funzionale

Gestione del paziente depresso (1)



- **Validare la sofferenza del paziente**
 - La depressione è una malattia ormai ben conosciuta e ben studiata
 - La depressione non è segno di debolezza, di scarsa volontà, di pazzia
- **Incoraggiare il paziente dando una ragionevole speranza**
 - Le cure per la depressione sono efficaci, la situazione migliorerà con il tempo
 - Evitare di dire al paziente che deve farsi forza e superare la situazione (colpevolizzazione)

Gestione del paziente depresso (2)



- **Valutare la situazione familiare del paziente**
 - I parenti si rendono conto del problema del paziente
 - Lo incoraggiano a curarsi o remano contro ?
 - Ci sono situazioni familiari e non che mantengono lo stato di stress del paziente

- **Ascoltare il paziente, trasmettendogli interesse e comprensione, anche rimanendo in silenzio**

Gestione del paziente depresso (3)



- Il paziente depresso spesso è “difficile”, non mostra apprezzamento per i trattamenti, si lamenta in continuazione, dice che non c'è nulla da fare e che tutto è inutile
 - Sostegno sull'importanza delle cure
- Confronto con i colleghi e con lo staff

Ruolo dell'esercizio fisico



British Journal of Psychiatry 2002

Mather AS et al.

*Effect of exercise on depressive symptoms in older adults
with poorly responsive depressive disorder*

Conclusioni:

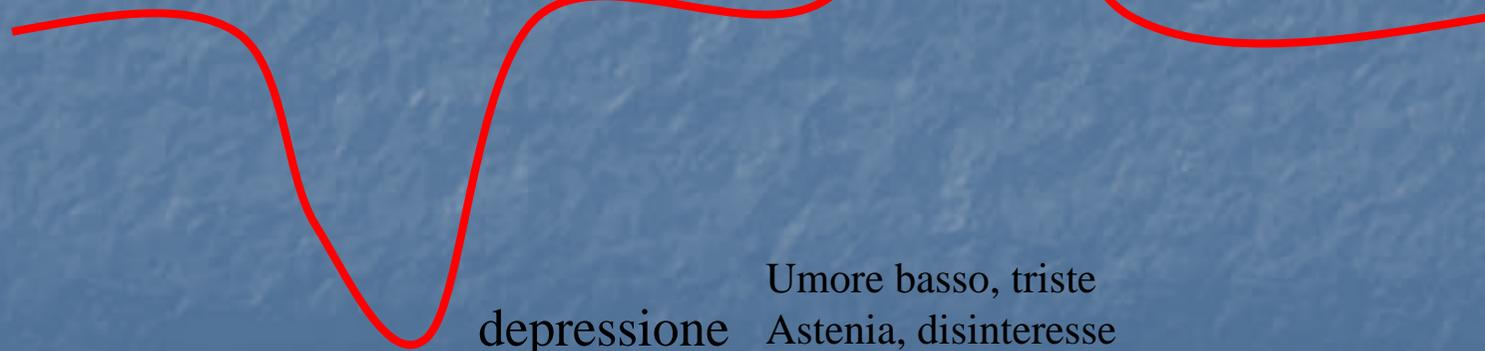
gli anziani depressi che rispondono scarsamente alle
terapie dovrebbero essere incoraggiati a fare attività
fisica



Depressione e mania



umore normale



depressione

Umore basso, triste
Astenia, disinteresse
Coercizione di attività e contatti

mania

Umore elevato, euforico
Loquacità, aumento della attività
Eccessivo coinvolgimento

Disturbi dell'umore - Quadri clinici



Depressione unipolare

- Comune 8% pop,
- F/M=2-3
- Solo episodi depressivi
- Patologia ricorrente
- Prognosi buona, specie forme non cronicizzate
- Trattamento con farmaci antidepressivi

Disturbi bipolari

- Rari, <1% pop generale
- F/M=1
- Caratterizzati dall'alternanza di fasi maniacali e depressive
- Talvolta solo fasi ipomaniacali
- Prognosi non eccellente
- Trattamento con farmaci stabilizzatori dell'umore, limitazioni: vita regolare



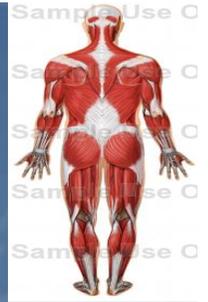
Sindrome maniacale (1)



- Quadro clinico speculare a quello della depressione
- Aspetto brillante, abbigliamento vivace, trucco pesante, tutto vistoso e disordinato, impressione di ringiovanimento
- Umore elevato, stato di esaltazione e di eccitamento
- Senso di pienezza e di sintonia con il mondo circostante
- Se contrastati questi soggetti diventano rapidamente ostili e rabbiosi
- Aumentata energia, iperattività motoria, disinibizione
- No bisogno di sonno e di cibo
- Logorrea



Sindrome maniacale (2)



- Affaccendamento
- Agitazione marcata
- Comportamenti aggressivi se contrastati
- Comportamenti a rischio, abuso di sostanze
- Allucinazioni e idee deliranti con tematiche megalomaneiche

Mania



Esordio

- ***Brusco:*** rapido sviluppo del quadro clinico completo; più frequente quando l'episodio è precipitato da eventi stressanti o uso di sostanze stimolanti (amfetamine, cocaina).
- ***Graduale:*** si hanno sintomi prodromici quali lieve iperattività, ridotto bisogno di sonno, sensazione di energia e benessere, loquacità, coinvolgimento in vari interessi, umore improntato in senso euforico, a tratti irritabilità. Talora la critica è ridotta, ma sono mantenuti buoni livelli di adattamento socio-lavorativo.

- ***Sintomatologia:*** sono descritte diverse varietà fenomeniche in base al prevalere di alcuni aspetti sintomatologici (mania euforica, disforica, con sintomi psicotici, con alterazioni psicomotorie, ecc.)
- ***Complicanze:*** abuso di alcolici, benzodiazepine, stimolanti. Complicanze di natura medica (disidratazione, squilibri idroelettrolitici, malattie fisiche intercorrenti). Conseguenze legali
- ***Durata:*** Variabile da alcuni giorni a 3-4 mesi nelle forme non trattate



Gestione del paziente maniacale



- Evitare contraddizioni dirette
- Distrazione
- Aiutare la consapevolezza di malattia
- Evitare divisioni con lo staff nel piano terapeutico
- Rimandare

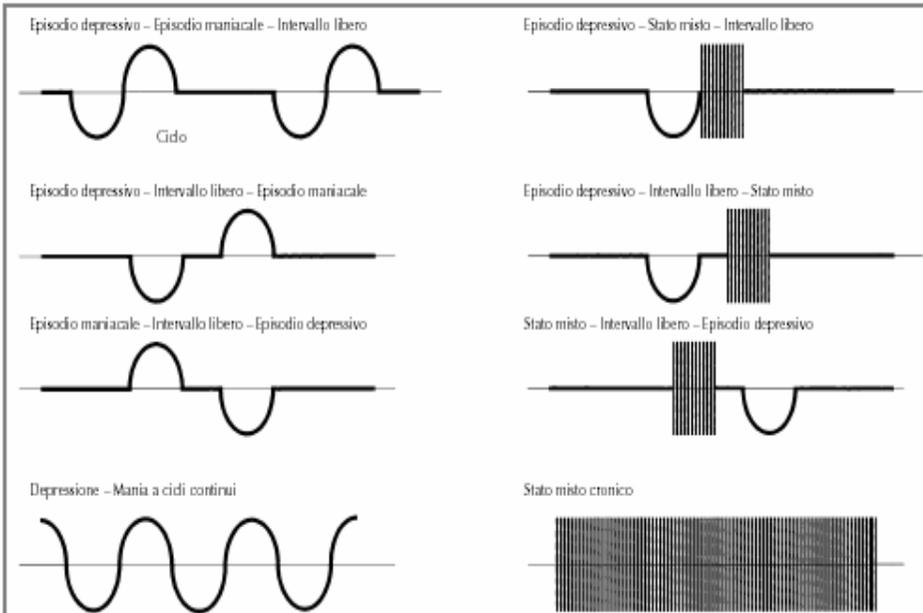


Fig. 16 - Stato misto e disturbo bipolare I.

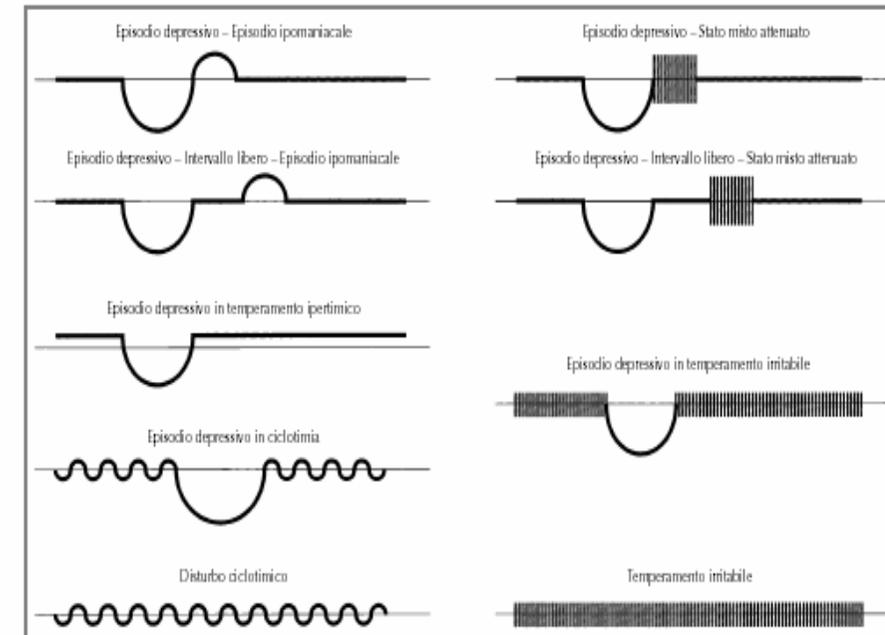


Fig. 17 - Stato misto e disturbo bipolare II.

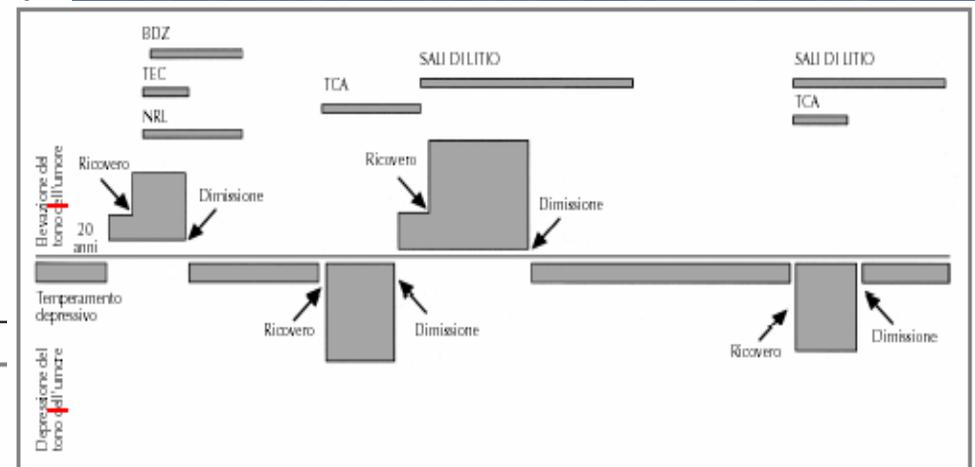
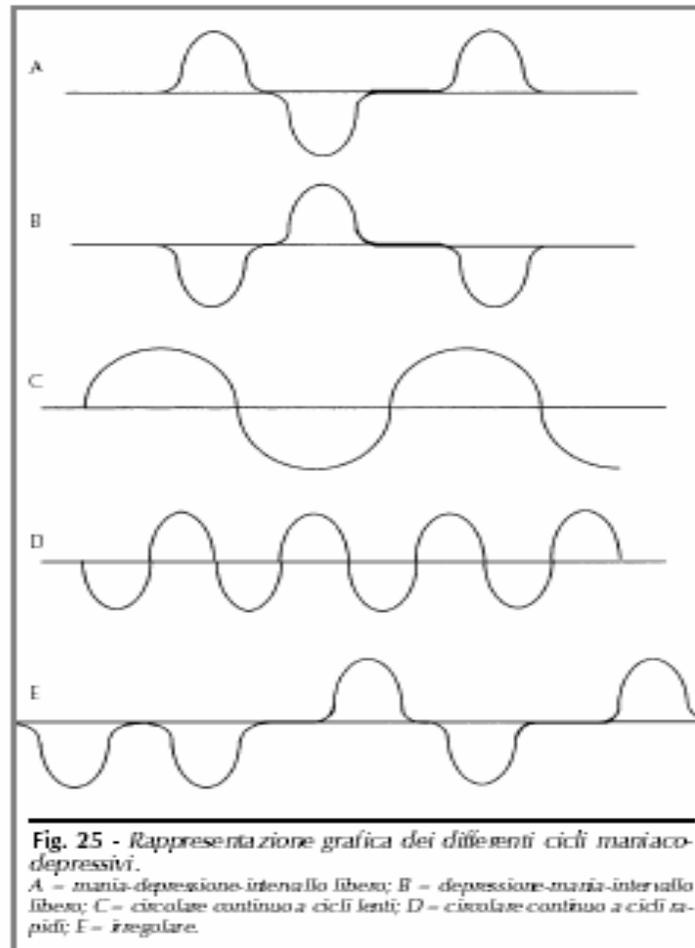
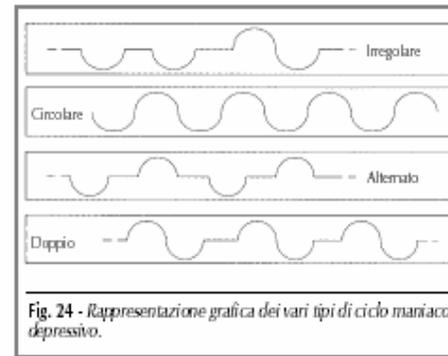
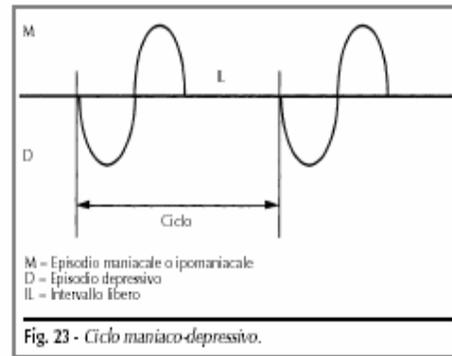
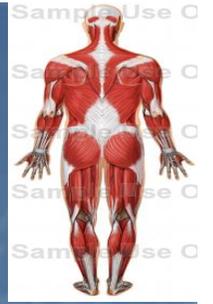


Fig. 28 - Rappresentazione grafica del caso clinico n. 15.
BDZ = benzodiazepine; TEC = terapia elettroconvulsivante; NRL = neurolettici; TCA = antidepressivi triciclici

Tratto da: Trattato Italiano di Psichiatria, Masson, Milano, 1999



Tratto da: Trattato Italiano di Psichiatria,
 Masson, Milano, 1999



Ansia

Disturbi d'ansia



Ansia

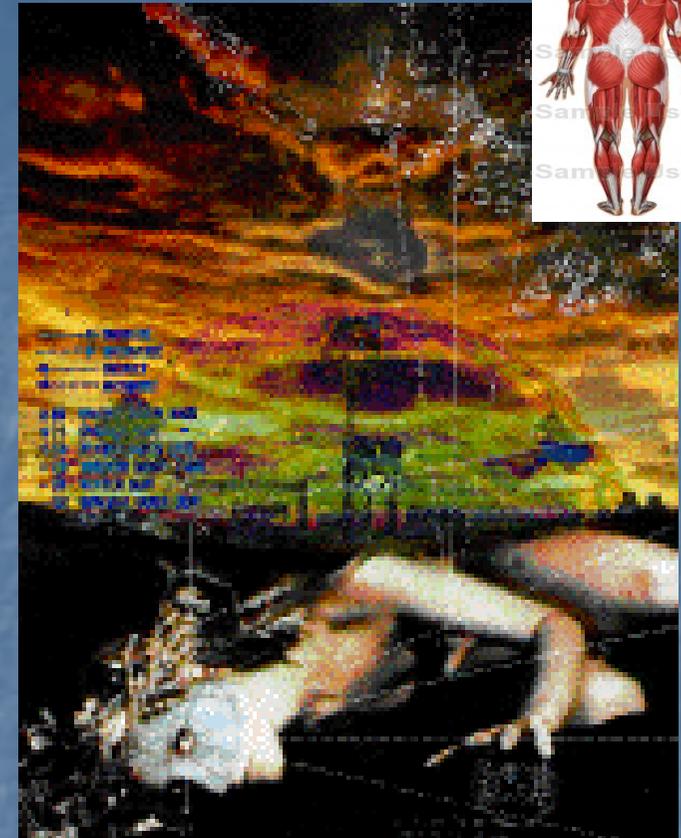


- Stato emotivo a contenuto spiacevole associato a condizione di allarme e di paura, che insorge in assenza di un pericolo reale oppure è sproporzionata di fronte allo stimolo scatenante
- Reazione emotiva ubiquitaria comune a tutti (ansia fisiologica)
- Ansia patologica: ansia generalizzata, attacco di panico, fobie, ossessioni e compulsioni



- – “Ieri ho vietato a mio figlio di andare a giocare a pallone. Non avrei resistito sapendolo fuori casa; già mi immaginavo una disgrazia”.
- – “Quando sono interrogato a scuola non riesco mai ad essere lucido come quando faccio un compito scritto. Avverto un’emozione interiore che talvolta mi confonde”
- – “Deve farmi sapere se mi assumerà. Non resisto nell’attesa e non vedo l’ora di poter iniziare quell’attività”

- L'ansia coinvolge:
- Sensazioni soggettive (per es., preoccupazione e spavento),
- Risposte fisiologiche (per es., tachicardia and ipercortisolemia),
- Risposte comportamentali (per es., evitamento e fuga)



Tratto da: Anthony S Hale. **ABC of mental health: Anxiety.** BMJ, Jun 1997; 314: 1886

L'ansia e la paura condividono molte caratteristiche soggettive e fisiologiche



- La paura è generalmente vista come una reazione al pericolo
- Mentre l'ansia è la sensazione di paura legata non proporzionata ad un pericolo reale
- Quando l'ansia è persistente e intrusiva, si definisce disturbo d'ansia generalizzato
- Quando si manifesta come improvvisi e ripetuti episodi di panico, si definisce disturbo da attacchi di panico (DAP)

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health: Anxiety. BMJ, Jun 1997; 314: 1886

Ansia generalizzata



- Ansia generalizzata: stato d'ansia persistente che si caratterizza per un'attesa apprensiva, eccessiva ed irrealistica con marcate preoccupazioni per svariate circostanze esistenziali ed anticipazione pessimistica di eventi negativi



Diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato



- Persistente (>6 mesi) ansia "libera fluttuante" o apprensione
- Sonno disturbato (insonnia precoce e centrale, che non concede il riposo)
- Tensione muscolare, tremori, impossibilità di rimanere "fermi"
- Iperattività autonoma (sudorazione, tachicardia, dolore epigastrico)
- Può essere secondaria ad altri disturbi psichiatrici quali depressione o schizofrenia

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health: Anxiety. BMJ, Jun 1997; 314: 1886

Malattie fisiche che possono simulare l'ansia



- Eccessivo uso di caffeina
- Tireotossicosi, malattia delle paratiroidi
- Ipoglicemia
- Astinenza da alcool o droghe
- Feocromocitoma, sindrome carcinoide
- Aritmie cardiache, malattia della valvola mitrale

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health: Anxiety. BMJ, Jun 1997; 314: 1886

Attacco di panico



- Crisi di ansia acute caratterizzate da:
 - Sintomi psicologici: intensa paura di morire oppure di perdere il controllo
 - Sintomi somatici: tachicardia, senso di fiato corto, dolore toracico, sudorazione, parestesie, vertigini, nausea
 - Aspetti comportamentali: arresto, fuga
- Spontanei o situazionali
- Condotte di evitamento
- Spesso associati ad agorafobia
- Ansia anticipatoria



