

I DISTURBI SCHIZOFRENICI

Antonio Lora

PSICOSI/NEVROSI

I DISTURBI NEVROTICI, SONO
QUELLE IN CUI E' CONSERVATO UN
CORRETTO <RAPPORTO DI REALTA'>,
MENTRE IN QUELLE PSICOTICHE
TALE RAPPORTO SI PERDE.

PSICOSI

PER <RAPPORTO DI REALTA'> SI INTENDE LA
CORRETTA PERCEZIONE DI SE', DEGLI
ALTRI E DEL MONDO E LA CAPACITA' DI
RICONOSCERE UN SINTOMO IN QUANTO
TALE.

DA QUESTO DERIVA LA CONSAPEVOLEZZA
DI MALATTIA E LA CAPACITA' DI CRITICA
DEI PROPRI COMPORTAMENTI
PATOLOGICI

SCHIZOFRENIA È UNA PAROLA ALLA QUALE SI DANNO TANTI SIGNIFICATI

- Schizofrenia è una parola alla quale si danno tanti significati, alcuni proprio sbagliati, altri solo superati dalle nuove conoscenze della medicina.
- Per esempio, per alcuni chi soffre di Schizofrenia è una persona segnata a vita che non può riprendersi. Questo non è più vero, con le cure psicologiche e le medicine, di schizofrenia si può guarire o si possono avere periodi di benessere anche molto lunghi.
- Infatti, con le terapie che ci sono adesso, quasi **una persona su tre** che soffre di questo disturbo **ne guarisce completamente**. Un altro terzo se continua a curarsi non ha crisi e riesce ad affrontare la vita più o meno serenamente. Un altro terzo, infine, continua ad avere la schizofrenia per la maggior parte della vita. Anche in questi casi si può fare qualcosa, soprattutto se le famiglia e i Servizi di Salute Mentale riescono a lavorare insieme.

LA SCHIZOFRENIA È RARA?

- Alcune persone pensano che la Schizofrenia sia un disturbo mentale raro e per questa ragione si sentono particolarmente sfortunati perché è capitato proprio nella loro famiglia.
- In realtà non si tratta di un disturbo raro. Infatti, circa **una persona ogni 100** in ogni parte del mondo può avere in un periodo della sua vita disturbi schizofrenici.
- Dunque la Schizofrenia è un disturbo mentale piuttosto frequente e in alcuni casi piuttosto serio.

COME COMINCIA LA SCHIZOFRENIA?

- La Schizofrenia comincia in genere tra i 15 e i 30 anni, con un esordio più precoce nei maschi.
- Essa più facilmente inizia in uno dei periodi di vita più delicati:
 - durante lo sviluppo adolescenziale (che consiste anche in uno sviluppo cerebrale) e
 - all’inizio dell’età adulta, quando si inizia a decidere del proprio futuro, ci si orienta nella scelta del lavoro o dello studio, si cominciano ad avere rapporti sentimentali più impegnativi.
- In alcuni casi comincia quasi **all’improvviso** e in pochi giorni o settimane una persona non riesce più a distinguere cosa avviene nella realtà e cosa nella sua mente. Altre volte, invece, questo disturbo mentale incomincia più **lentamente**: prima di avere una crisi passano dei mesi o in qualche caso degli anni, durante i quali una persona ha dei comportamenti strani, per esempio è molto chiusa, non ha amici, non riesce a seguire a scuola le lezioni come i suoi compagni.