DAP



Diagnosi

- Ricorrenti inaspettati attacchi di panico (cioè, senza specifici stimoli)
- Preoccupazione riguardante altri attacchi (fobofobia)
- Preoccupazioni riguardanti le conseguenze possibili degli attacchi (perdita del controllo, "impazzire")
- Cambiamenti nel comportamento in relazione agli attacchi

Escludere i seguenti

- Intossicazione acuta o astinenza da alcool, caffeina o sostanze illecite (amfetamine, cannabis, cocaina)
- Epilessia

Tratto da: Anthony S Hale. *ABC of mental health: Anxiety*. BMJ, Jun 1997; 314: 1886



Fobie



- Ansia marcata, irragionevole ed inspiegabile legata ad uno stimolo specifico
 - Animali (es: ragni)
 - Procedure mediche (es: iniezioni, dentista)
 - Eventi atmosferici (temporali)
 - Luoghi (es: altezze, posti da cui è difficile fuggire)
 - Situazioni sociali (sproporzione, no abitudine)
- Condotte di evitamento
- Modello comportamentale residuo vantaggioso per l'adattamento nell'era pretecnologica

Agorafobia



Diagnosi

- Ansia in situazioni dove la fuga è difficile o dove è impossibile trovare aiuto
- Paura di situazioni specifiche, quali
 - Trovarsi soli in casa
 - Trovarsi nella folla
 - Trovarsi sui trasporti pubblici
 - Trovarsi su ponti, ascensori
- Evitamento attivo delle situazioni temute, o, laddove esposti, di prova una grave ansia
- Limitazione del funzionamento (come fare spese, lavoro, vita sociale)

Tratto da: Anthony S Hale. **ABC of mental health: Anxiety**. BMJ, Jun 1997; 314: 1886

Fobia Sociale



Diagnosi

- Estrema, persistente paura delle situazioni sociali
- Paura dell'umiliazione o dell'imbarazzo
- L'esposizione provoca estrema ansia
- La paura è riconosciuta come eccessiva e irragionevole
- Evitamento delle situazioni
- Ansia anticipatoria

Tratto da: Anthony S Hale. **ABC of mental health: Anxiety.** BMJ, Jun 1997; 314: 1886

Fobie Specifiche (isolate)



Diagnosi

- Paura estrema, persistente e irragionevole
- Stimolata all'apparire di uno specifico oggetto o situazione
- Specifici oggetti comprendono:
 - Animali (ragni, serpenti)
 - Ambienti naturali (altezze, acqua, temporali)
 - Sangue, iniezioni, ferite (possono provocare gravi risposte vaso-vagali con svenimento)
- Situazioni specifiche –guidare, volare, gallerie, ponti, spazi chiusi

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health: Anxiety. BMJ, Jun 1997; 314: 1886

Osessioni e compulsioni



- Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti, persistenti e intrusivi, vissuti come intrusivi o inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati
- Il contenuto di queste idee è spesso spiacevole, terrificante, oscuro o aggressivo
- La persona tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni
- La persona riconosce che i pensieri, gli impulsi, o le immagini ossessivi sono un prodotto della propria mente (e non imposti dall'esterno come nell'incorrezione del pensiero)
- Comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare), o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, o secondo regole che devono essere applicate rigidamente
- I comportamenti o le azioni mentali compulsivi non sono collegati in modo realistico con il loro scopo esplicito, oppure sono chiaramente eccessivi

Gestione del paziente ansioso



- **Rassicurazione**
- **Farmaci: antidepressivi, sedativi**
- **Psicoterapia**

Effetti tossici delle benzodiazepine negli anziani

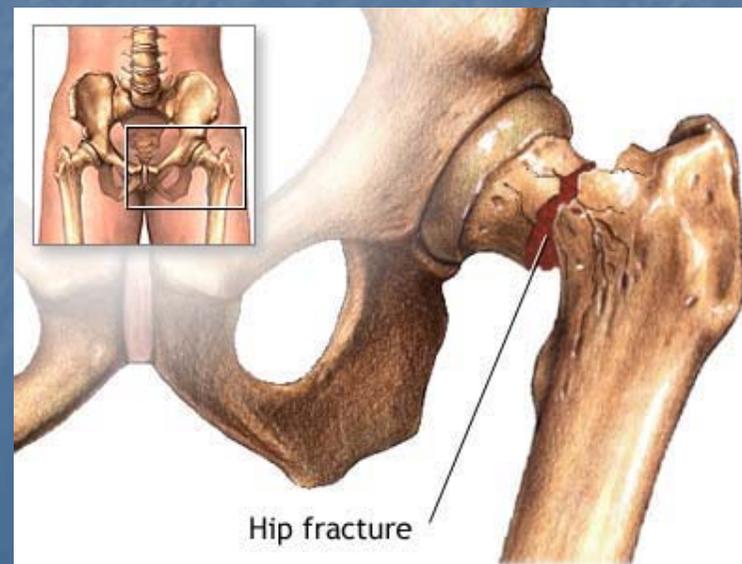
Incidenti della strada più frequenti negli anziani che assumono BDZ
(Hemmelgarn, JAMA 1997)



Atassia, disartria, incoordinazione motoria



Cadute più frequenti negli anziani che assumono BDZ
(Ray, JAGS 2000)



L'ansia come manifestazione di altro



- depressione
- disturbi di stress legati ad un trauma (trauma-related stress disorders)
- disturbi di personalità, quali il disturbo di personalità ossessivo–compulsivo.

Tratto da:Anthony S Hale. ABC of mental health: Anxiety. BMJ, Jun 1997; 314: 1886



Prevalence of anxiety disorders in adult population*

Disorder	Percentage of population			Total
	Female	Male	Male	
Generalised anxiety disorder	5	4	5	
Phobic disorders	2	1	2	
Panic disorder	1	1	1	
Obsessive-compulsive disorder	2	1	2	
Mixed anxiety and depression	10	5	8	

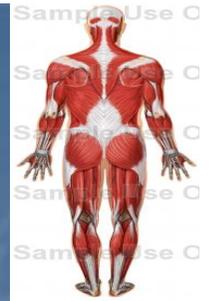
*Data from OPCS 1995 household survey

Tratto da: Anthony S Hale. ABC of mental health: Anxiety. BMJ, Jun 1997; 314: 1886



I disturbi d'ansia dovrebbero essere differenziati dalle reazioni da stress, in cui l'ansia può essere una caratteristica prominente. Questi includono le reazioni acute da stress—una risposta rapida (in minuti o ore) agli avvenimenti di vita improvvisi e stressanti, che conducono all'ansia con disorientamento—e le reazioni di adattamento—che consistono in risposte più lente agli avvenimenti di vita (come la perdita di lavoro, o il divorzio) che accadono giorni o settimane e si manifestano come sintomi di ansia, irritabilità, e depressione (senza i sintomi biologici). Questi ultimi sono generalmente auto-limitanti e sono aiutati dalla rassicurazione, una ventilazione corretta, e da tecniche quali il “problem solving”

Tratto da: Anthony S Hale. **ABC of mental health: Anxiety**. BMJ, Jun 1997; 314: 1886



I disturbi del comportamento alimentare



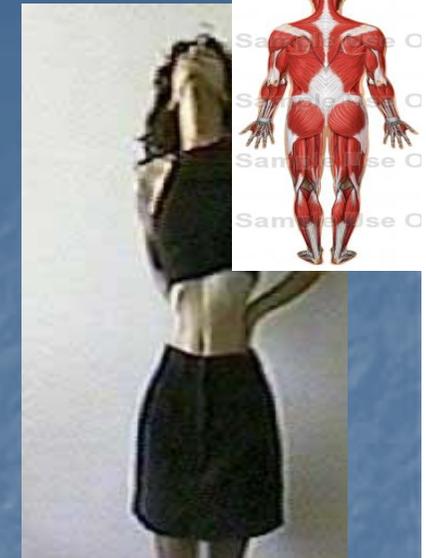
Famine Victim

Fashion Victim

The one on the left is a victim of war and famine in Somalia. The one on the right is a fashion model from London. Next time you go on a diet, ask yourself, just who are you modelling yourself after?

The National Eating Disorder Information Centre. It's not our bodies that need changing. It's our attitudes.

College Wing 1-211, 350 Elizabeth St. Toronto, Ontario M5G 2C4.



Vittime della fame/ Vittime della moda

Le gambe della ragazza sulla sinistra sono quelle di una vittima della guerra in Somalia, quelle della ragazza sulla destra quelle di una modella di Londra.

La prossima volta che decidi di intraprendere una dieta chiediti a chi vuoi somigliare o chi stai cercando di imitare...

I disturbi del comportamento alimentare (*eating disorders*)

- Definizione
- Classificazione
- Diagnosi



Definizione di un *eating disorder*



- Esistenza di una marcata distorsione delle abitudini alimentari del soggetto o di un comportamento anomalo finalizzato al controllo del peso
- Presenza di atteggiamenti di accompagnamento ai disturbi della condotta alimentare come ad esempio sovra-stima della propria immagine corporea e del proprio peso corporeo
- Questo disturbo in sé o i comportamenti a suo corollario si traducono in difficoltà clinicamente rilevanti del funzionamento fisico, psico-sociale o dello stato di salute del soggetto
- Deve essere escluso che il disturbo sia secondario ad altre condizioni mediche o psichiatriche

Classificazione degli *eating disorders*



- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- *Eating disorders* atipici (non altrimenti specificati)

Anoressia nervosa



Criteria Diagnostici Principali

- **Sovra-stima della forma e del peso-** giudicare se stessi prevalentemente o esclusivamente in termini di forma e di peso corporeo
- **Mantenimento attivo di un peso eccessivamente basso-** BMI (body mass index $< 17.5 \text{ kg/m}^2$)
- **Amenorrea** in donne in età fertile che non assumano estrogeni-progestinici.



- La maggior parte delle altre caratteristiche osservabili in questi disordini sembrano essere secondarie a tale visione psicopatologica ed alle sue conseguenze per esempio—la *self starvation* (*fame del sè*)
- Quindi, nell'anoressia nervosa c'è un **desiderio di perdere peso** e poichè **la riuscita** di questa ricerca **incarna un ideale di successo** questo comportamento esasperato non è vissuto come un problema ma come un obiettivo che è auspicabile raggiungere
- Infine in qualche caso la restrizione nell' assunzione di cibo è motivata anche da altri processi psicopatologici compreso **atteggiamenti di ascetismo, di competitività o di desiderio di punire se stessi**
- Molti pazienti si impegnano in un driven type di attività fisica che può contribuire alla perdita di peso



Distribuzione dei disturbi della condotta alimentare

	Anoressia nervosa	Bulimia Nervosa
Distribuzione nel mondo	Prevalente nelle società occidentali	Prevalente nelle società occidentali
Etnia	Prevalentemente bianchi	Prevalentemente bianchi
Sesso	Per lo più donne (90%)	Per lo più donne (% sconosciute)
Età	Adolescenti (alcuni casi in giovani adulti)	Giovani adulti (in alcuni casi adolescenti)
Classe sociale	Prev. in classi sociali più alte	Nessuna predilezione di classe
Prevalenza	0.7% in teen-ager femmine	1-2% in donne tra i 16 e i 35 anni)
Incidenza (per 100 000)	19 nelle donne, 2 negli uomini	29 nelle donne, 1 negli uomini
Modifiche secolari	Possibile aumento	Probabile aumento

Tratto da: CG Fairburn, PJ Harrison. Eating disorders. Lancet 2003; 361: 407-16



- L'anoressia nervosa tipicamente comincia tra i 13 e i 19 anni con una dieta ipocalorica di cui si finisce per perdere il controllo
- In qualche caso il disturbo è temporaneo ed auto-limitantesi, oppure richiede solo un intervento breve, questi casi sono più frequenti nei soggetti più giovani
- In altri casi i disturbi diventano persistenti e necessitano di un trattamento più intensivo. Nel 10–20% degli individui i disturbi appaiono intrattabili e senza remittenza
- A fronte di caratteristiche sono comuni come l' ansia riguardo l' immagine corporea, il peso ed il cibo, esiste una certa eterogeneità di decorso ed *outcome* (risultato, riuscita)
- Un' evenienza frequente è lo sviluppo di *binge eating* e, in circa il 50% dei casi di bulimia nervosa nella sua forma completa
- Gli aspetti prognostici favorevoli più importanti sono l' età precoce di esordio, la breve storia di malattia; mentre gli aspetti prognostici sfavorevoli comprendono lunga storia di malattia, severa perdita di peso, binge eating e vomito



- L'anoressia nervosa è uno dei disturbi che si accompagnano ad aumentata mortalità
- Il **rapporto di mortalità standardizzato** (*standardised mortality ratio*)* nei primi 10 anni dalla presentazione è circa **10**
- La maggioranza delle morti sono il diretto risultato di complicanze mediche o sono dovute a suicidio

* Lo *standardised mortality ratio* è il rapporto tra numero di morti osservato, D , e morti atteso, E , sulla base di mortality rates di una popolazione di

Tratto da: CG Fairburn, PJ Harrison. Eating disorders. Lancet 2003; 361: 407-16

Bulimia Nervosa



- **Sovrastima di forma e peso corporeo**—es, giudicare il proprio valore largamente, o addirittura esclusivamente in termini di forma e peso corporeo
- Atteggiamenti di **binge eating** ricorrenti—ovvero **episodi incontrollati di "eccesso di alimentazione"**
- Comportamenti esasperati di controllo del peso corporeo—es, **restrizioni dietetiche estreme**, frequenti episodi di **vomito auto-indotto** o **abuso di lassativi**
- I criteri diagnostici per l' anoressia nervosa non sono soddisfatti



- La caratteristica principale che distingue la bulimia nervosa dall'anoressia nervosa è costituita dal fatto che **i tentativi di restrizione calorica sono costellati da episodi ripetuti di binges** ("abbuffate" durante le quali c'è un devastante senso di perdita di controllo durante cui un quantitativo enorme di cibo viene assunto)
- La quantità consumata durante questi episodi varia ma tipicamente si aggira sulle 1000- 2000 kcal
- Il più delle volte (ma non sempre) il **binge eating è seguito da episodi di vomito auto-indotto "compensatorio" o da abuso di lassativi**
- La combinazione di sotto-alimentazione e binge eating si traduce in **peso corporeo generalme**
né alto, determinando l'ovvia differenza

Tratto da: CG Fairburn, PJ Harrison. Eating disorders. Lancet 2003; 361: 407-16



- La bulimia nervosa ha un'età di esordio leggermente più alta dell' anoressia
- Solitamente comincia allo stesso modo dell' anoressia— infatti, in circa il 25% dei casi, i criteri diagnostici per l' anoressia sono soddisfatti per il primo periodo di tempo
- Occasionalmente, però, episodi di *binge eating* cominciano ad interrompere la restrizione dietetica e, purtroppo, tali disordini tendono a perpetuarsi nel tempo
- Così la **durata media del disturbo all' esordio è circa 5 anni**, e anche **5–10 anni dopo**, il **30-50% dei casi ha un qualche disturbo della condotta alimentare** di rilevanza clinica, sebbene in molti casi sia una forma atipica
- Non sono stati identificati predittori univoci di una prognosi migliore, sebbene ci siano evidenze che l' **obesità nell' infanzia**, la **scarsa autostima** e **disturbi della personalità** siano associati con una **prognosi peggiore**.

Trattamento



- Il management consiste di quattro aspetti
1. **Aiutare i pazienti a vedere che hanno bisogno di aiuto e mantenere nel tempo la loro motivazione a guarire.** Questo obiettivo è primario data la loro riluttanza al trattamento.
 2. **Ripristino del peso corporeo.** Questo obiettivo si pone dalla necessità di contrastare lo stato di malnutrizione e porta solitamente ad un sostanziale miglioramento dello stato generale del paziente



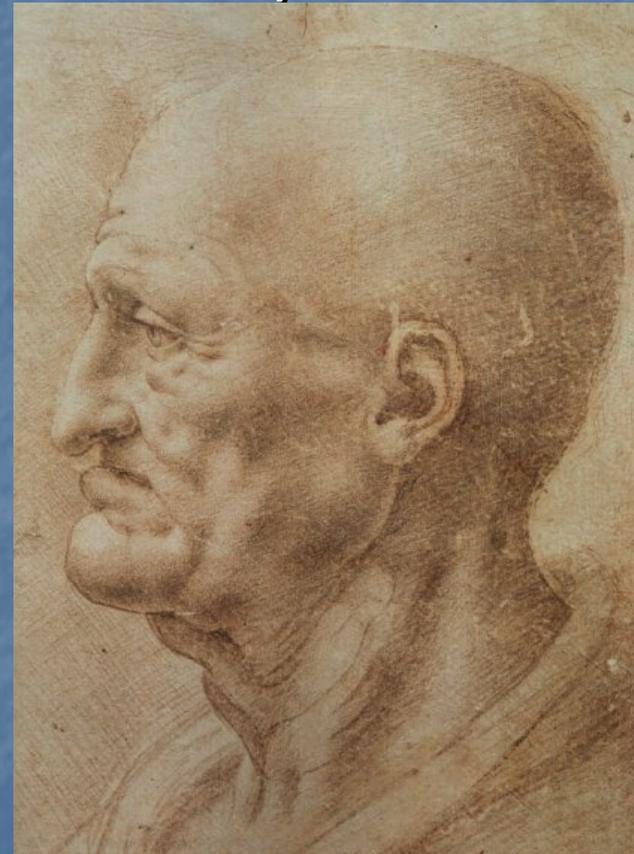
3. Il terzo aspetto del management consiste nel **trattare la cattiva valutazione che il paziente ha della propria forma e peso corporeo**, gestire le abitudini alimentari e il loro funzionamento psico-sociale
4. Non c'è un solo modo di raggiungere questo obiettivo (antidepressivi, antipsicotici, psicoterapie). Un approccio che ha qualche evidenza scientifica di efficacia è una terapia familiare che sembra essere la più utile per i pazienti più giovani ed è pertanto principalmente utilizzata con gli adolescenti



Demenza

Il secolo che è appena cominciato sarà quello delle malattie croniche, delle demenze, della disabilità,

- così come il '900 è stato quello delle patologie del benessere
- e l'800 quello delle malattie trasmissibili



L'invecchiamento della popolazione: una sfida per la salute pubblica

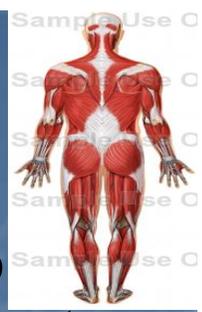
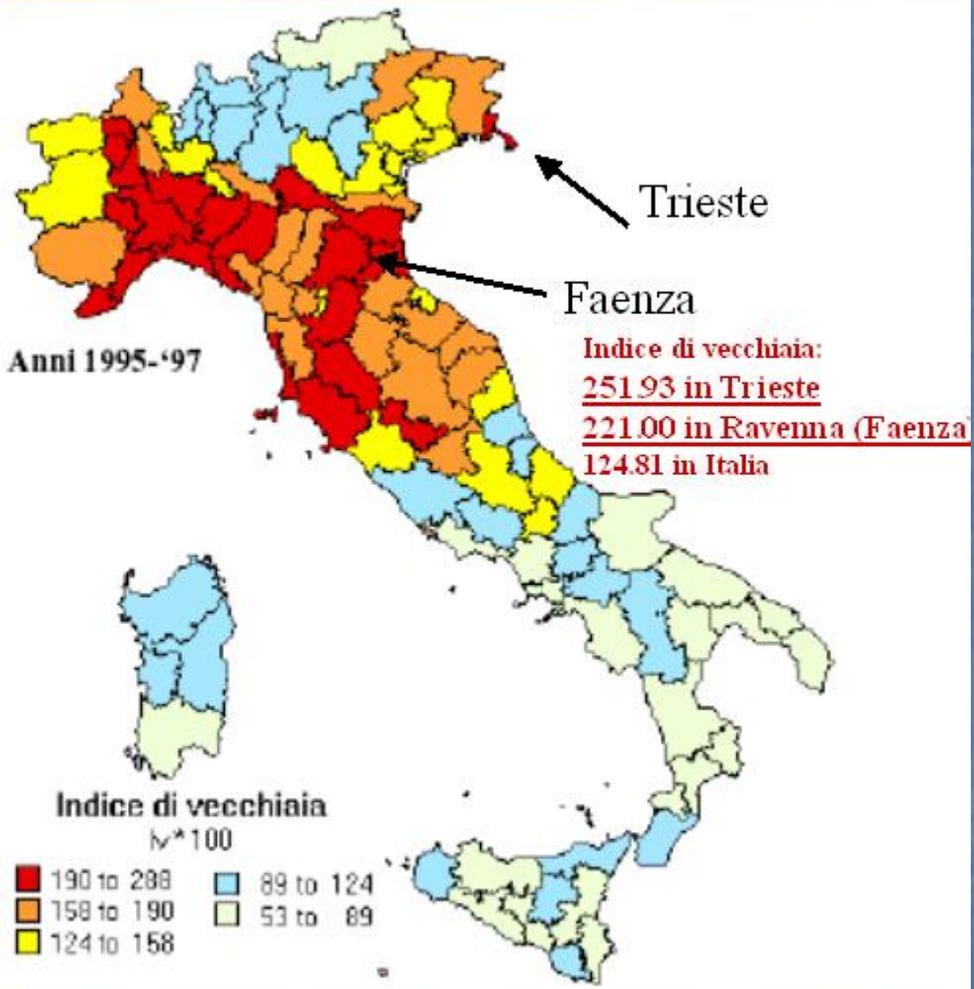


- Ad oggi, in Italia e Grecia **23% di anziani**
- nel 2020, I Paesi "più vecchi":
 - Giappone (**31%**),
 - Italia e Grecia e Svizzera (**28%**)
- nel 2020, la percentuale di "**oldest old**" (80 anni e più) sarà il **22%** in Italia e in Grecia



- Attualmente 1 persona su 5 ha più di 65 anni
- Nel 2030 gli anziani saranno il 30% della popolazione italiana
- All'aumento dell'attesa di vita (76,2 anni per gli uomini e 82,2 per le donne) corrisponde, tuttavia, un aumento della disabilità
- gli ultimi 7 anni per gli uomini e 9,2 per le donne sono anni di vita non attiva

Indice di vecchiaia in Italia per provincia . Anni 1995-'97. Fonte Prometeo su dati ISTAT. In alto a destra: indice di vecchiaia per distretto, anno 2000.