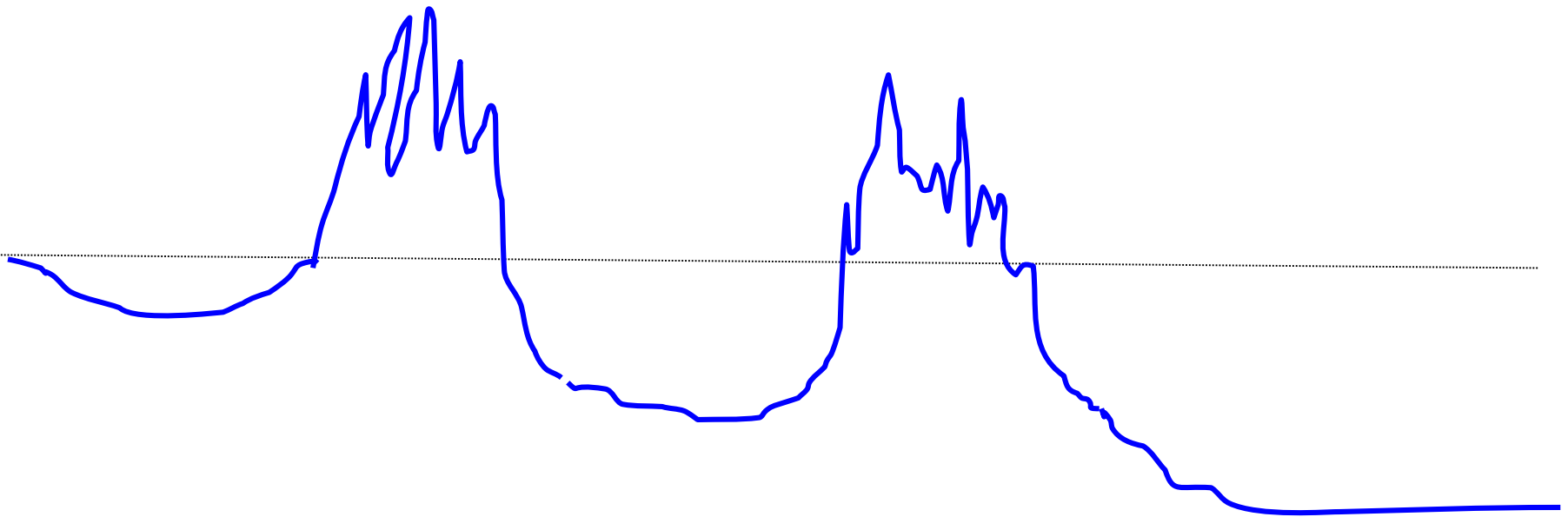
COME EVOLVE LA SCHIZOFRENIA?

Più frequentemente la malattia si caratterizza per fasi successive:

1. FASE PRODROMICA: ritiro sociale, apatia, bizzarie del comportamento
2. FASE PRODUTTIVA ACUTA: allucinazioni, deliri, agitazione psicomotoria, comportamento disorganizzato
3. FASE PRODUTTIVA SUB ACUTA: impoverimento volitivo, perdita d'interessi, chiusura autistica, deliri e allucinazioni.
4. FASE A SINTOMI NEGATIVI: impoverimento cognitivo, depressione, abulia.
5. FASE RESIDUALE: indementimento precoce

LA FASE 2. 3. 4 POSSONO SUSSEGUIRSI PER DIVERSI ANNI IN VARIO MODO ED ORDINE, PRIMA CHE SI MANIFESTI LA FASE RESIDUALE

SCHIZOFRENIA



I SINTOMI DELLA SCHIZOFRENIA

- Non è facile fare diagnosi di Schizofrenia, anche perché non ci sono analisi del sangue, o radiografie o TAC che dimostrano che una persona ha la Schizofrenia.
- I sintomi più comuni della Schizofrenia sono:
 - i deliri
 - le allucinazioni
 - i disturbi nel modo di organizzare i pensieri e di raccontarli
 - i disturbi delle emozioni
 - la tendenza a isolarsi dagli altri.

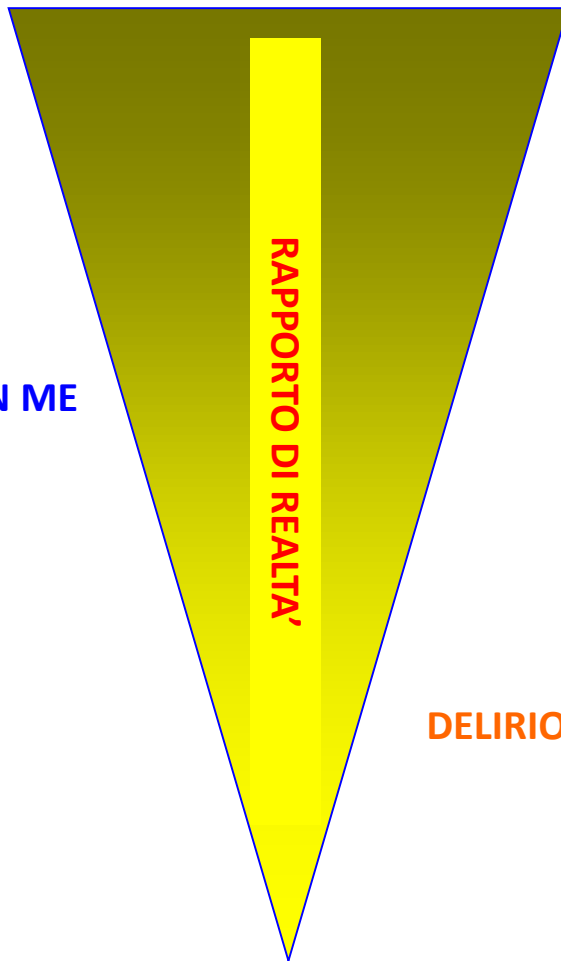
IL DELIRIO

- Il delirio è un'idea di cui una persona si convince, a cui crede anche completamente che per gli altri è assurda, non corrisponde alla realtà.
- Quando una persona ha la Schizofrenia può convincersi che:
 - qualcuno voglia fargli del male,
 - i propri pensieri siano controllati dall'esterno,
 - vi siano messaggi particolari nelle cose che vede, nel modo di fare degli altri, nella televisione,
 - si sia trasformato in un'altra persona
 - abbia poteri speciali.
 - che la propria mente sia sotto il controllo di qualcosa
- Queste idee sono spesso così assurde per gli altri, che perfino i familiari stentano a crederci. Il fatto che gli altri non provino le stesse cose, spesso comporta litigi e incomprensioni, anche perché è difficile far cambiare idea a chi ha un delirio.
- Però, quando la crisi diventa meno grave, con una adeguata terapia la stessa persona può iniziare a criticare quello che pensava

**TEMO CHE QUALCUNO POSSA
AVERCELA CON ME**

**STO SEMPRE ATTENTO A
IDENTIFICARE CHI CE L'HA CON ME**

**SONO CERTO DI ESSERE AL
CENTRO DI UN COMLOTTO**



SOSPETTOSITA'

**PENSIERO PREVALENTE
TIPO PARANOIDE**

DELIRIO PERSECUTORIO

LE ALLUCINAZIONI

- La persona sente cose che gli altri non possono sentire, vede cose che gli altri non vedono, sente odori che per gli altri non ci sono. Per chi ha le allucinazioni, è proprio come se gli occhi davvero vedessero e le orecchie davvero sentissero quelle cose che gli altri non provano.
- Le voci, soprattutto, sono molto frequenti e spesso sono fastidiose e minacciose. La persona può sentire nella propria testa o attraverso le orecchie. Anche se a volte sono di compagnia, quasi di conforto, più spesso danno molta angoscia, impediscono a chi le sente di pensare chiaramente, mettono paura.

I DISTURBI DEL PENSIERO

- I disturbi del modo di organizzare e raccontare i pensieri si manifestano nel parlare e nello scrivere.
- Le persone che hanno questi disturbi a volte inventano parole strane, incomprensibili; altre volte perdono il filo del discorso, cominciando a parlare di una certa cosa e passando quasi senza senso a parlare di un altro argomento (“dissociazione”).
- A volte invece queste persone parlano così poco che è difficile riuscire a comunicare con loro, a capire cosa li preoccupa.