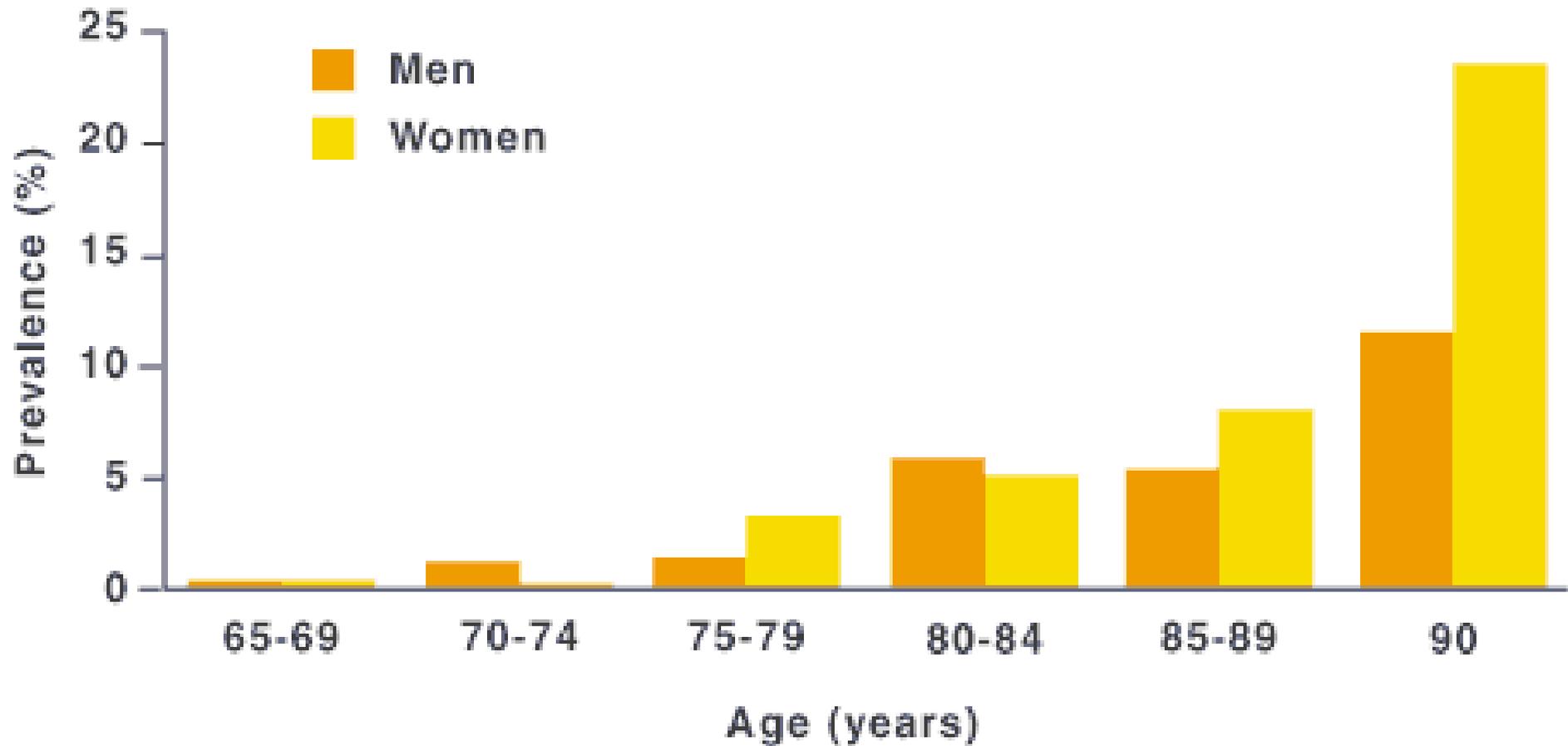
Indice
vecchiaia=rapporto
popolazione residente
con età maggiore o
uguale a 65 e quelle con
età inferiore ai 14 anni



Epidemiologia



- La prevalenza aumenta con l'età



Criteria DSM-IV per la Demenza



◆ deficit cognitivi multipli

1- memoria

2- 1 o più delle seguenti:

✧ afasia

✧ agnosia

✧ aprassia

✧ disturbo delle funzioni operative

◆ compromissione funzionale

Mini-Mental State



PUNTI

Orientamento

- 1- In quale (anno) (stagione) (giorno del mese) (giorno) siamo? (punt max =5)
- 2- Dove siamo? (stato) (regione) (città) (ospedale) (piano) (punt max =5)

Memoria a breve termine

- 3- Dire il nome di 3 oggetti: un secondo per ciascuno. Chiedere quindi al paziente di ripeterli tutti e 3 subito dopo che gli sono stati detti. 1 punto per ciascuna risposta corretta (punt. Max =3)
Ripeterli tutti e 3 finchè non li ha appresi.
Indicare il numero delle ripetizioni necessarie

Attenzione e calcolo

- 4- Contare all'indietro per 7. 1 punto per ciascuna risposta corretta. Cessare dopo cinque risposte (punt max = 5)

In alternativa fate dire "VERBO" al contrario
Valutare il livello di coscienza lungo il continuum:
valutare

Memoria di fissazione

- 5- chiedere il nome dei 3 oggetti nominati in precedenza. 1 punto per ogni risposta corretta (punt max =3)

Linguaggio (punt max =9)

- 6a Dire il nome della penna e dell'orologio (punt max =2);
- 6b Ripetere la frase seguente "NON SE, E O MA" (punt max =1);
- 6c Eseguire l'ordine in 3 tempi: "PRENDI UN FOGLIO CON LA MANO DESTRA, PIEGALO A META' E BUTTALO IN TERRA" (punt max =3);
- 6d Leggere ed eseguire l'ordine: "CHIUDI GLI OCCHI" (punt max =1);
- 6e Scrivere una frase (punt max =1);
- 6f Copiare un disegno (punt max = 1)

Punteggio totale

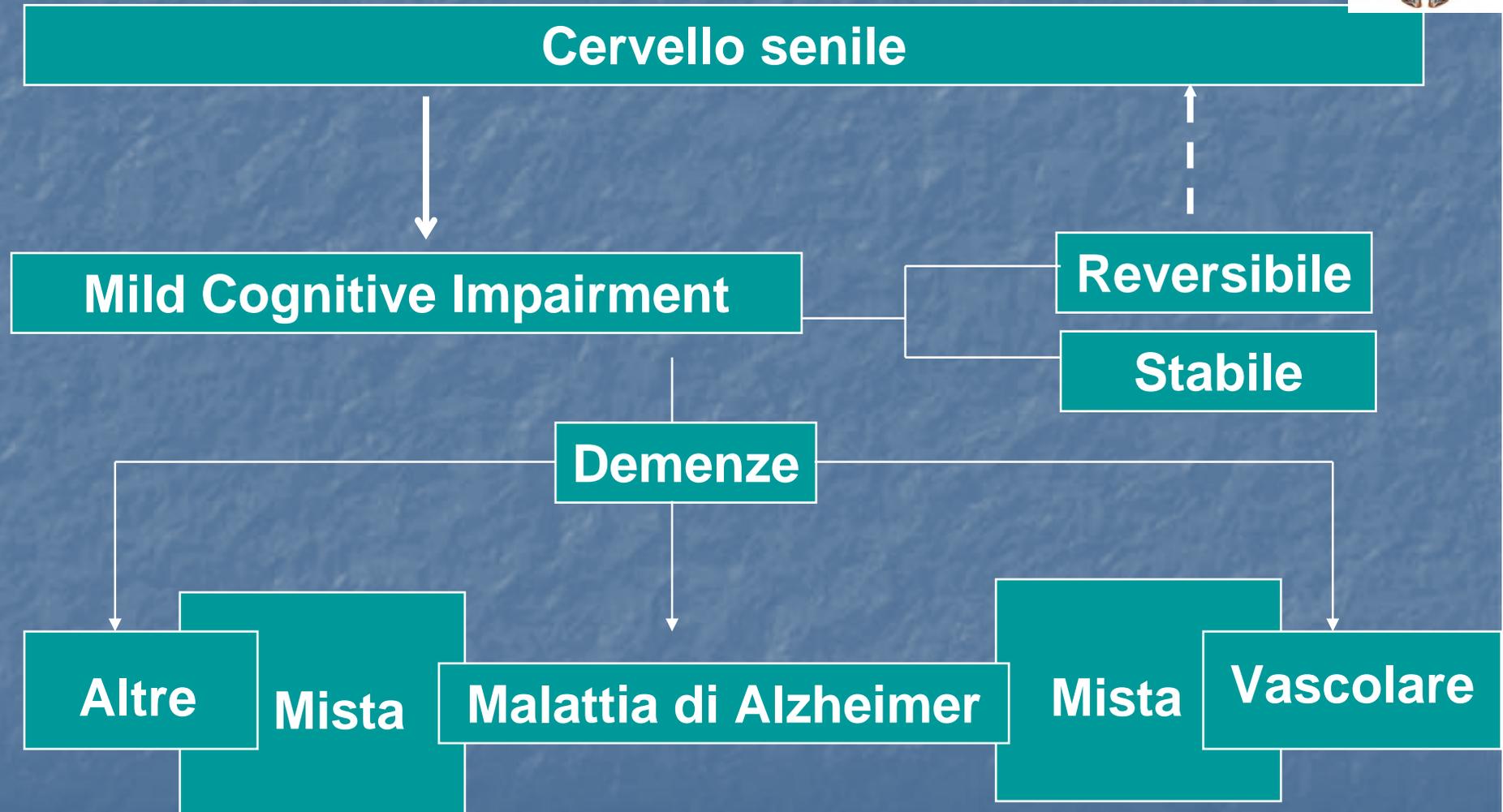
VIGILE

SONNOLENTO

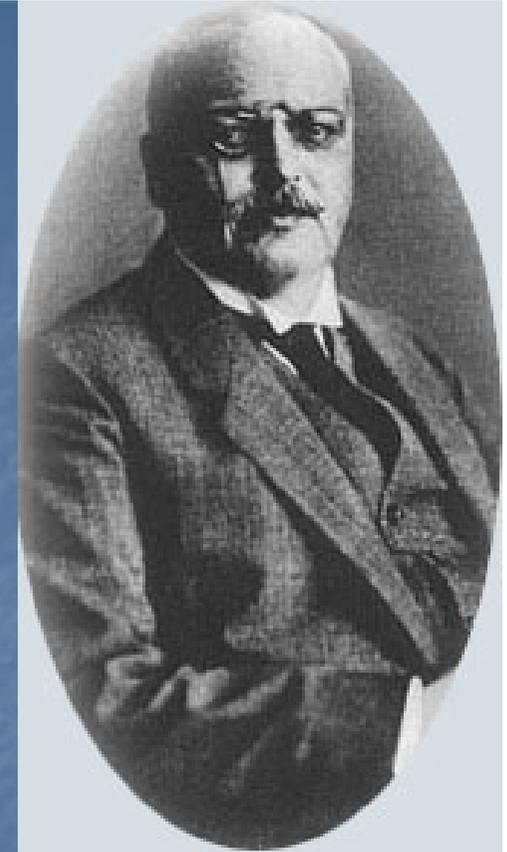
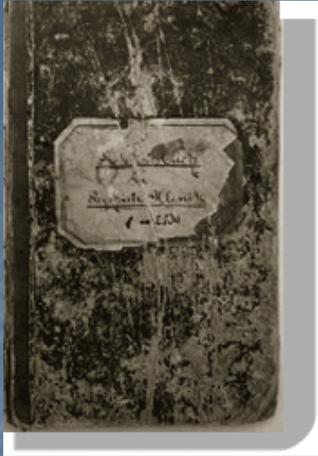
STUPOROSO

COMATOSO

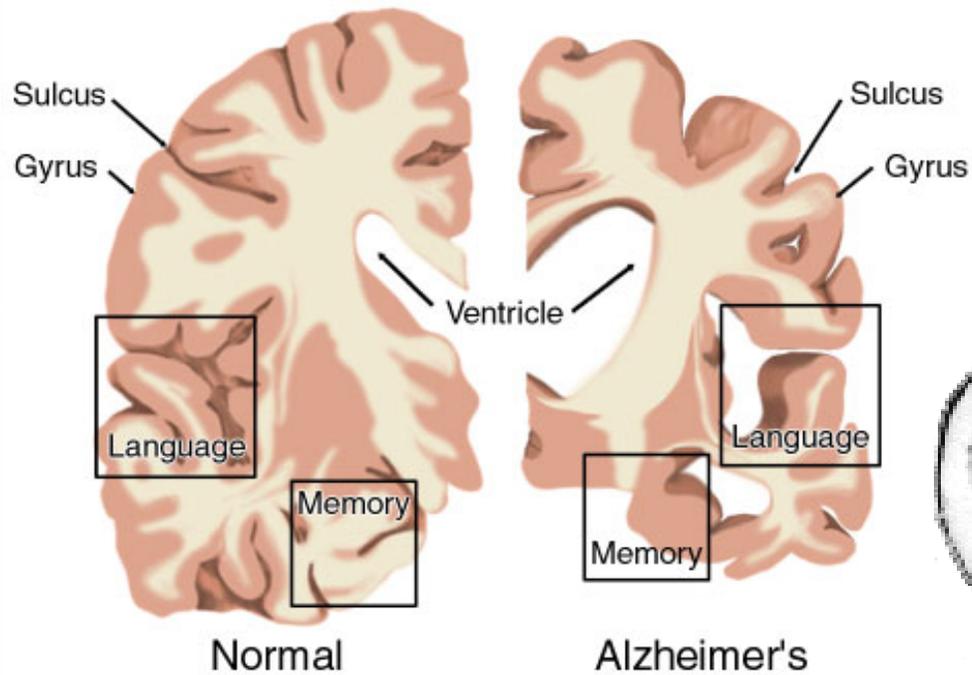
I deficit cognitivi dell'anziano



Demenze



Brain Cross-Sections



Caso clinico n. 1

Un nostro paziente, ottantenne, da qualche anno aveva incominciato a presentare disturbi della memoria che non ne avevano pregiudicato sostanzialmente l'equilibrio psicosociale. Vecchio fattore, abituato alla vita dei campi, si prendeva efficacemente cura da solo di un suo pezzo di terra e degli orti dei suoi due figli. Usava la macchina per recarsi a questi appezzamenti di terra che distavano qualche chilometro dalla sua casa. Qualche mese prima che giungesse alla nostra osservazione per un quadro francamente demenziale, aveva avuto, senza sua colpa (era stato tamponato), un banale incidente con la macchina. I familiari facevano datare a quel periodo l'inizio del decadimento demenziale che, in pochi mesi, aveva raggiunto un discreto grado di gravità.





- **Caso clinico n. 2**
- Un nostro paziente, quando lo abbiamo visto nelle fasi iniziali dell'AD, parlando del suo lavoro, voleva dirci quanto fosse bravo come dattilografo e si esprimeva così: «Non per vantarmi, ma io, quando cosavo con la... con la... cosa, la...[fa il gesto di scrivere a macchina], sì, insomma... ero molto veloce e cosavo senza guardare [fa il gesto di battere sulla tastiera guardando da un'altra parte] e non facevo errori!» Alla domanda «Dove lavorava?» rispondeva «Io lavoravo al coso..., ero impiegato al coso... al... sì, dove c'è il sindaco... Al comune, ecco!... lavoravo in comune!».



Caso clinico n. 3

Caratteristico in questo senso è il caso di una paziente settantottenne, con AD, nata e vissuta per oltre trent'anni in campagna e trasferitasi successivamente in città, in una casa nella quale aveva vissuto per il resto della sua vita: ad un certo punto incominciò a dire, sempre più insistentemente, di voler "andare a casa sua" e, da certi riferimenti che faceva quando le veniva chiesto qual era casa sua, si capiva che si riferiva alla casa natale, ma quando poi vi veniva portata (vi risiedeva un figlio) di nuovo chiedeva altrettanto insistentemente di "andare a casa sua" e si capiva che si riferiva alla casa di città. Agli inizi, quando ancora i familiari, impreparati verso questa eventualità, non la sorvegliavano adeguatamente, la paziente si era allontanata più volte da casa (dall'una e dall'altra) per "andare a casa sua" perdendosi poi per la strada.

Impatto della demenza a livello individual

Durata della vita

- aumenta 2-3 volte il rischio di morte
- demenza sottostimata come causa di morte

Sopravvivenza

- ◆ in 5 anni di follow-up la sopravvivenza media è 3 anni per i dementi e 4.2 per i non-dementi
- ◆ dopo 5 anni: deceduti il 70% dei dementi ed il 35% dei non-dementi





Qualità di vita

- deterioramento progressivo
- necessità di controllo e aiuto

Declino cognitivo

- declino annuale: ↓ 2.7 - 4.5 al MMSE

Declino funzionale

- 14% che diviene 54% dopo 3 anni

Revisione della letteratura sulla psicopatologia nella demenza (1)

da: Tariot, J Clin Psych 1999



■ Alterazione Umore	19
■ Alterazione ideazione	33.5
■ Agitazione globale	44
■ smarrimento/errare	18
■ Alterazione Percezione	
■ allucinazioni	28
■ misperceptions	23

Revisione della letteratura sulla psicopatologia nella demenza (2)

da: Tariot, J Clin Psych 1999



■ Aggressività		
■ verbale	24	
■ fisica		14.3
■ resistenza/non cooperazione	14	
■ Ansia		31.8
■ Ritirarsi, comport.passivo		61
■ Comport. Vegetativo		
■ dormire	27	
■ astinenza cibo/voracità		34

Depressione nella demenza



- La depressione può insorgere in qualunque fase della demenza
- Anamnesi: deve essere raccolta sia dal paziente che dal familiare
- Valutare i fattori di rischio per patologia depressiva: storia personale o familiare positiva per depressione, eventi avversi recenti (lutti, pensionamenti, cambi abitazione)
- Antidepressivi nei casi di: compromissione delle attività quotidiane, disturbi del comportamento

PSEUDODEMENZA

- l'insorgenza della sintomatologia è definita con precisione
- l'intervento medico è richiesto in tempi brevi
- i sintomi pregrescono rapidamente
- i familiari sono consapevoli del disturbo
- anamnesi positiva per malattie psichiatriche
- passività di fronte ai deficit cognitivi
- sentimenti di inadeguatezza, con conseguente resa di fronte ad obiettivi anche semplici

DEMENZA

- l'insorgenza della malattia è definita precisamente
- la richiesta di intervento medico è tardiva
- l'evoluzione è lenta e progressiva
- la famiglia è inconsapevole della malattia
- anamnesi negativa per malattie psichiatriche
- tentativi di superamento dei deficit
- atteggiamento affettivamente incongruo in relazione ai sintomi, con perseverazione nel tentativo di superare il problema



PSEUDODEMENZA

- piena consapevolezza ed enfaticizzazione dei deficit cognitivi
- precoci difficoltà sul piano relazionale
- presenza costante di confusione
- attenzione e concentrazione sono spesso conservate
- risposte vaghe in particolare ai test di orientamento

DEMENZA

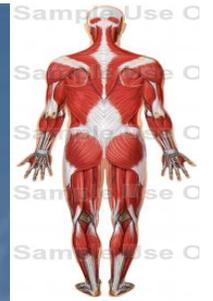
- tendenza alla dissimulazione dei sintomi cognitivi
- capacità relazionali inizialmente conservate
- confusione notturna
- attenzione e concentrazione sono spesso compromesse
- risposte errate (es. disorientamento spazio-temporale)



Trattamento



- Decorso inesorabilmente infausto in 5-10 anni
- Inibitori delle colinesterasi (rallentano il decorso per alcuni mesi)
- Riabilitazione psico-funzionale
- Accudimento



Disturbi di Personalità



Disturbi di personalità

L' Organizzazione Mondiale della Sanità definisce queste condizioni come "pattern di comportamento profondamente radicati e durevoli, che si manifestano come risposte inflessibili ad una larga gamma di situazioni sociali e personali."

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179



Disturbi di personalità



I disturbi di personalità sono associati con modi di pensare, percepire e di rispondere emotivamente che differiscono sostanzialmente da quelli generalmente accettate

I pazienti tendono ad esibire un limitato repertorio di risposte stereotipate in diversi contesti sociali e personali

Questi pattern solitamente sono evidenti durante la tarda infanzia o l'adolescenza ma la necessità di verificarne la loro permanenza nel tempo, limita l'uso del termine "disturbo" ai soli adulti

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

Disturbi di personalità

Problemi nella definizione

- Assenza di uno standard di normalità della personalità o del comportamento
- Terminologia confusa derivante da diverse prospettive teoriche



La classificazione dei Disturbi di Personalità OMS



- **F60 Disturbi di Personalità Specifici:**
- *Paranoide* — Include le categorie precedentemente usate della personalità sensitiva e querelante
- *Schizoide* — Distinto dal disturbo schizotipico, che è legato alla schizofrenia
- *Dissociativo* - Precedentemente chiamato personalità antisociale, asociale, psicopatica, o sociopatica
- *Emotivamente instabile* — Include i tipi impulsivo (esplosivo) e borderline
- *Istrionico* — Precedentemente personalità isterica
- *Anankastico* — Precedentemente personalità ossessiva
- *Ansioso* — chiamato anche personalità evitante
- *Dipendente* — Precedentemente personalità astenica, inadeguata, o passiva

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman. ABC of mental health: Disorders of personality. BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

Possibili cause

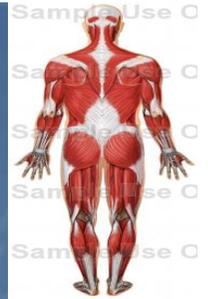


- C'è una crescente evidenza a sostegno di una componente genetica alla base di alcuni comportamenti (come l'etilismo ad esordio precoce nei maschi)
- La ricerca neurochimica ha trovato una relazione tra il metabolismo cerebrale della serotonina ed un eccesso di impulsività ed aggressività
- Alcuni disturbi della personalità possono essere considerati come forme attenuate di malattia mentale. Il legame più forte è quello tra cluster A e schizofrenia
- Teorie psicologiche si sono focalizzate sulla incapacità di progredire nei vari stadi dello sviluppo come risultato di condizioni avverse, portando a problemi nel mantenere legami più tardi nella vita

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

Epidemiologia

- Prevalenza nella popolazione generale varia dal 2% al 13%, più alta negli istituti (ospedali, case di cura, e prigioni)
- Alcune diagnosi sono più frequenti nei maschi (come il Disturbo Dissociativo di Personalità), altre più frequenti nelle donne (come il Disturbo Istrionico e quello Borderline della Personalità)
- Alcune forme comuni di presentazione dovrebbero indirizzare ad una immediata considerazione di un sottostante disturbo della personalità: l'associazione tra il disturbo dissociativo della personalità e l'alcool e abuso di sostanze è particolarmente importante.



Prerequisiti per la diagnosi del disturbo di personalità



il paziente presenta un pattern di...

- comportamento
- risposta emotiva
- percezione di se, degli altri e del mondo

che è ...

- evidente in presto nella vita
- persiste nell'età adulta
- pervasivo
- inflessibile
- una deviazione rispetto la normale cultura del paziente

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
ABC of mental health: Disorders of
personality. BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

e porta a ...

- Distress a se stesso, agli altri o alla società
- Disfunzionamento nelle relazioni interpersonali, sociali o lavorative

ma non è attribuibile a...

- altri disturbi psichiatrici (schizofrenia, depressione, uso sbagliato dei farmaci)
- altri disturbi fisici (intossicazione acuta, malattie organiche del cervello)



Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

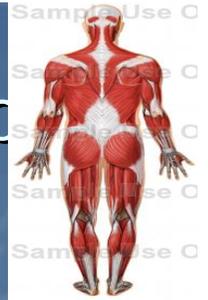
Per scopi pratici, questi disturbi sono spesso raggruppati in tre cluster che condividono delle caratteristiche cliniche:



- **Cluster A** — i pazienti spesso sembrano bizzarri o eccentrici (come i paranoidei o i schizoidi). Il disturbo schizotipico è spesso incluso in questo cluster
- **Cluster B** — i pazienti possono sembrare drammatici, emotivi, o erratici (come il tipo istrionico, dissociativo, o borderline di personalità emotivamente instabile)
- **Cluster C** — i pazienti si presentano come ansiosi o impauriti (come il tipo dipendente, ansioso o anankastico).

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

I pazienti con disturbo di personalità si possono presentare in vari modi



- Alcuni comportamenti indicativi del disturbo di personalità possono essere franchi (come l'aggressione estrema), ma altri possono essere subdoli (come una pronunciata difficoltà nel comportamento deciso o comportamento di evitamento)
- Reazioni temporanee a circostanze particolari non giustificano una diagnosi di disturbo di personalità

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

Presentazioni comuni del disturbo di personalità



- Aggressione
- Abuso di alcool e sostanze
- Ansia e depressione
- Considerevole autolesionismo
- Abbuffate, vomito, purging, ed altri disturbi dell'alimentazione

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

È importante differenziare...



- I disturbi di personalità del cluster A dalle malattie psichiatriche psicotiche
- Ed i disturbi di personalità del cluster C dall'ansia e la depressione ogniqualevolta sia possibile
- Comunque, il disturbo di personalità coesiste frequentemente con un disturbo mentale ed il paziente può presentare sintomi di ambedue

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179



- Le persone che soffrono di disturbi di personalità del cluster B si presentano frequentemente un comportamento aggressivo
- Ogni storia di abuso o di disturbi del comportamento nell'infanzia dovrebbe essere indagata, inclusi i dettagli di episodi di violenza in pubblico o a casa, comportamento offensivo o criminale ed ogni storia di carcerazione
- Idee di minaccia e di nuocere a se stesso o agli altri dovrebbero essere discusse apertamente e registrate con attenzione

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
ABC of mental health: Disorders of personality. BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

Principi generali d'intervento

- Evitare divisioni nell'equipe terapeutica
- Comunicare apertamente col paziente e gli altri professionisti coinvolti
- Mirare ad una relazione terapeutica stabile sul lungo termine: questo può richiedere di mettersi in 'sintonia' con il paziente
- Mirare al miglioramento del paziente



Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
ABC of mental health: Disorders of
personality. BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179

Misure specifiche d'intervento



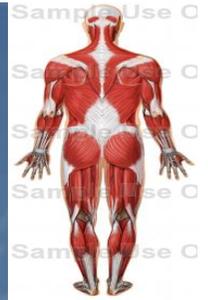
- **Trattare la malattia mentale e/o fisica coesistente**
- **Considerare un trattamento farmacologico specifico**
 - Antipsicotici per l'autolesionismo impulsivo
 - Inibitori Specifici del Reuptake della Serotonina (SSRI) per l'instabilità emotiva di tipo borderline
 - Carbamazepine per il comportamento aggressivo
- **Considerare un trattamento psicologico specifico**
 - Psicoterapia individuale o di gruppo
 - Per i casi più gravi comunità terapeutica

Tratto da: M Marlowe and P Sugarman.
**ABC of mental health: Disorders of
personality.** BMJ, Jul 1997; 315: 176 - 179



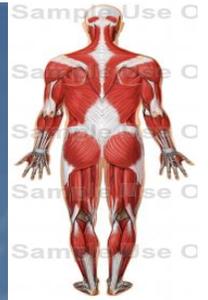
Disturbi Somatoformi

Processo diagnostico



- Il paziente chiede aiuto per sintomi (soggettivi)
- Il medico cerca segni (oggettivi) di malattia
- Formulazione della diagnosi
- Piano di trattamento

Sintomi medici inspiegabili



- I problemi nascono quando il medico non riesce a trovare riscontri oggettivi ai sintomi del paziente
- In questi casi si parla di sintomi medici inspiegabili o più comunemente di sintomi funzionali

Comportamento abnorme verso la malattia



Asserzione di malattia

- Affermano di essere malati malgrado godano di buona salute
- Somatizzazione
- Simulazione

Negazione di malattia

Stigma, paura

- Non effettuano le visite di controllo, non compliance alle terapie prescritte

Simulazione



- Disturbo fittizio
 - Il soggetto è consapevole di aver messo in atto una simulazione ma non dei vantaggi ottenibili (attenzione)
 - Sindrome di Munchausen, Sd di M. indotta

- Finzione di malattia
 - Il soggetto è consapevole di aver messo in atto una simulazione e dei vantaggi ottenibili (sussidio)

Classificazione sintomi medici inspiegabili



Sindromi somatiche
funzionali

Disturbi
somatoformi

Componente somatica
dei disturbi psichiatrici

Sindromi somatiche funzionali nelle diverse specialistiche



Cefalea tensionale

Dolore toracico atipico

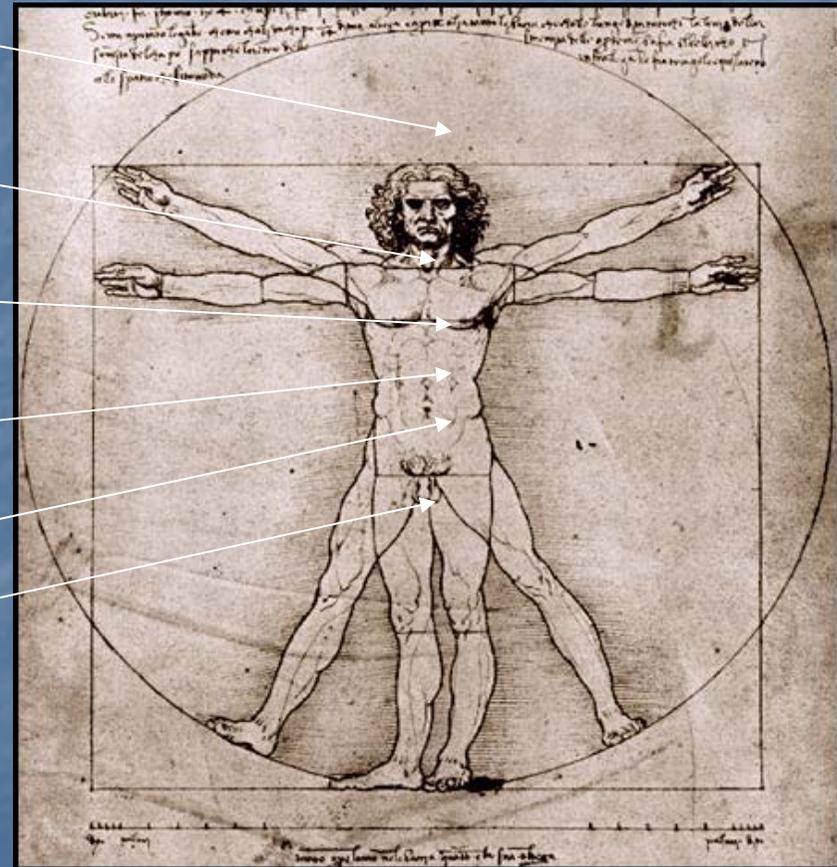
Dispepsia

Sindrome dell'intestino irritabile

Dolore cronico pelvico

Fibromialgia

Sindromi sistemiche: fatica cronica,
sensibilità chimica multipla



Caratteristiche delle sindromi funzionali



- Comuni: 5-10% nel corso della vita
- Persistenti: 75% continua ad avere sintomi dopo 10 aa. dall'esordio
- Complessa gestione, interventi medici spesso inefficaci
- Livelli di disabilità elevata, superiore a quella di condizioni mediche importanti (insuff. cardiaca)
- Sovrapposizione fra le sindromi funzionali sia in termini di criteri diagnostici che in termini di comorbidità
- Caratteristiche comuni alle varie sindromi: genere F, presenza di disturbi d'ansia o depressivi, storia di maltrattamento/abuso infantile

Caso clinico 1



- Annalisa, 48 anni, casalinga, coniugata con due figli, poche ma significative relazioni interpersonali, inviata per una consultazione da un collega
- Anamnesi medica: discopatia in sede lombare, fase premenopausale
- Anamnesi psichiatrica: pregresso uso di fluvoxamina con beneficio, mai in cura continuativa presso uno psi
- Appena arrivata inizia una lunga elencazione di problemi di salute, in maniera caotica, senza alcun ordine cronologico
- Attualmente sono presenti: cefalea persistente, lombalgia cronica, dolore durante i rapporti sessuali, dismenorrea, numerose intolleranze alimentari, fatica a respirare, frequenti episodi di tachicardia, prurito incoercibile, lipotimie
- Recente ricovero per accertamenti, presenta tre referti di esami del sangue eseguiti negli ultimi mesi
- Per questi disturbi attualmente assume: analgesici, antiasmatici, antiistaminici, sedativi, ipnotici, integratori alimentari, fermenti lattici, senza beneficio
- Riferisce di avere sofferto dei più vari disturbi fin dall'età di 20 aa. ("sempre malata"), racconta la sua storia in maniera drammatica

Caso clinico 2



- Nadia, 40 anni, originaria dell'Europa dell'Est, sposata con un figlio, ha lavorato in un negozio di arredamenti ma da qualche anno ha smesso, inviata dal medico curante
- Anamnesi medica: linfoma trattata con successo, cistite da raggi
- Anamnesi psichiatrica negativa

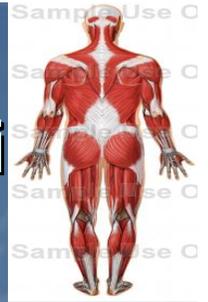
- Ormai da alcuni anni, in seguito alle cure per il tumore, ha sviluppato una importante sintomatologia algica in sede addominale e lombare
- Appare polarizzata sul dolore che descrive in maniera indefinita (sede, qualità), quando sta male (praticamente 1 giorno su 2) non riesce ad alzarsi dal letto, sintomi ansiosi (ansia anticipatoria), recentemente è stata al mare con un'amica ed è stata meglio
- Ha effettuato numerose visite presso specialisti urologi, neurologi, ortopedici, fisiatristi con conseguenti esami non dirimenti e farmacoterapie inefficaci
- E' presente abuso di analgesici (FANS, tramadolo) e di benzodiazepine, ha utilizzato in maniera discontinua praticamente tutti gli antidepressivi e qualche stabilizzatore
- Racconta angosciata del periodo successivo alla radioterapia (comparsa del dolore, incontinenza) e dei numerosi specialisti cui ha ricorso

Caso clinico 3



- Lorenzo, 31 anni, impiegato in banca, fidanzato, numerose amicizie, sportivo (canoa), inviato dal medico curante in quanto molto preoccupato per l'insorgenza di fascicolazioni
- Anamnesi medica: HBV positivo
- Anamnesi psichiatrica negativa
- Teme di avere una grave malattia neurologica allo stadio iniziale, il curante ed alcuni neurologi che ha consultato non sono riusciti a rassicurarlo; ammette di aver passato un periodo stressante e che nelle ultime settimane, in una situazione più tranquilla, le fascicolazioni sono quasi scomparse
- E' presente una moderata sintomatologia ansiosa, emergono altri problemi fisici: cefalea, affaticabilità, sostiene una riduzione dell'efficienza e delle sue prestazioni sportive, lamenta dolore alla base del pene (consulta urologi, andrologi, effettua esami ecografici, RM rachide lombare)
- Nei successivi incontri manifesta preoccupazioni circa l'epatite, è convinto che presto svilupperà un tumore, che gli sia precluso il formarsi una famiglia, vuole smettere di fare attività sportiva in quanto teme di contagiare altri, ecc.