EMOZIONI E RAPPORTI CON GLI ALTRI

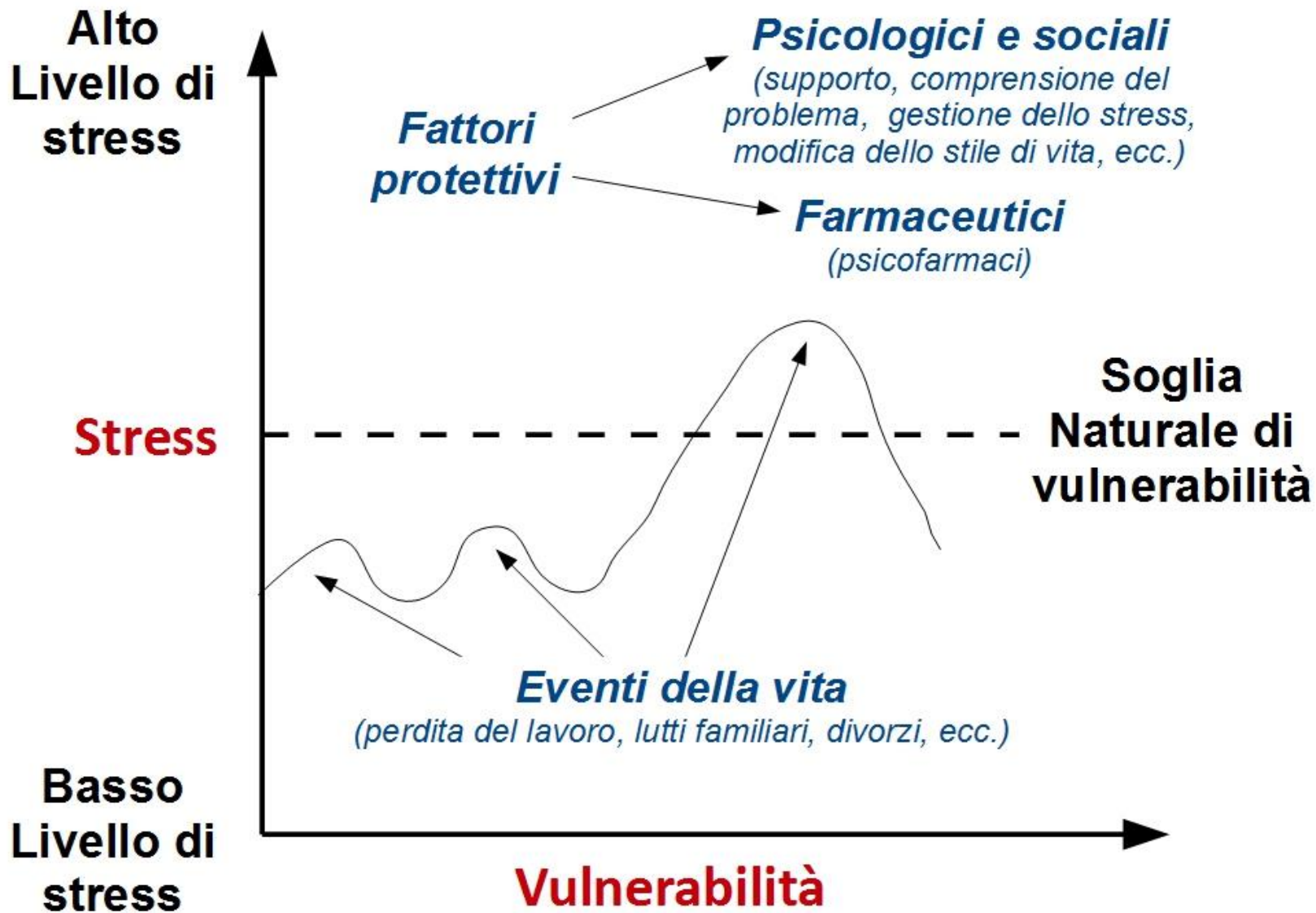
- I disturbi dell'emozione si manifestano soprattutto con difficoltà a provare gioia o dolore, come se tutto fosse senza colore, oppure con difficoltà a comportarsi in maniera adeguata alla situazione. Per esempio, si piange se capita una cosa bella o si è allegri se accade un fatto triste.
- La tendenza ad isolarsi dagli altri è un sintomo difficile da curare e da capire, forse ancor più di quelli di cui abbiamo parlato prima. E' la tendenza a stare sempre più da soli, ad evitare la compagnia degli altri, chiudendosi sempre più in se stessi.

LE CAUSE DELLA SCHIZOFRENIA - 1

- la schizofrenia non è dovuta ad un'unica causa, ma sono necessarie più condizioni perché questo disturbo si manifesti.
- Molto spesso la Schizofrenia comincia dopo un periodo di stress, che può essere legato sia a situazioni difficili che durano da molto tempo, sia a fatti improvvisi negativi (come un lutto in famiglia) o felici (come la nascita di un figlio). Proprio perché è preceduta spesso da fattori stressanti, probabilmente è dovuta all'unione di più cause, esterne e interne all'individuo.
- Riguardo ai fattori interni all'individuo, questi potrebbero essere sia legati a precoci esperienze di vita negative (ad esempio abuso) sia a fattori genetici.