Caratteristiche comuni dei casi clinici presentati



- Problematiche principali di tipo somatico
- Obbiettività ed esami diagnostici negativi o reperti di dubbia interpretazione
- Copresenza di malattie mediche ben documentate, talvolta vissute in maniera patologica
- Forti preoccupazioni verso le malattie mediche in generale
- Timore dei medici (più o meno nascosto)
- Richiesta di aiuto presso medici di famiglia e specialisti non psi
- Lunga periodo di malattia prima di consultare uno psichiatra
- Lunga durata del disturbo
- Sostanziale inefficacia delle cure mediche prestate

Disturbi somatoformi

Classificazione



- Disturbo di somatizzazione
- Disturbo somatoforme indifferenziato
- Disturbo algico
- Ipocondria
- Disturbo di conversione
- Disturbo da dimorfismo corporeo

Dist. di somatizzazione

Aspetti clinici



- Forma multisintomatica cronica
- Sintomi soggettivi non verificabili (parestesia) oppure aspecifici e dallo scarso valore diagnostico (vertigini, nausea, stanchezza, dolore, palpitazioni)
- Sintomi verificabili ma esagerati e vissuti in modo patologico (ematuria)
- Descrizione dei sintomi vaga, imprecisa, disorganizzata, disordine cronologico, ricca di dettagli insignificanti, spesso non riescono a rispondere a inchiesta medica
- Cartella clinica infinita, conservata con cura e presentata con orgoglio
- Negazione del disagio psicologico ma spesso sono presenti sintomi depressivi o d'ansia

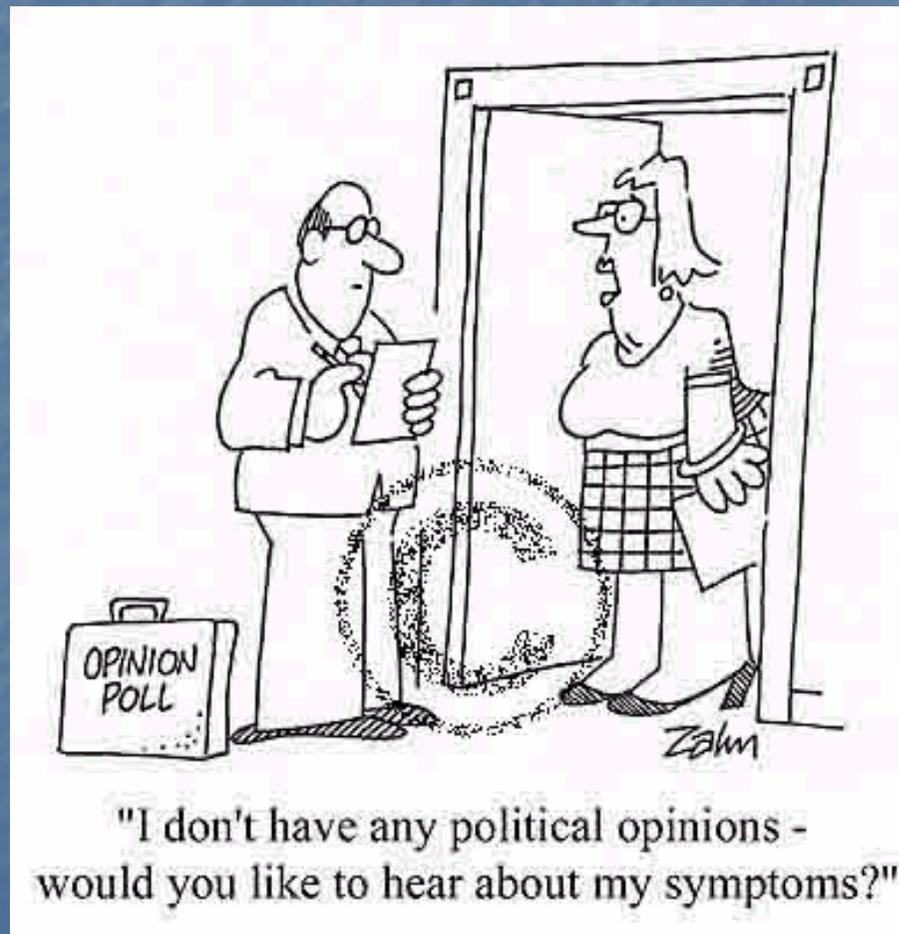
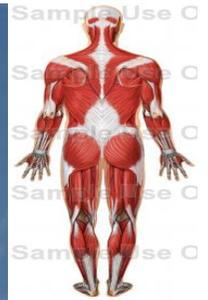


Disturbo di Somatizzazione



- Una storia di molteplici lamentele fisiche, cominciata prima dei 30 anni, che si manifestano lungo un periodo di numerosi anni
- 1) *quattro sintomi* dolorosi
- 2) *due* sintomi gastrointestinali
- 3) *un sintomo* sessuale
- 4) *un sintomo pseudo-neurologico*

Disturbo di somatizzazione



Dist. di somatizzazione Presentazione del paziente



- **Stile drammatico-emotivo:** presenta i sintomi in modo teatrale ed esagerato, "la prego faccia qualcosa subito perché non ce la faccio più, mi salvi", frequenti agiti impulsivi, relazione con il medico intensa ma instabile.
- **Stile paranoide-ostile:** appare rigido, attento, apparentemente compiacente, può pensare di non essere stato abbastanza considerato dal medico oppure valutato e trattato in maniera inadeguata.
- **Stile passivo-aggressivo e dipendente:** spesso accompagnati da familiari o coniugi, si dicono rassegnati all'idea di stare male, assicurano il medico che seguiranno alla lettera le sue disposizioni salvo non fare nulla di ciò che è stato stabilito e consultare altri medici

Dist. di somatizzazione

- La maggioranza dei pazienti con forme che soddisfano i criteri del DSM ha una malattia cronica che lo accompagnerà per tutta la vita
- Alcuni casi migliorano ed hanno fasi di benessere (? %)
- Altri rimangono cronicamente molto disabili (? %)
- Fattori prognostici positivi: presenza di disturbo ansioso depressivo comorbido

Decorso

- Fra coloro che presentano solo alcuni sintomi (multisomatoform disorder), molti migliorano dopo pochi giorni o settimane
- Predittori di cronicità sono: sintomi particolarmente gravi, sintomi > 5, presenza di disabilità



Disturbo algico

Clinica



- Il sintomo dolore compare spesso fra i disturbi somatoformi
- Nel disturbo algico, il dolore è il reperto predominante
- Descritto in maniera imprecisa, vaga, difficile raccolta dell'anamnesi
- Può colpire diversi distretti: testa (cefalea, sindrome da disfunzione temporomandibolare), torace (dolore toracico atipico), addome (dolore addominale di origine psicologica, dolore pelvico cronico, prostatodinia)
- Si può associare a sintomi ansioso depressivi (reattivi)
- Tratti di personalità: istrionico, narcisistico, ansioso e dipendente
- Pericolo di abuso di sostanze (tranquillanti, analgesici)
- Le cure mediche sono solo parzialmente efficaci

Disturbo algico

Caso clinico 2 - Discussione



- Nadia, 40 anni, originaria dell'Europa dell'Est, sposata con un figlio, ha lavorato in un negozio di arredamenti ma da qualche anno ha smesso, inviata dal medico curante
- Anamnesi medica: linfoma trattata con successo, cistite da raggi
- Anamnesi psichiatrica negativa
- Ormai da alcuni anni, in seguito alle cure per il tumore, ha sviluppato una importante **sintomatologia algica in sede addominale e lombare**
- Appare polarizzata sul dolore che descrive in maniera indefinita (sede, qualità), quando sta male (praticamente 1 giorno su 2) **non riesce ad alzarsi dal letto**, sintomi ansiosi (ansia anticipatoria), recentemente è stata al mare con un'amica ed è stata meglio
- Ha effettuato numerose visite presso specialisti urologi, neurologi, ortopedici, fisiatristi con conseguenti esami non dirimenti e farmacoterapie inefficaci
- E' presente abuso di analgesici (FANS, tramadolo) e di benzodiazepine, ha utilizzato in maniera discontinua praticamente tutti gli antidepressivi e qualche stabilizzatore
- Racconta angosciata del periodo successivo alla radioterapia (comparsa del dolore, incontinenza) e dei numerosi specialisti cui ha ricorso
- **Conflitti con il marito ?**

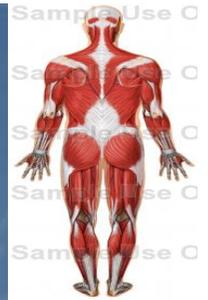
Ipocondria

Clinica



- Forti preoccupazioni incentrate sulle malattie (a volte una specifica malattia o uno specifico organo), sul senso di vulnerabilità del proprio corpo, sulla disabilità e sulla morte
- Continua attenzione sulle funzioni fisiologiche (battito cardiaco), su sintomi aspecifici (tosse) oppure su sensazioni vaghe (formicolii) o diffuse (stanchezza)
- Sintomatologia ansiosa rilevante
- Esami diagnostici negativi e il giudizio clinico da parte del medico non modificano le convinzioni dei pazienti che finiscono per deteriorare le loro relazioni con i curanti e a cercare altri medici
- Molti cercano informazioni leggendo libri medici o navigando su internet

Ipocondria



Ipocondria

Criteri diagnostici DSM



- A. La preoccupazione legata alla paura di avere, oppure alla convinzione di avere, una malattia grave, basate sulla erronea interpretazione di sintomi somatici da parte del soggetto.
- B. La preoccupazione persiste nonostante la valutazione e la rassicurazione medica appropriate.
- C. La convinzione di cui al Criterio A non risulta di intensità delirante (come nel [Disturbo Delirante, Tipo Somatico](#)) e non è limitata a una preoccupazione circoscritta all'aspetto fisico (come nel [Disturbo di Dismorfismo Corporeo](#)).
- D. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.
- E. La durata dell'alterazione è di almeno 6 mesi.
- F. La preoccupazione non è meglio attribuibile a [Disturbo d'Ansia Generalizzato](#), [Disturbo Ossessivo-Compulsivo](#), [Disturbo di Panico \(Senza Agorafobia e Con Agorafobia\)](#), [Episodio Depressivo Maggiore](#), [Ansia di Separazione](#), o un altro Disturbo Somatoforme.

Ipocondria

Caso clinico 3 - Discussione



- Lorenzo, 31 anni, impiegato in banca, fidanzato, numerose amicizie, sportivo (canoa), inviato dal medico curante in quanto molto preoccupato per l'insorgenza di fascicolazioni (insorte circa 1 anno prima)
- Anamnesi medica: HBV positivo
- Anamnesi psichiatrica negativa
- **Teme di avere una grave malattia neurologica** allo stadio iniziale, **il curante ed alcuni neurologi che ha consultato non sono riusciti a rassicurarlo**; ammette di aver passato un periodo stressante e che nelle ultime settimane, in una situazione più tranquilla, le fascicolazioni sono quasi scomparse
- E' presente una moderata sintomatologia ansiosa, emergono altri problemi fisici: cefalea, affaticabilità, sostiene una riduzione dell'efficienza e delle sue prestazioni sportive, lamenta **dolore alla base del pene** (consulta urologi, andrologi, effettua esami ecografici, RM rachide lombare)
- Nei successivi incontri manifesta preoccupazioni circa l'**epatite**, è convinto che presto svilupperà un **tumore**, che gli sia precluso il formarsi una famiglia, vuole smettere di fare attività sportiva in quanto teme di contagiare altri, ecc.

Ipocondria

Decorso



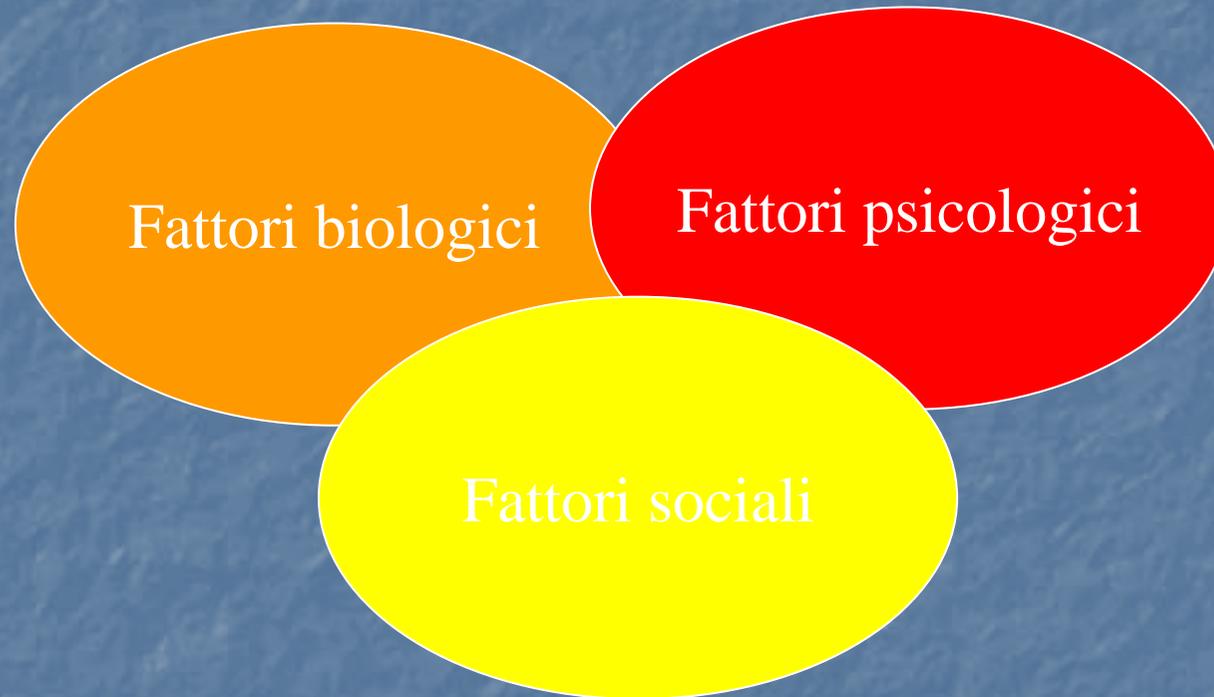
- Può iniziare ad ogni età, spesso preceduto da storia di sintomi medici inspiegabili o lamentele somatiche di vario tipo
- Il disturbo tende ad essere persistente
- Può avere un andamento fluttuante ed influenzato da fattori stressanti
- In alcuni casi arriva a livelli deliranti / Confine con il Delirio di tipo somatico
- La prognosi è peggiore in soggetti che:
 - Presentano sintomi gravi fin dall'esordio
 - Presentano altri disturbi psichiatrici
 - Hanno una lunga durata di malattia

Disturbi somatoformi Epidemiologia



<i>Disturbo</i>	<i>Prev POP</i>	<i>Prev MG</i>	<i>F/M</i>	<i>Stima MG</i>
Algico (sindromi dolorose)	0.5-3%	20%	2	300
Somatoforme indifferenziato	14%	?	2	210
Ipocondriaco	?	1-5%	1.5	45
Di somatizzazione	1%	1-2%	2	23
Da distorsione corporea	<1%	1%		15
Di conversione	<1%	?		?

Eziopatogenesi – Modello BioPsicoSociale



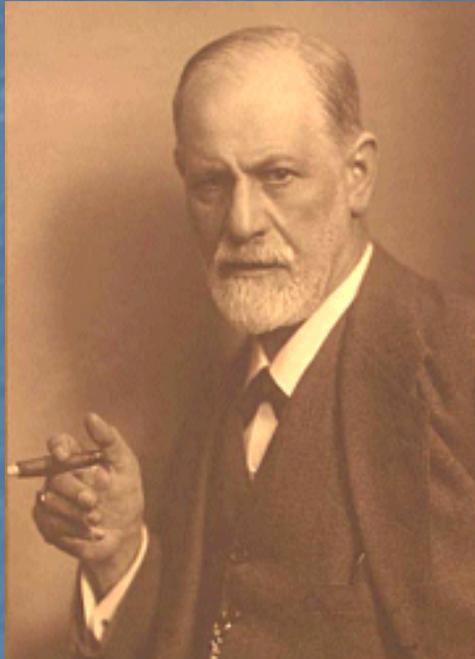
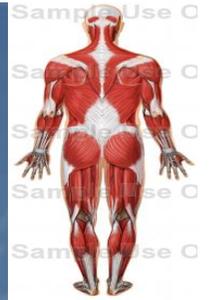
Disturbi somatoformi

Fattori sociali



- Basso livello sociale
- Sick role: esenzione dalle responsabilità senza vergogna
- Sintomi psicologici inaccettabili (segno di debolezza o di pazzia)
- Somatic ticket (Goldberg): privilegio dei sintomi fisici su quelli psicologici da parte del MMG
- Eccessiva medicalizzazione della società: maggiori informazioni sulle malattie, procedure mediche ansiogene (screening)

Il Problema dell'Isteria



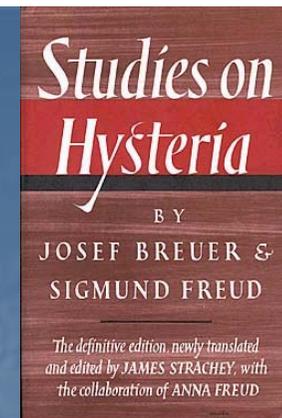
Sigmund Freud



Andre Brouillet, A clinical lesson at La Salpetriere (given by Charcot), 1887



Hysteria Il Caso di Anna O. Josef Breuer



- Anna O. era la figlia unica di una ricca famiglia ebrea viennese. Si ammalò all'età di 20 anni, nel 1880, dopo aver assistito il padre malato di tubercolosi.
- Inizio a manifestare numerosi sintomi come debolezza, tosse nervosa poi rapidamente comparsero: dolore in sede occipitale sinistra, strabismo convergente (diplopia), paresi dei muscoli anteriori del collo al punto che, alla fine, la testa poteva essere mossa soltanto se la paziente la spingeva indietro tra le spalle alzate e poi muoveva tutta la schiena, contratture e anestesia dell'estremità superiore destra e poco dopo dell'estremità inferiore destra, cadute a terra in stato di incoscienza.
- Seguirono due settimane di completo mutismo. Lo sforzo continuo di parlare non provocava alcun suono.
- Successivamente la paziente si riprese. Non ebbe ricadute della malattia e non ne parlò mai, sembra che avesse chiesto ai suoi familiari di non parlarne a nessuno.



L'Isteria oggi

Disturbi somatoformi
(dist. di somatizzazione,
dist. di conversione)

Disturbi di
personalità
(tipo istrionico)



Dist. di conversione

Clinica



- Improvvisa e temporanea perdita di funzioni senso-motorie, irrispettosa della distribuzione anatomica delle vie nervose
 - Disestesia, anestesia, analgesia
 - Paralisi, atonia, disfagia, afonia
 - Diplopia, cecità, sordità
 - Vertigini, disturbi dell'equilibrio
 - Crisi epilettiche, perdite di coscienza
- Esclusione di cause organiche
- Presenza di conflitto psicologico, situazione emotiva stressante
- Stile teatrale, drammatico, seduttivo, molto suggestionabile
- Attenzioni, manipolazione dell'ambiente
- Discrepanza fra sintomi e comportamento ("belle indifferance")
- Decorso imprevedibile

Dist. di conversione

Criteri diagnostici

DSM



- A. Uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale.
- B. Si valuta che qualche fattore psicologico sia associato col sintomo o col deficit, in quanto l'esordio o l'esacerbazione del sintomo o del deficit è preceduto da qualche conflitto o altro tipo di fattore stressante.
- C. Il sintomo o deficit non è intenzionalmente prodotto o simulato
- D. Il sintomo o deficit non può, dopo le appropriate indagini, essere pienamente spiegato con una condizione medica generale, o con gli effetti diretti di una sostanza, o con una esperienza o comportamento culturalmente determinati.
- E. Il sintomo o deficit causa disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o altre aree importanti, o richiede attenzione medica.
- F. Il sintomo o deficit non è limitato a dolore o disfunzioni sessuali, non si manifesta esclusivamente in corso di [Disturbo di Somatizzazione](#), e non è meglio spiegabile con qualche altro disturbo mentale.

Codificare tipo di sintomo o deficit: sintomi motori, sensitivi, epilettiformi, misti.

Dist. di conversione

Caso clinico 7



- Una casalinga di 46 anni, in buona salute fisica, fu inviata dallo psichiatra del marito per un consulto.
- Discutendo di alcuni conflitti coniugali, il marito aveva descritto "attacchi" di capogiro che sua moglie gli riferiva e che la lasciavano piuttosto inabile.
- Al consulto, la moglie descrisse di essere sopraffatta da sensazioni di estremo capogiro, accompagnate da leggera nausea, per 4 o 5 notti alla settimana. Durante questi attacchi, la stanza intorno a lei sembrava "scintillante", ed aveva la sensazione di stare "galleggiando" e di essere incapace di mantenere l'equilibrio. Inspiegabilmente, gli attacchi quasi sempre si manifestavano verso le 4 del pomeriggio. Di solito doveva sdraiarsi su un divano e spesso non si sentiva meglio fino alle 7 o alle 8 della sera.
- La paziente descrisse suo marito come un tiranno, esigente e verbalmente aggressivo nei confronti suoi e dei loro quattro bambini. Ammise di avere terrore del suo arrivo a casa dal lavoro ogni giorno, sapendo che avrebbe commentato che la casa era in disordine e che la cena, se preparata, non era di suo gusto.
- Recentemente, dall'esordio dei suoi attacchi, quando era incapace di preparare la cena, lui e i quattro bambini andavano da McDonald o in pizzeria. Dopo di che, egli si distendeva a letto a guardare una partita alla televisione, e la loro conversazione era minima. Nonostante i loro guai, la paziente affermava di amare e di aver moltissimo bisogno di suo marito.

Disturbi somatoformi

- Malessere del paziente
- Cronicizzazione
- Disabilità elevata
- Abuso di farmaci
- Esami diagnostici inutili
- Interventi chirurgici inutili
- Elevato uso di risorse sanitarie
- Burn out degli operatori medici

Problematiche



Disturbi somatoformi Principi di trattamento



- Spesso la relazione fra curante e paziente con disturbi somatoformi è difficile ed intricata
- Il paziente può avere inizialmente uno stile seduttivo ed idealizzare il curante
- Non infrequentemente il curante vede frustrati e/o sabotati i tentativi diagnostici e terapeutici ed il paziente continua ad avere sintomi
- Insoddisfazione del paziente (meccanismo di espulsione da parte del medico (e un rompicabele!))