LE CAUSE DELLA SCHIZOFRENIA - 2

- Va precisato che non è stato scoperto finora nessun gene che causi in modo diretto la schizofrenia. Però si è visto che in alcune famiglie questo disturbo è più frequente e che se ci sono già dei casi di Schizofrenia, soprattutto tra i familiari più stretti, la probabilità di avere questo disturbo può essere più elevata.
- Esistono persone più sensibili che presentano i sintomi della schizofrenia quando si trovano a dover affrontare più situazioni difficili. E' un po' come accade a chi è debole di cuore o di stomaco: se sottoposti a molte difficoltà e a stress continui, cominciano a soffrire di pressione alta o di ulcera. Anche in questi casi si tratta di persone più sensibili a manifestare una determinata malattia solo se le condizioni di vita sono particolarmente complicate.
- Queste persone, se modificano il loro stile di vita o imparano ad affrontare meglio le difficoltà, possono avere meno probabilità di ammalarsi.



FAMIGLIA E SCHIZOFRENIA

- Per molto tempo si è pensato che un'infanzia infelice o una situazione familiare stressante potessero essere da sole le cause della schizofrenia. Non ci sono studi che dimostrino che sia proprio così.
- Però, come per altre situazioni, vivere in un ambiente familiare difficile significa aumentare lo stress e quindi vivere meno bene.

CHI HA LA SCHIZOFRENIA È UNA PERSONA AGGRESSIVA O PERICOLOSA?

- Questa idea non corrisponde alla verità nella maggior parte dei casi: nella maggior parte dei casi chi ha la Schizofrenia non è una persona violenta ed è vittima di violenza.
- Chi ha la schizofrenia può avere dei momenti o dei periodi in cui non riesce a controllarsi, ma questi in genere non capitano all'improvviso e sono spesso legati a situazioni che si possono imparare a riconoscere.
- Questi momenti, inoltre, accadono in genere quando ci si trova in un **periodo di crisi**, quando le terapie non funzionano bene o **se si abusa di alcol e droghe**.

IL TRATTAMENTO DELLA SCHIZOFRENIA

- La schizofrenia è probabilmente dovuta ad uno squilibrio a livello di neuro mediatori che peggiora con lo stress e che comporta problemi a livello della vita quotidiana.
- Il trattamento della schizofrenia deve:
 - correggere uno squilibrio a livello di neuro mediatori
 - ridurre lo stress
 - fornire un supporto riabilitativo, dove sia necessario

GLI PSICOFARMACI COME AGISCONO?