N.B.: i pazienti con disturbi somatoformi non hanno un rischio inferiore alla popolazione generale di sviluppare malattie fisiche

Disturbi somatoformi Principi di trattamento (2)



- Cercare di stabilire una buona alleanza terapeutica
- Porsi obiettivi realistici: aiutare il paziente a convivere con i sintomi, non aspettarsi rapidi cambiamenti
- Porsi come riferimento unito per il paziente, evitare il doctor shopping, le procedure diagnostiche inutili, tratt. farmacologici non necessari
- Aspettare, se possibile, ad effettuare nuove procedure diagnostiche o interventi farmacologici in caso di nuovi sintomi
- Informare i familiari più prossimi del piano di trattamento
- Se necessario: motivare il paziente a vedere uno psichiatra per una valutazione oppure discutere il caso con uno psichiatra

Dist.somatoformi Psicoterapia e altri interventi



- Psicoterapia dinamica
 - Ad orientamento supportivo
- Psicoterapia cognitivo-comportamentale
 - Explanatory Therapy per l'ipocondria (esami fisici ripetuti, tecniche di rassicurazione, psicoeducazione)
- Tecniche di rilassamento, bio-feed-back

Disturbi somatoformi Terapia farmacologica (1)



- Utilizzare come prima scelta farmaci con elevata tollerabilità (SSRI, antidepressivi atipici)
- Iniziare con dosaggi **molto** bassi (1/4 di cpr o 2-3 gtt o ½ misurino di soluzione), titolare molto lentamente
- Spiegare chiaramente gli e.c. che potrebbero verificarsi e le procedure di sicurezza
- Lasciare al paziente un recapito a cui possa contattarci con facilità in caso di problemi (eventualmente programmare già contatti telefonici)
- In caso di e.c. indagare la effettiva relazione con il farmaco, se possibile attendere prima di modificare la terapia
- Evitare, per quanto possibile, farmaci che possano indurre abuso (benzodiazepine, analgesici)
 - In caso di utilizzo, programmare brevi cicli (max 4-6 settimane) a dosi basse e monitorare attentamente

Disturbi somatoformi Terapia farmacologica (2)



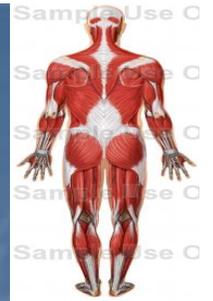
- Antidepressivi
 - Razionale: patologia ansioso-depressiva sottostante, azione sulle vie del dolore
 - SSRI: più tollerabili (dosaggi standard)
 - TCA: elevata efficacia sul dolore (amitriptilina a basse dosi)

- Neurolettici
 - Razionale: azione sul tratto gastrointestinale, sintomi ansiosi
 - Benzamidi (amisulpiride, levosulpiride, a dosi fra 50 e 100 mg/die)

Messaggi chiave



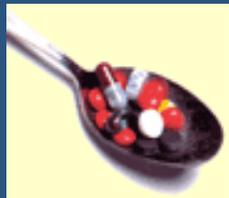
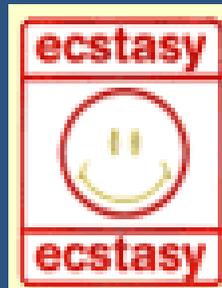
- Elevata prevalenza di sintomi medici inspiegabili e di disturbi somatoformi in medicina generale e specialistica
- Quadri clinici spesso sovrapponibili
- Si tratta di disturbi cronici ed estremamente disabilitanti
- Individuare un medico di riferimento
- Gli antidepressivi possono essere utili (specie se presente dolore)
- L'uso di benzodiazepine e gli analgesici dovrebbe essere valutato attentamente e limitato al minimo necessario
- I pazienti con disturbi somatoformi possono ammalarsi di malattie fisiche



Abusi e Dipendenze

“ SI DEFINISCE DROGA OGNI SOSTANZA ,
NATURALE O ARTIFICIALE , CHE
MODIFICA LA PSICOLOGIA O L'ATTIVITA'
MENTALE DEGLI ESSERI UMANI ”

OMS 1967



CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DELLE DROGHE

- GIURIDICI (Legali ed Illegali Art.14 del DPR 309/90)
- DI PERICOLOSITA' (Leggere e Pesanti)
- DI PREPARAZIONE (Naturali, Semisintetiche e Sintetiche)
- FARMACOLOGICI (In base a struttura chimica e caratt. farmacodinamiche)

Dipendenza da Sostanze

- Disturbo cronico con ricadute
- Le sostanze inducono sensazioni piacevoli e/o di rilassamento
- Sintomi cognitivi, comportamentali e fisici
- Comportamenti compulsivi di ricerca ed assunzione di sostanze con perdita di considerevole tempo e riduzione di importanti attività sociali, lavorative e ricreative a causa dell'uso delle sostanze
- Comportamenti persistenti nonostante conseguenze negative e gravi, tentativi falliti di controllare l'uso o sospendere

Definizioni

- Dipendenza fisica: sviluppo di tolleranza (tendenza all'aumento delle dosi) e di sd da astinenza
- Sindrome da astinenza: segni e sintomi che insorgono dopo la brusca sospensione dell'uso della sostanza. I sintomi tendono ad essere opposti rispetto a quelli che sono prodotti dalla esposizione acuta alla sostanza
 - causa di ricaduta a breve termine e di comportamenti compulsivi alla ricerca della sostanza
- Craving (dipendenza psicologica): intenso desiderio di riesperire gli effetti di una sostanza psicoattiva
 - causa di ricaduta dopo lungo periodo di astinenza

Diagnosi

Abuso di sostanze

Una modalità patologica d'uso della sostanza, che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi con:

a- uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità ad adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa

b- uso ricorrente della sostanza in situazioni fisicamente rischiose

c- ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze

d- uso continuativo della sostanza nonostante ricorrenti o persistenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza.



Diagnosi

Dipendenza da sostanze

Una modalità patologica d'uso della sostanza, che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi con:

- 1- tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:
 - a- il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato
 - b- un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza

- 2- astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:
 - a- la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza
 - b- la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza



3- la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto

4- desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza

5- una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza o a riprendersi dai suoi effetti

6- interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza

7- uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema, persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza.



Fattori che possono influenzare l'abuso di sostanze



- Fattori socio culturali, costi e reperibilità della sostanza
- Legalità/sanzioni sul suo utilizzo
- Età (giovani 13-29 anni sono a maggiore rischio)
- Sesso maschile
- Coetanei che ne facciano uso
- Fattori inerenti la personalità dell' individuo possono avere influenza nel modo in cui un soggetto è capace di far fronte (coping) all' assuefazione (addiction) e nella modalità con cui egli/ella può cercare aiuto

Doppia diagnosi

- Tipo I: Disturbo psichiatrico → Abuso di sostanze
 - Autoterapia ?
- Tipo II: Abuso di sostanze → Disturbo psichiatrico
 - Danno sul SNC (acuto, cronico)
- Tipo III: Copresenza dei due aspetti che hanno un'eziologia indipendente

Classificazione

Allucinogeni
LSD
Mescalina

Ecstasy

Psicostimolanti
Cocaina
Amfetamine

Cannabinoidi

Deprimenti
Oppiacei
Benzodiazepine
Etanolo

Alcolismo: cenni storici



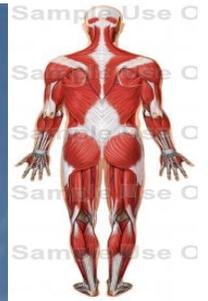
- L'alcol rappresenta la più diffusa sostanza d'abuso
- La natura multiforme degli effetti dell'alcool, somatici e psichici era conosciuta fin dall'antichità: i sumeri, i babilonesi e gli egiziani erano consapevoli dei poteri di questa sostanza capace di abbattere il più forte dei nemici e di scatenare il più bizzarro dei comportamenti (Knight, Longmore, 1994)
- La cultura ebraica rimanda a Noè il primo caso di ubriachezza e di derisione da parte dei figli, che fattisi gioco di lui, debbono poi subire la sua terribile ira; oltre ai danni diretti qui sembrano già preannunciati gli effetti devastanti sul mondo familiare e relazionale di cui oggi è ricca la letteratura sull'alcolismo

Alcolismo: cenni storici



- L'attenzione ai danni d'organo che derivano dall'assunzione di alcolici è molto più recente poiché non risale oltre i primi decenni del XIX secolo ed all'inizio si è mossa con motivazioni non sanitarie. In Inghilterra, in piena rivoluzione industriale, ci si cominciò a preoccupare dell'aumento dei tassi di alcolismo non tanto per i danni alla salute quanto per gli effetti sui livelli di produzione
- La diagnosi di alcolismo, nel senso assunto dalla medicina moderna, deve essere fatta risalire al medico svedese Magnus Huss che, nella sua opera *Alcoholismus chronicus*, definiva il disturbo nel suo duplice versante fisico e psichico

Alcolismo: cenni storici



- Da allora si sono alternate concezioni contrapposte rigidamente, ora medico biologiche, che riducevano l'alcolismo ad una patologia d'organo consegnandolo alle competenze del medico internista, ora etico morali che lo sottraevano all'area medica per attribuirlo a quello della devianza sociale come è stato per tutto il periodo del proibizionismo
- Con i primi anni '60 si è assistito ad un rapido quanto rigido recupero del modello medico di malattia

Alcolismo: cenni storici



- La nosografia psichiatrica americana, che classicamente si fa risalire al DSM I (1952), inizialmente classificò l'alcolismo tra i disturbi di personalità considerandolo un sottotipo della personalità sociopatica
- E' con il DSM III (1980) ed il DSM III R (1987) che i disturbi da abuso di sostanze, tra i quali rientra anche l'alcolismo nelle sue varie forme, vengono separati dai disturbi di personalità e posti su un asse diverso (De Jong et al. 1993) e viene accolta la distinzione tra dipendenza ed abuso



DISTURBI DA USO DI ALCOOLO

**Abuso
Dipendenza**

DISTURBI INDOTTI DALL'ALCOOLO

**Intossicazione
Delirium**

**Demenza persistente
Disturbo amnestico persistente
Disturbo psicotico indotto
Disfunzione sessuale indotta
Disturbo del sonno indotto**

INTOSSICAZIONE ALCOOLICA

- ❖ Disinibizione comportamentale
(= aggressività, sessualità)
- ❖ Labilità emotiva
- ❖ Scarsa critica
- ❖ Sintomi fisici variabili
 - Incoordinazione motoria
 - disartria
 - nistagno



Delirium da astinenza alcolica Inquadramento diagnostico, sintomi, decorso



Il delirium è una sindrome mentale organica caratterizzata da disturbi globali della sfera cognitiva (attenzione, pensiero, memoria, orientamento, percezione) e con alterato stato di coscienza, agitazione o ritardo psicomotorio.

Delirium tremens



Condizione di emergenza

- L'intervento terapeutico si basa su interventi di tipo farmacologico

Delirium: monitoraggio



- Regolare registrazione dei parametri vitali
- Controllo ematologico periodico
- RX torace (frequente complicanza del delirium sono i focolai broncopneumonici e le polmoniti *ab ingestis*)

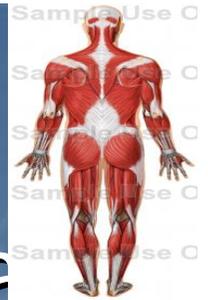


Delirium: strategie di gestione

- Posizionare il paziente in ambiente tranquillo, ben arieggiato e poco luminoso
- Fornire al paziente punti di riferimento costanti

Delirium: terapia farmacologica

- Benzodiazepine EV
- Antipirettici centrali
- Abbondante idratazione parenterale
- Correzione degli eventuali squilibri elettrolitici o glicemici
- Ipotensivi se necessari
- Antibiotici di copertura
- Complessi vitaminici (tiamina)



Disturbi più frequentemente complicati da alcoolismo



Disturbo d'ansia:

- Disturbo d'ansia generalizzata
- Disturbo da attacchi di panico
- Fobia sociale

Disturbi dell'umore

- Depressione maggiore ricorrente
- Distimia

Disturbi psicotici

- Schizofrenia



Alcolismo secondario
(= alcool come automedicazione)



Quadri acuti di alcolismo



Dipendenza da alcool



Evoluzione uguale all'alcolismo primario

Epidemiologia e prevenzione dell'alcolismo



Epidemiologia e prevenzione dell'alcolismo



Craving

Si definisce *craving* il desiderio irresistibile, intrusivo di assumere una sostanza, che comporta la perdita di controllo e la messa in atto di una serie di azioni tese alla sua soddisfazione

Epidemiologia e prevenzione dell'alcolismo



- L'epidemiologia dell'alcolismo risente di alcuni peculiari problemi metodologici riguardanti la forma e la qualità della rilevazione, la specificità e la sensibilità degli strumenti impiegati e il tipo di campionamento effettuato
- Nel nostro paese il consumo di alcool inizia generalmente attorno ai 15 anni, e successivamente diventa regolare attorno ai 18 anni. In questa fascia della popolazione solo il 2 % ammette di aver bevuto eccessivamente fino all'ubriachezza almeno una volta negli ultimi tre mesi
- Per quanto riguarda la Dipendenza alcolica la percentuale di popolazione affetta da questo disturbo si aggira attorno al 10-15% (8-10% maschi; 2-5 % femmine)



Sindromi neurologiche nell'etilismo

Intossicazione acuta

Sindromi da astinenza

**Sindromi carenziali
secondarie**

Sindromi associate

**Sindrome
feto-alcolica**

Ebbrezza alcolica

**Epilessia alcolica,
Delirium Tremens**

**A. sindrome di
Wernicke-Korsakoff
B. Neuropatia periferica
C. Neuropatia ottica
D. Encefalomieloneuro-
patia pellagrosa**

**A. Atrofia cerebellare
B. Malattia di Marchiafava-
Bignami
C. Mielinolisi centrale del ponte
D. Demenza alcolica**

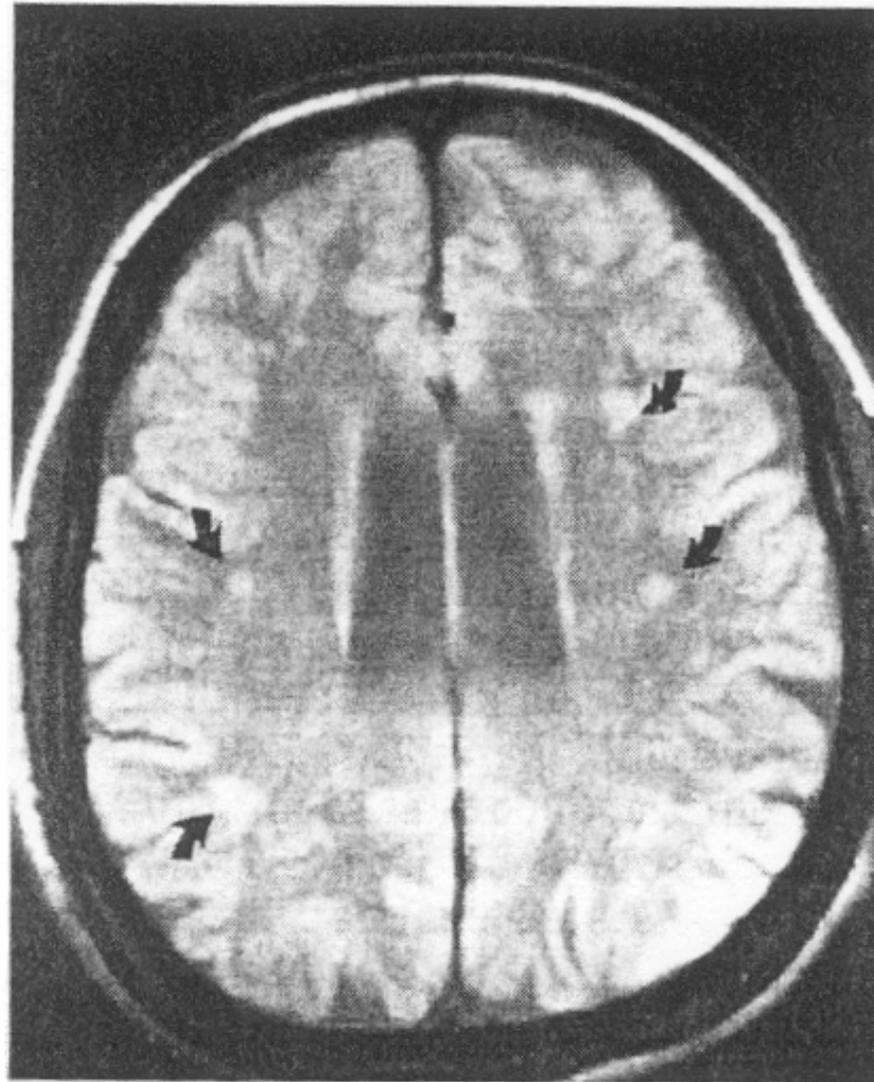


Fig. 10 - RM, sezione assiale T2 pesata: numerose aree di intensità di segnale nella sostanza bianca bilateralmente (freccie).



PIU' FREQUENTI DISTURBI SOMATICI DA ABUSO DI ALCOOL



Disturbi neurologici

- .Tremori fini più evidenti alle estremità degli arti
- .Dolorabilità alla compressione dei tronchi nervosi
- .Polinevrite alcolica

Disturbi dell'apparato gastrointestinale

- .Esofagite da reflusso
- .Gastrite
 - acuta
 - emorragica
 - cronica
- .Duodenite

Disturbi epatici

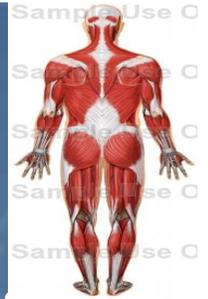
- .Steatosi
- .Epatite alcolica
 - acuta
 - subacuta
- .Cirrosi epatica

Disturbi pancreatici

- .Pancreatite
 - acuta
 - cronica

Benzodiazepine

- Questo è il gruppo più ampio di sostanze di cui si fa un cattivo utilizzo
- In particolare lorazepam e diazepam, solitamente a partire da legali prescrizioni del medico o da furti nelle farmacie
- Possono essere assunte singolarmente come sostanza di scelta oppure per potenziare l'effetto degli Oppioidi.
- Fenomeni di tolleranza alle benzodiazepine si possono verificare con dosaggi giornalieri crescenti di 50-100 mg di diazepam



Benzodiazepine



- Una sindrome da astinenza (Withdrawal syndrome) può verificarsi dopo appena tre settimane di uso continuativo
- Tale manifestazione colpisce circa un terzo di coloro che ne fanno un utilizzo abituale
- La sindrome da astinenza si caratterizza per: aumentata ansia, ipersensibilità alla luce ed ai rumori, occasionali convulsioni, allucinazioni e confusione mentale.
- A seconda dell'emivita del farmaco i sintomi iniziano da 1 a 5 giorni dopo l'ultima dose assunta, hanno un culmine dopo 10 giorni e scompaiono dopo una sei settimane.



■ Sniffare eroina

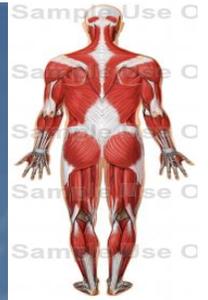
(figura riprodotta con il permesso del soggetto rappresentato)



- "Chasing the dragon"—fumo di eroina (foto riprodotta con il permesso del soggetto)

Oppioidi

- Gli Oppioidi producono un sentimento di piacere intenso ma fugace. I sintomi legati all'astinenza da Oppioidi cominciano poche ore dopo l'ultima dose, raggiungono il culmine dopo due o tre giorni e scompaiono nell'arco di una settimana.
- L'eroina esiste come polvere miscelata (tagliata) con altre sostanze tra cui chalk o lattosio in polvere.
- Può essere sniffata ("snorting"), mangiata, fumata ("chasing the dragon"), inoculata sotto cute ("skin popping"), o iniettata per via endovenosa ("mainlining").
- Pasticche intere possono essere polverizzate e poi iniettate



Intossicazione da oppiacei

- Iniziale euforia seguita da apatia
- Rallentamento psicomotorio
- Sonnolenza
- Difficoltà a parlare, parola abburattata
- Alterazione della memoria e dell'attenzione
- Scarsi sintomi psichiatrici
- Rari agitazione, aggressività, disturbi del comportamento
- Miosi

Astinenza da oppiacei

- Sindrome intensa e di lunga durata (6-12 h dopo ultima dose, picco dopo 2-3 giorni, risoluzione in 7-10 giorni)
- Umore disforico
- Nausea / Vomito
- Dolorabilità muscolare, crampi
- Rinorrea, lacrimazione
- Midriasi, piloerezione, sudorazione
- Diarrea
- Sbadigli
- Febbre
- Insonnia

Complicazioni nell' utilizzo endoveno



- **Scadente tecnica nel praticare l' iniezione**
 - Cellulite
 - Ascessi
 - Tromboflebiti
 - Punture arteriose
 - Trombosi venose profonde
- **Scambio di aghi/siringhe**
 - Epatite B e C
 - HIV o AIDS
- **Contaminanti della sostanza**
 - Overdose
 - Ascessi
 - Gangrena
 - Trombosi

- Il rischio maggiore dell' uso e.v. è l' overdose che può essere accidentale o deliberata

- La morte per overdose può essere rapida, un' overdose dovrebbe essere sospettata in ogni paziente con "pinpoint pupils" (pupille miotiche, a capocchia di spillo!) e depressione respiratoria
- L'iniezione immediata di un antagonista degli oppioidi (Naloxone, Narcan ®) può salvare la vita!





Parents defend overdose pictures



Rachel Whitear's body as it was found in her flat

The parents of a 21-year-old who died of a heroin overdose have defended their decision to release graphic pictures of their daughter's body.

Disturbi psichiatrici da uso di oppiacei

- Delirium da intossicazione
- Disturbo psicotico
- Disturbo dell'umore

Allucinogeni

- Definite anche psichedeliche o psicomimetiche
- Naturali: Psilocibina (funghi), Mescalina (cactus)
- Di sintesi: Dietilamide dell'acido lisergico (LSD), ketamina, fenciclidina

- Inducono una perdita di contatto con la realtà con sensazione di aumento/espansione della coscienza ed allucinazioni
- Meccanismo d'azione sconosciuto, probabilmente implicato principalmente il sistema serotoninergico
- Rari dipendenza ed abuso

Intossicazione da allucinogeni

- Alterazioni della sensopercezione
 - Intensificazione soggettiva delle percezioni (colori più vivaci, profumi intensi)
 - Fenomeni di sinestesia
 - Senso di depersonalizzazione o di derealizzazione
 - Sviluppo di illusioni o allucinazioni prev. visive
 - Alterazione della percezione dello spazio e del tempo
- Sintomi psichiatrici: ansia, depressione, idee di riferimento o franca ideazione paranoide
- Recupero mnestico di esperienze passate: nascita
- Segni e sintomi da attivazione del SNV: tachicardia, midriasi, sudorazione, tremore

Disturbi psichiatrici da allucinogeni

- Delirium
- Disturbo psicotico
- Disturbo percettivo persistente (flash-back)
- Attacchi di panico (bad trip)

Psicostimolanti

- Naturali: cocaina
- Di sintesi: amfetamine quali destroamfetamina, metamfetamina, metilfenidato
- Sostanze euforizzanti, energizzanti e socializzanti
- Effetti simili ma meno intensi e più prolungati con le amfetamine
- Usualmente le amfetamine vengono assunte in cpr mentre la cocaina viene inalata (anche e.v. o fumo)
- Rischi per la salute: eventi cardiaci e cerebrovascolari (vasocostrizione ?), aritmie, miocardiopatia da uso protratto, crisi comiziali, perforazione del setto nasale

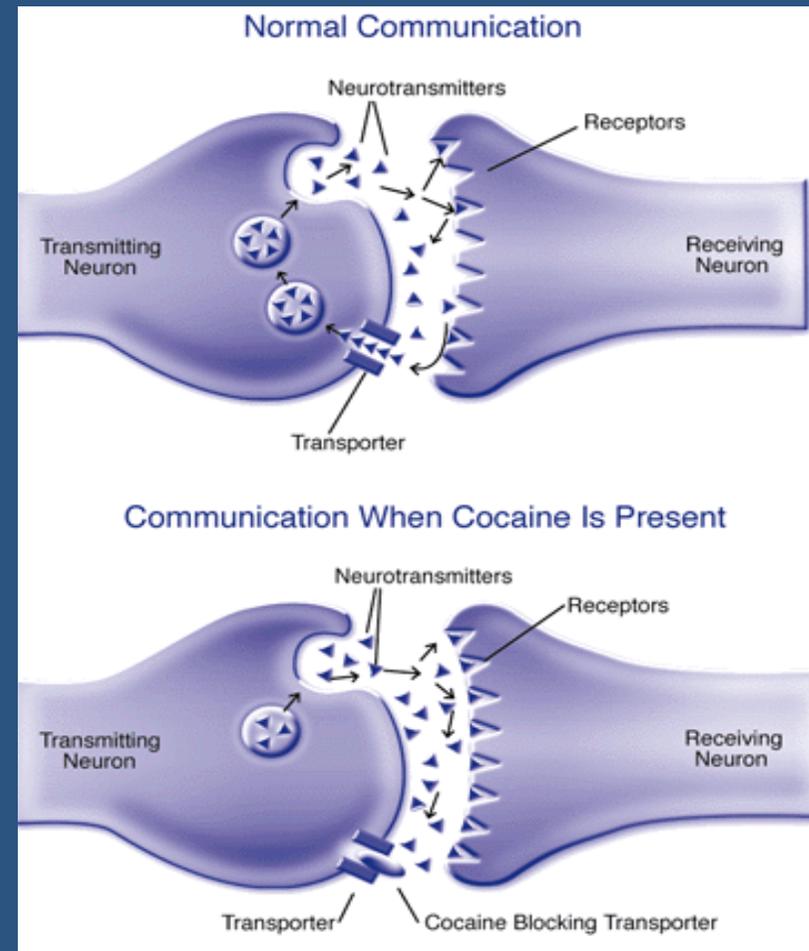
Anfetamine



- Le anfetamine causano uno stato di **iperattività, tachicardia, midriasi, e fini tremori.**
- Gli effetti durano circa tre o quattro ore dopo le quali gli utilizzatori diventano stanchi, ansiosi, irritabili ed irrequieti.
- Alte dosi ed utilizzo cronico possono produrre **psicosi con idee paranoide, allucinazioni ed iperattività.**
- Può verificarsi inoltre Dipendenza fisica ed al termine di un utilizzo prolungato si possono avere profonda **depressione** e passività
- Le Anfetamine erano ampiamente prescritte negli anni sessanta: la più comune fonte di consumo è costituita da polvere di solfato di anfetamina, che può essere presa per bocca, sniffata o per iniezione intravenosa.

Meccanismo d'azione degli psicostimolanti

- La cocaina blocca il reuptake presinaptico di:
 - Dopamina
 - Serotonina
 - Noradrenalina
- Induce la liberazione di dopamina dei neuroni dell'area ventrale tegmentale del sistema limbico (*n. accumbens*).
- Le amfetamine inducono il rilascio di catecolamine (spt dopamina) dalle terminazioni presinaptiche



Il fenomeno delle droghe sintetiche (designer drugs)

- Sono legate al mondo del divertimento
- Vengono assunte allo scopo di intensificare le sensazioni individuali, favorire le relazioni e superare le inibizioni
- Poliabuso
- Uso occasionale (fine settimana)



ECSTASY (MDMA)

EFFETTI PSICOLOGICI

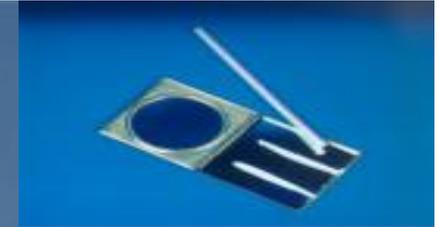
- Eccitamento / effetti psichedelici
- Euforia, fiducia, spensieratezza
- Affabilità, felicità, accondiscendenza
- Apertura mentale, loquacità
- Alteraz. sensopercezione
- Aumento del



Entactogeni

Letteralmente "*sostanze che toccano dentro*", cioè capaci di aumentare la capacità di autoanalisi e di introspezione, altrimenti definite, come nel caso dell'ecstasy, "empatogene", vale a dire in grado di generare *empatia*.

Cocaina



- I preparati a base di cocaina possono essere ingeriti (foglie o pasta di coca), inoculata da sola o insieme ad eroina ("speedballing"), sniffata ("snow"), o fumata (come "crack")
- Il Crack è cocaina nella sua forma base ed è fumata per la velocità e l'intensità dei suoi effetti psico-attivi
- Gli effetti stimolanti ("rush") sono avvertiti entro pochi secondi di fumo di crack, raggiungono il culmine in 1-5 minuti e si dissolvono dopo circa 15 minuti
- La cocaina fumata produce dipendenza fisica con "craving": lo stato di astinenza si caratterizza per depressione e letargia seguite da "craving" crescente, che può durare fino a tre mesi
- L'Overdose può provocare morte per infarto miocardico, ipertermia o aritmie ventricolari

Intossicazione da psicostimolanti

- Esaltazione, euforia, aumento dell'autostima, irritabilità
- Miglioramento delle capacità mentali e fisiche, no fatica
- Ipervigilanza, insonnia
- Iperattività, agitazione psicomotoria, disorganizzazione

- Segni e sintomi da attivazione del SNV: ipertensione, tachicardia, midriasi, sudorazione
- Riduzione del senso della fame

- Nei casi più gravi: sintomi maniacali, dist. del comportamento (impulsività)

Astinenza da psicostimolanti

- Deflessione del tono dell'umore, disforia, depressione
 - Apatia, scarsa spinta a fare le cose, stanchezza
 - Ipersonnia, letargia
 - Aumento dell'appetito
 - Nei casi più gravi: idee suicidiarie
-
- La sindrome (crash) può durare anche diversi giorni in relazione all'uso della sostanza
-
- E' particolarmente forte nei soggetti che assumono cocaina (inizio rapido, picco dopo 2-3 giorni, poi 1 settimana)

Dist. psichiatrici da uso di psicostimolanti

- Delirium da intossicazione
 - Dosi elevate, breve periodo, poliabuso, danno SNC
- Disturbo psicotico
 - Delirio paranoide, allucinazioni uditive e visive, sensazione di avere insetti sotto la cute, comp. bizzarri ed aggressivi
- Disturbo dell'umore
 - Sintomi ipomaniacali e depressivi
- Disturbo d'ansia
 - Crisi di ansia acuta, attacchi di panico, sint. ossessivi

Sostanze volatili



- **Colle** (le più comuni), **gas carburanti**, **agenti per la pulizia**, **diluenti per vernici e correttori**, **and aerosols**
- La principale modalità con cui ne viene fatto abuso è attività di gruppo giovanili; coloro che ne abusano da soli hanno disturbi psichiatrici più severi e maggiore bisogno d'aiuto
- **I loro effetti sono assimilabili a quelli dell' alcool:** intossicazione con iniziale euforia seguita da disorientamento, visione offuscata, instabilità nella marcia, linguaggio farfugliato, atassia e sonnolenza
- Circa 300 giovani muoiono ogni anno per l'uso di sostanze volatili, specialmente attraverso soffocamento



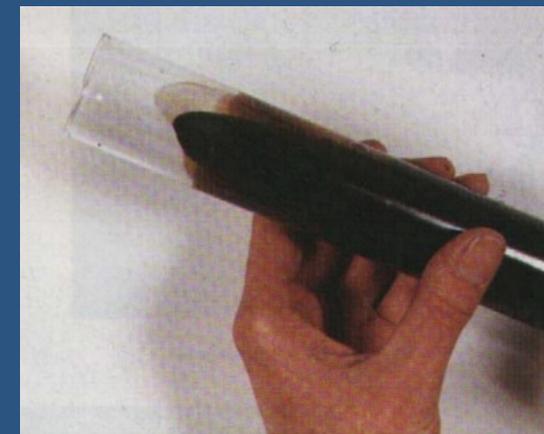
CANNABINOIDI



MARIJUANA (Infiorescenze, foglie seccate) THC 0,5-14%

HASHISH (Resina di cannabis e fiori pressati) THC 2-20%

OLIO DI HASHISH THC 15-50%



Cannabinoidi

- Il cannabinoide che è stato identificato come responsabile primario degli effetti psicoattivi della cannabis è il delta-9-tetraidrocannabinolo (THC)
- I cannabinoidi hanno effetti diversi sul cervello tra cui è preminente l'azione sui recettori cannabinoidi CB1 e CB2 che si trovano diffusi nel sistema nervoso centrale.
- I ligandi endogeni per questi recettori si comportano come neurotrasmettitori
- Inducono rilassatezza, piacevole senso di euforia, lieve compromissione cognitiva
- No marcata dipendenza fisica e sindrome da sospensione

Intossicazione da cannabinoidi

- Senso di rilassamento, euforia
- Alterazioni della sensopercezione: colori più brillanti, intensificazione degli stimoli esterni
- Sensazione di rallentamento del tempo
- Alterazione delle abilità motorie (di lunga durata)
- Alte dosi possono indurre derealizzazione e depersonalizzazione
- Bad trip: ansia, reazione paranoide transitoria
- Iperemia congiuntivale, secchezza delle fauci, tachicardia, aumento dell'appetito

Effetti negativi a lungo termine

- In circa un terzo dei soggetti che fanno uso regolare di cannabis si osservano lievi forme di depressione, ansia o irritabilità
- Mentre all'inizio la cannabis può avere un effetto antiansia o anti-ira (rischio di automedicazione) con l'uso cronico vi è un aumento della aggressività
- Letargia sia fisica che mentale e anedonia
- Aumento di peso e sindrome metabolica
- Sindrome amotivazionale: passività, diminuzione degli impulsi e delle attività mirate ad uno scopo, facile affaticabilità ed apatia
- Sono state documentate atrofia cerebrale e suscettibilità alle convulsioni

Altri rischi legati all'uso di cannabinoidi

- Interferenza con i compiti lavorativi e scolastici,
- Rischi in situazioni come la guida dell'automobile
- Maggior rischio di malattie polmonari (incluse neoplasie)
- Alterazione della risposta immunitaria
- Rischio di difetti congeniti e leucemia per i bambini esposti in utero

Uso di cannabinoidi e schizofrenia

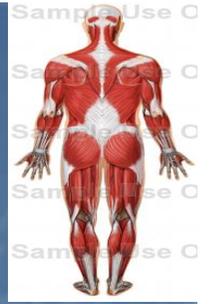
- L'uso di cannabis in persone con preesistenti disturbi psichiatrici può essere molto pericoloso
- In pazienti schizofrenici compensati l'uso di cannabis favorisce la ricomparsa di sintomi psicotici acuti
- La cannabis può indurre / slatentizzare la schizofrenia ?
- Alcune ricerche mostrano che il rischio di schizofrenia è doppio fra i consumatori di cannabis (maggiore per uso di alte dosi) in soggetti non psicotici

Terapia in urgenza (intossicazione)

- P.S. → SPDC
- Antipsicotici: aloperidolo
- Benzodiazepine: lorazepam, diazepam

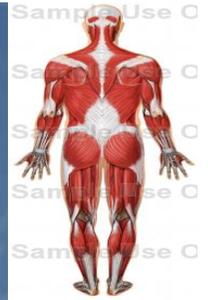
Terapia della dipendenza

- Terapia farmacologiche specifiche:
 - Craving da cocaina: carbamazepina
 - Dipendenza da oppiacei: metadone (20-80 mg/die)
- Terapia dei disturbi psichiatrici presenti (depressione)
- Psicoterapia
- Comunità terapeutiche



Emergenze

Epidemiologia



- 10% dei pazienti ricoverati manifesta comportamenti aggressivi
- Maggiore incidenza nei soggetti giovani di sesso maschile con diagnosi di schizofrenia, alcolismo, disturbi mentali organici, ritardo mentale, epilessia, disturbi di personalità, bipolari in fase maniacale, disturbo borderline di personalità

Praticamente
tutte...

Epidemiologia (USA)



- Circa 40% degli operatori è stato vittima nel corso della carriera di violenza fisica
- L'aggressione avviene con armi di offesa naturale (pugni e calci, 72% dei casi), uso di oggetti (23%), minacce con coltello e/o con armi bianche o oggetti contundenti (5%)

Epidemiologia NB



- Le aggressioni vengono denunciate raramente; si suppone che i dati reali siano circa 5 volte superiori ai dati ufficiali
- Problematiche “metodologiche”
 - definizione non univoca di “comportamento violento”
 - strumento di rilevamento?
 - intralci burocratici, tempi lunghi
- problematiche “personali”
 - sentimenti di colpa
 - timore di subire accuse di negligenza e/o inadeguata professionalità
 - ansia legata a possibili indagini sul “come” e sul “perché” è avvenuto il comportamento aggressivo o sulle modalità della propria difesa, ecc.

Urgenze Psichiatriche



Derivano in genere da una somma di fattori

- Fattori psichici:
 - Malattie psichiatriche
 - Personalità
 - Stati emotivi alterati
- Fattori fisici (malattie organiche, sostanze d'abuso)
- Fattori sociali e ambientali (familiari, reparto, personale presente, grado di tolleranza dell'ambiente)

Situazioni Associate alla Violenza



- Assenza di vie di fuga
- Staff non preparato
- Presenza di oggetti contundenti
- Carenza di osservazione
- Carenza di personale

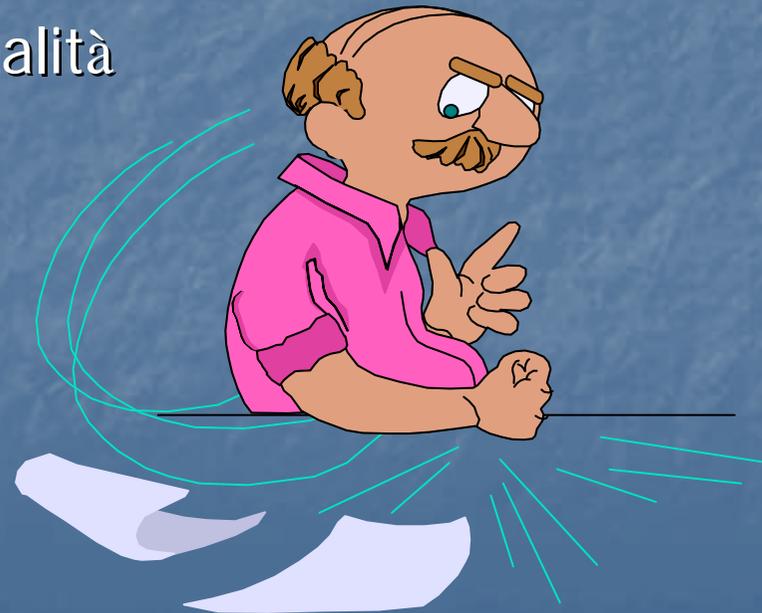
Fattori scatenanti episodi di violenza



- Ansia
 - Rifiuto di una richiesta di ricovero da parte del pz
 - Mancanza di rispetto (reale o immaginaria)
 - Paura
 - Frustrazione
 - Ospedalizzazione coatta
 - Rabbia
 - Perdita del lavoro
 - Lunga attesa
 - Rumore
 - Dolore
 - Deprivazione di sonno

Condizioni associate con la violenza

- Stato confusionale acuto
- Psicosi organica acuta
- Abuso, dipendenza, intossicazione da alcool
- Abuso, dipendenza, intossicazione da sostanze
- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo Bipolare, mania
- Disturbo Borderline di personalità
- Disturbo delirante
- Demenza
- Traumi cranici
- Ritardo mentale
- Schizofrenia

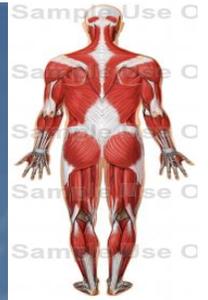


Possibili Presentazioni delle Urgenze



- APERTA: il paziente presenta evidenti alterazioni del comportamento
- COPERTA: il paziente può presentare oppure no un'alterazione evidente del comportamento tuttavia ha un'alterazione significativa del pensiero o dell'umore (es: ideazione suicidaria, umore depresso, gravi sintomi ossessivi, ansia acuta)

VALUTAZIONE N.B.