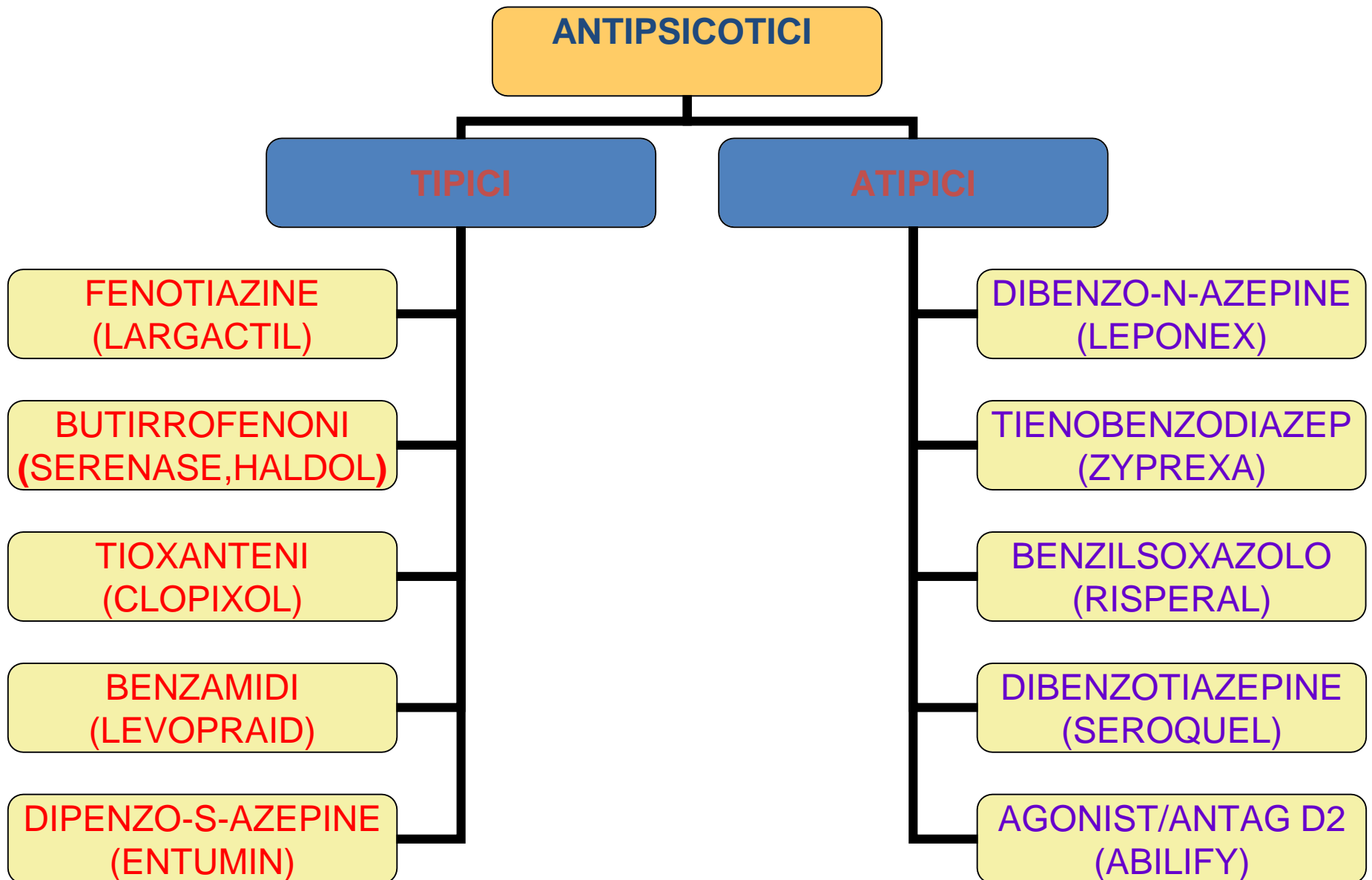
- Quando ci troviamo in situazioni di stress, il nostro organismo reagisce aumentando o diminuendo la quantità di alcuni neuromediatori cerebrali che regolano i nostri comportamenti.
- Da circa 60 anni i farmaci usati per curare la schizofrenia sono gli **antipsicotici**, che in grado di regolare questi neuromediatori
- Sono particolarmente utili per combattere deliri, allucinazioni, agitazione e disturbi del pensiero. Sono efficaci nei 3/4 dei pazienti con schizofrenia
- Altri sintomi migliorano più difficilmente: la tendenza ad isolarsi, l'apatia , la mancanza di energia, la depressione

I FARMACI ANTIPSICOTICI

I farmaci antipsicotici si dividono in:

- farmaci di prima generazione o tipici che modulano principalmente la dopamina
- farmaci di seconda generazione in cui la modulazione interessa altri neuro mediatori (ad esempio la serotonina) oltre la dopamina. Da questo diverso obiettivo recettoriale deriva in parte una differente azione e differenti effetti collaterali
- Sono essere somministrati per via orale e per molti prodotti ci sono anche le preparazioni depot, che praticate i.m. durano alcune settimane (2-4)

CLASSIFICAZIONE DEGLI PSICOFARMACI



EFFETTI COLLATERALI

- Sonnolenza
- Tremore
- Rigidità muscolare
- Spasmi muscolari (raro) e movimenti involontari
- Aumento dell'appetito
- Aumento di colesterolo e trigliceridi
- Aumento della glicemia
- Problemi della sfera sessuale

COSA FARE QUANDO CI SONO GLI EFFETTI COLLATERALI

- Parlarne con il medico prescrittore
- Aspettare (sono peggiori all'inizio della terapia poi tendono a scomparire)
- dietro parere medico:
 - Ridurre la dose del farmaco
 - Cambiare il farmaco con uno che ha un diverso profilo di effetti collaterali.
 - Prendere un farmaco che fa diminuire gli effetti collaterali (antiparkinson anticolsterolo).
 - Utilizzare rimedi specifici per i singoli effetti collaterali (dieta per aumento appetito)

PERCHÉ È IMPORTANTE PRENDERE I FARMACI REGOLARMENTE ?