- Nella situazione di emergenza non è facile valutare le potenzialità aggressive di un paziente e calcolare le probabilità di un comportamento violento.
- Spesso tale valutazione si fonda su impressioni aspecifiche o su un giudizio clinico intuitivo

FATTORI PREDITTIVI di violenza



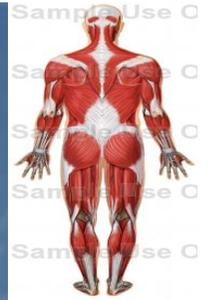
- 1. *Idee di violenza.* (nei confronti di una persona specifica, stato psicotico acuto, voci imperative)
- 2. *Comportamento durante il colloquio.* (crescendo progressivo dell'attività psicomotoria durante il colloquio da aggressività verbale a turpiloquio ad atteggiamenti comportamentali, fino all'atto di violenza).
- 3. *Storia recente di violenza.* (maggior rischio da le azioni violente compiute con mezzi fisici, poi, senza strumenti, fino a comportamenti verso gli oggetti).

FATTORI PREDITTIVI 2



- 4 *Storia remota di violenza.* (eventuali arresti, infrazioni nella guida, coinvolgimento in procedimenti legali, tendenza a punire i figli, o a seviziare gli animali in epoca infantile, problemi costanti con le autorità in epoca adolescenziale).
- 5. *Sistemi di supporto.* (famiglia, amici, gruppo religioso)
- 6. *Compliance.* (atteggiamento non cooperativo, una storia passata di TSO)

FATTORI PREDITTIVI 3



- *7. Storia di abuso di sostanze.* (stati di intossicazione in atto o in condizioni di astinenza)
- *8. Anamnesi medica e neurologica.* (danni neurologici, soprattutto del lobo frontale, vasculopatie cerebrali, demenza di Alzheimer o cerebropatia infantile)

Approccio al pz agitato



Dove incontrare il paziente

- Ambiente adeguato: evitare spazi ristretti, corridoi frequentati da altri pz
- Allontanare familiari o altri pz agitati
- Avere SEMPRE una via di fuga: posizionarsi tra il paziente e la via d'uscita
- Porta aperta o colleghi che osservano la scena
- Evitare la presenza a portata di mano o sulla scrivania/tavolo/ripiano di armi potenziali (biro, siringhe, forbici, vetreria, oggetti contundenti, ombrelli, sedie leggere)
- Evitare di avere addosso oggetti “da vittima”, utilizzabili come appigli o armi (lunghi portachiavi, ciondoli, forbici, cravatte)

Approccio al pz agitato



Come avvicinarsi al paziente

- Non ci si deve inoltre avvicinare al paziente con modalità rapide e decise in senso frontale, poiché può essere percepito come un atteggiamento di confronto, di sfida
- Evitare il contatto diretto e prolungato nello sguardo degli occhi del paziente
- Sorridere o ridere può essere interpretato da parte del paziente in senso aggressivo e dispregiativo
- Avvicinarsi al lato del paziente in posizione latero-frontale porgendo sempre il proprio emicorpo, riducendo così la superficie che può essere oggetto di aggressione

Approccio al pz agitato



Atteggiamento

- Inutile far attendere un pz in ‘escalation’ di aggressività
- Attenzione al linguaggio non verbale
- Mai voltare le spalle ad un pz potenzialmente violento, MAI PERDERE IL CONTROLLO VISIVO
- Consentire uno spazio fisico maggiore del normale (distanza consigliata circa 1,5 mt-fino a 4)
- DIMOSTRARE SICUREZZA
- Riconoscere quando la violenza è imminente
- Se c'è una sensazione di ansia è giusto seguire il proprio istinto e proteggere la propria sicurezza personale
- Evitare da parte del minacciato qualsiasi manifestazione di perdita di controllo emotivo e motorio

Approccio al pz agitato



Colloquio

- Restare calmi, con atteggiamento tranquillo e accogliente
- Parlare lentamente, a basso volume, con frasi corte, concetti semplici e concreti
- Incoraggiare la verbalizzazione
- Lasciare tempo al paziente per esprimere e descrivere i sentimenti
- Fornire al pz la possibilità di scegliere qualcosa (es luogo del colloquio)
- Avvertire che la violenza non sarà tollerata e che sarà considerato responsabile delle azioni commesse, offrendo aiuto (es sedativi) nel caso in cui non sia in grado di controllarsi
- TRASFORMARE LA SITUAZIONE DI EMERGENZA IN UN CONTESTO IN CUI SIA POSSIBILE PARLARE E NON AGIRE

Approccio al pz agitato



Colloquio: cosa non fare

- MAI interrompere il pz in modo autoritario e minaccioso utilizzando la mano, il dito puntato, alzando il volume della voce, avvicinandosi sino a sfiorarlo fisicamente
- MAI esprimersi in modo provocatorio, emettere giudizi, fornire interpretazioni
- MAI formulare promesse che poi non possono essere mantenute (evitare il ricovero, non somministrargli farmaci o di rimandarlo a casa nell'immediatezza)

Approccio al pz agitato



Pz minaccioso: qualche suggerimento

- Deviare l'aggressività da una persona ad un problema più generale (“Non credo che lei voglia aggredire un semplice infermiere, ho avuto l'impressione che il problema di cui parlava fosse più importante”).
- Può essere tranquillizzato da una persona (il garante) di cui ha fiducia e la cui presenza serve a diluire la montata di ansia e di aggressività (familiari, medico)
- Familiarizzare col paziente (offrire una sigaretta, prepararsi un caffè, dividere e consumare del cibo, trovare interessi che uniscono, comunanze di gusti, aver vissuto uguali esperienze)
- Essere individualizzati può permettere al paziente di

provare quell'emozione che può essere un freno inhibitorio

Approccio al pz agitato



E' FONDAMENTALE...

- SAPERE QUANDO INTERROMPERE IL COLLOQUIO
- Quando il trattamento farmacologico è necessario
- Quando il TSO è necessario, se qualsiasi altro intervento è impossibile



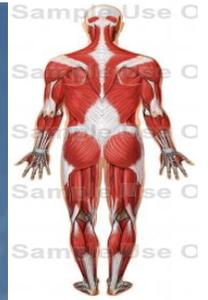
Come i pazienti vedono l'intervento farmacologico..

E' successo che fare? POSSIBILI REAZIONI



- La prima reazione è la rabbia per non essere stati protetti dalla struttura, dai medici, dai colleghi e il desiderio di rappresaglia
 - Scarsa soddisfazione nel lavoro
 - Scarsa concentrazione
 - Insicurezza
 - Cambiamento di lavoro
 - Rifiuto di identificarsi con i pazienti
- Ansia
- Diniego
- Sentirsi turbato
- Autocolpevolizzarsi
- Paura di occuparsi di pazienti gravi
- Irritabilità
- Rabbia
- Cefalea
- Depressione

E' successo che fare?



- Sessioni di ‘debriefing’ di tutta l’equipe immediatamente dopo l’episodio sono utili per tutti
- Ricavare una descrizione precisa di cosa è successo
- Valutare i sentimenti di rabbia e impotenza che possono emergere
- Discussione su come prevenire il ripetersi dell’episodio
- Le vittime di episodi di violenza sono a rischio di sviluppare un Disturbo Post Traumatico da Stress!



Psicofarmaci



Sample Use O
Sample Use O
Sample Use O
Sample Use O
Sample Use O

Classi di Farmaci

- Antidepressivi
- Antipsicotici
- Benzodiazepine
- ECT
- Stabilizzanti



Antidepressivi



- Appartengono a questo gruppo, i farmaci efficaci nel migliorare l'umore negativo e gli altri sintomi tipici della depressione e perciò detti antidepressivi. Esistono tre sottogruppi di antidepressivi: gli inibitori delle mono-amminossidasi (IMAO), i triciclici e gli inibitori selettivi del recupero della serotonina (SSRI). Questi farmaci sono generalmente efficaci, ma possono indurre effetti collaterali. A differenza degli ansiolitici, gli antidepressivi non creano dipendenza. Gli antidepressivi devono essere assunti con regolarità e, in alcuni casi, è necessario aspettare alcune settimane, prima di ottenere benefici. Inoltre, alcuni farmaci devono essere sospesi gradualmente, per dare modo all'organismo di adattarsi alla nuova condizione.
- Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Sertralina, Fluvoxamina...

ECT

- In caso di depressione resistente
- Da effettuarsi in ambiente specialistico
- Notevole efficacia
- Scarsi effetti collaterali
- Problemi di accettazione



Svantaggi delle diverse classi di antidepressivi



- **Antidepressivi Triciclici**
- Prominenti effetti anticolinergici quali secchezza delle fauci, visione offuscata, costipazione, ipotensione posturale, ritenzione urinaria
- Necessità di iniziare con una piccola dose e aumentarla gradualmente
- Aumento di peso
- Effetti collaterali gravi:
 - Aritmie cardiache
 - Convulsioni
 - Depressione del sistema nervoso centrale (potenziato dall'alcool)
- Tossici in overdose



■ **Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)**

- Costo elevato
- Sviluppo della sindrome serotonergica, caratterizzata da emicrania, dolori gastrointestinali, nausea e ansia
- Mancanza di sedazione
- Interazioni potenziali con altri farmaci (warfarin, phenytoin, etc)
- Alcuni effetti collaterali distressing (disfunzioni sessuali)

■ **Inibitori monoamine oxidase**

- Interazione pericolosa con cibi ricchi di tiramina e farmaci sympathomimetic, che possono condurre a crisi ipertensive
- effetti collaterali anticolinergici ed epatotossici

Tratto da: SR Pathare, C Paton, ABC of mental health: Psychotropic drug treatment, BMJ, 1997; 315:661-664

- Necessità di un periodo di washout



- A molti pazienti depressi vengono prescritte dosi di antidepressivi troppo basse e per periodi troppo brevi, determinando così una risposta assente o ridotta, frequenti ricadute e aumento della morbidity
- Circa il 70% dei pazienti traggono beneficio dall'antidepressivo se dato a dosi terapeutiche (come per es. amitriptilina 150 mg/die o fluoxetina 20 mg/die) per un periodo adeguato (6-8 settimane).



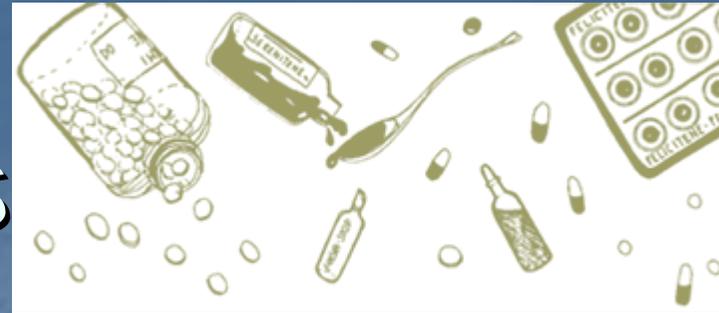
- Per un singolo episodio di depressione, il trattamento dovrebbe protrarsi dopo la remissione dei sintomi per almeno 6 mesi nei pazienti giovani e per almeno due anni nei pazienti anziani. In caso di episodi ricorrenti di depressione, si dovrebbe pensare a tempi ancora maggiori
- **L'importanza della compliance** dovrebbe essere enfatizzata, così come il rischio di ricaduta se la terapia è interrotta troppo presto: il 65% dei pazienti che interrompono la terapia hanno ricadute entro 1 anno, in confronto al 15% di coloro che continuano la terapia farmacologica.

Antipsicotici



- I farmaci antipsicotici, chiamati anche neurolettici o tranquillanti maggiori, sono usati per il trattamento della schizofrenia, delle fasi maniacali del disturbo bipolare, e di quei disturbi in cui sono presenti sintomi psicotici. Gli antipsicotici sono capaci di migliorare sensibilmente la sintomatologia (allucinazioni e deliri), ma provocano anche effetti collaterali, che di regola sono reversibili, cioè terminano con la sospensione del trattamento. Un'eccezione alla regola è rappresentata dalla discinesia tardiva (cioè movimenti involontari dei muscoli della lingua e della bocca), un effetto collaterale che si presenta in seguito a trattamento prolungato con farmaci antipsicotici. Questi farmaci non creano dipendenza. L'uso di alcuni antipsicotici comporta controlli periodici.
- Aloperidolo, Clorpromazina, Risperidone, Olanzapina...

Antips



Side effects of traditional antipsychotic drugs

Common side effects

- Sedation
- Anticholinergic effects—Made worse by antimuscarinic drugs (such as procyclidine)
- Weight gain
- Extrapyramidal side effects
- Sexual dysfunction
- Photosensitivity (mainly chlorpromazine)

Rare side effects

- Epileptic seizures
- Bone marrow suppression
- Abnormalities in cardiac conduction
- Associated with unexplained sudden death

Grado di sedazione e potenza antipsicotica

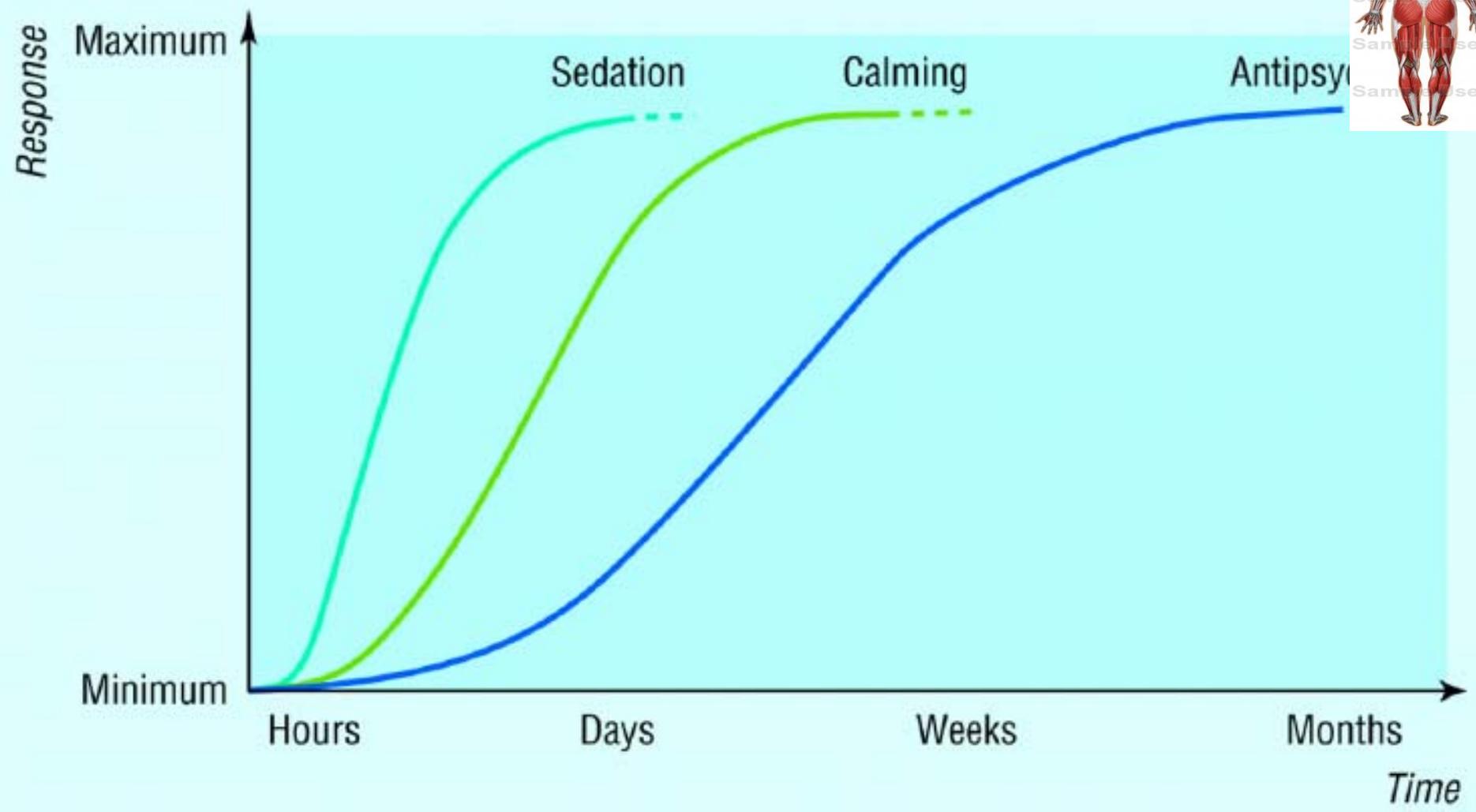


- I vecchi, tradizionali, farmaci si differenziano usualmente per il **grado di sedazione** che inducono. La clorpromazina è il più sedativo, mentre la trifluoperazina il meno sedativo.
- L'opposto si verifica per la **potenza antipsicotica**, laddove i farmaci più sedativi sono meno potenti dei non sedativi
- I composti ad alta potenza sono usati primariamente per trattare gli adulti con disturbi psicotici acuti mentre i farmaci a bassa potenza sono usati quanto l'agitazione è prominente o laddove sono desiderati effetti sedativi

Risposta alla terapia antipsicotica

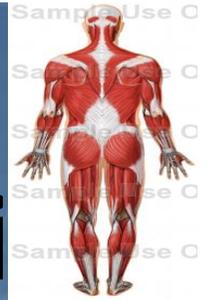


- **Gli antipsicotici hanno generalmente un effetto calmante e sono utili nel ridurre l'eccitabilità nei primi giorni di trattamento.** La risposta dell'antipsicotico è più variabile benché, come regola generale, sia frequente vedere un inizio di risposta terapeutica dopo una settimana di terapia ed una piena risposta terapeutica durante le prime 6 settimane
- Una dose terapeutica per un adeguato periodo di tempo (per esempio aloperidolo 10 mg/die per sei settimane) produce una buona risposta in un terzo dei pazienti, una risposta parziale in un altro terzo, e una minima o nessuna risposta nei restanti pazienti



Tratto da: SR Pathare, C Paton, ABC of mental health:Psychotropic drug treatment, BMJ, 1997; 315:661-664

Dose dei farmaci antipsicotici

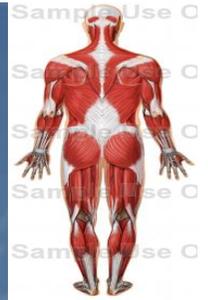


- Non c'è evidenza che alte dosi conducano a una più rapida risposta o ad una maggiore efficacia nella maggior parte dei pazienti
- Possono condurre invece ad una alta incidenza di effetti collaterali e potrebbero essere associati ad una morte cardiaca improvvisa



- La durata convenzionale di un trattamento per un primo episodio di schizofrenia è da **uno a due anni dopo la completa remissione dei sintomi**
- Per episodi ripetuti di psicosi, è raccomandato **proseguire il trattamento per almeno 5 anni ed in alcuni casi per tutta la vita**

Stabilizzanti



- Appartengono a questo gruppo i farmaci efficaci nel trattamento del disturbo bipolare. Uno dei farmaci più potenti, appartenente a questa categoria, è il litio. Pur essendo un farmaco efficace, il litio presenta un inconveniente non trascurabile: può essere tossico se raggiunge determinati livelli nell'organismo. Per questo motivo è necessario tenere sotto controllo periodicamente (di solito ogni 3-6 mesi) la sua concentrazione nel sangue.
- Litio, Valproato, Carbamazepina...

Benzodiazepine



- Appartengono a questo gruppo i farmaci (tranquillanti ed ipnotici) efficaci nel trattamento dei disturbi d'ansia. Questi farmaci, di solito, hanno effetto nel breve termine ma assai meno nel lungo termine; talvolta, come conseguenza del loro uso si può avere un peggioramento della sintomatologia (il cosiddetto effetto rebound) e lo svilupparsi di una certa dipendenza. Anche in considerazione di questi effetti, gli ansiolitici dovrebbero essere prescritti soltanto nei casi di ansia o insonnia grave e comunque per periodi brevi.
- Lorazepam, Lormetazepam, Diazepam...



Esempio di Terapia

SERENASE aloperidolo 4mg
SEROQUEL Quetiapina 400mg

NEUROLETTICI

AKINETON R Biperidene 4mg

ANTIPARKINSONIANO

DALMADORM Flurazepam 30mg
TAVOR Lorazepam 7,5 mg

BENZODIAZEPINE

CIPROXIN Ciprofloxacina 1000mg

ANTIBIOTICO

DAKTARIN ORAL GEL Miconazolo

ANTIMICOTICO

LAEVOLAC Lattulosio

LASSATIVO