- Se si prendono i farmaci regolarmente si dimezza le probabilità di avere una ricaduta: nell'anno seguente l'interruzione degli antipsicotici il 70% dei pazienti ha una ricaduta a fronte di una percentuale di ricadute pari al 30% nei pazienti che li assumono
- Anche se si prendono i farmaci si può avere in un momento di forte tensione una ricaduta, ma senza i farmaci sarebbe senz'altro più grave e diventa più facile bloccare la ricaduta aumentando i farmaci.
- Quando si sospendono i farmaci inizialmente la persona continua a stare bene per alcuni mesi , perché la ricaduta non è immediata ma ci vuole qualche mese.
- Le ricadute sono generalmente più gravi e più difficili da trattare

SEGNI PRECOCI DI CRISI

Sono specifici per ogni persona e i familiari possono diventare esperti nel riconoscerli:

- Disturbi del sonno
- Irritabilità ed Irrequietezza
- Parlare di meno o di più
- Cambiamenti del modo di comportarsi
- Difficoltà di concentrazione

DROGHE E SCHIZOFRENIA

- Le sostanze da abuso (cocaina, hashish, anfetamine e altre droghe sintetiche) sono frequentemente usate dai giovani con disturbi schizofrenici
- Le droghe facilitano l'insorgere di psicosi nei soggetti predisposti e peggiorano il loro decorso ed esito.

SCHIZOFRENIA E DISABILITA'

- La disabilità è l'incapacità a svolgere ruoli ed attività quotidiane che sono normalmente attesi ad una persona di quella età, sesso, condizione culturale e sociale.
- La schizofrenia che colpisce spesso in età giovanile nei casi a decorso intermittente e continuo crea disabilità
- Per combattere la disabilità non servono i farmaci ma interventi riabilitativi

PER DIMINUIRE LO STRESS E PER MIGLIORARE LA VITA QUOTIDIANA

- Per ridurre lo stress:
 - psicoterapia cognitiva
 - Trattamenti psico-educativi
- Per migliorare la vita quotidiana:
 - Interventi riabilitativi finalizzati a recuperare un buon funzionamento in campo lavorativo e relazionale



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità".

Si trasmette, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 13 novembre 2014.

A handwritten mark, possibly a signature or initials, consisting of a simple, curved line.

Approvato in sede di **Conferenza Unificata Stato-Regioni** il 13
novembre 2014

PRESA IN CARICO PRECOCE

- **continuità della cura tra Psichiatria e NPIA**
- presa in carico del paziente all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una **serie continuativa ed intensiva di contatti** a livello territoriale.
- **valutazione multi professionale** dei problemi clinici e psicosociali del paziente e della sua famiglia
- **interventi di natura multi professionale** anche nel contesto di vita del paziente.
- routinariamente **interventi psicoeducativi e psicoterapici**; se compromissione del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave, interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, basati sulle evidenze.
- **trattamento continuativo con farmaci antipsicotici**, monitorando in modo attento la sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici

GESTIONE DELLA FASE ACUTA

- **limitare** il ricorso al **TSO** ed evitare **episodi di contenzione** a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti.
- **Degenza limitata** nel tempo e attenzione ad evitare riammissioni
- **Dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici per almeno 1 - 2 anni** e se interrotti monitoraggio clinico di eventuali ricadute per 2 anni.
- Attenzione alla **sicurezza dei trattamenti** psicofarmacologici
- Nei pazienti con schizofrenia resistente trattamento con **clozapina**
- Trattamento con **farmaci antipsicotici depot** per i pazienti con ricadute frequenti
- **Alla dimissione in tempi brevi un appuntamento in CSM** e cura intensiva a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto. Nei pazienti con ricadute frequenti revisione del programma di cura all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o dell'equipe congiunta CSM - SPDC.

TRATTAMENTI CONTINUATIVI E A LUNGO TERMINE -1

- Trattamento continuativo di natura multi professionale
- Se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana, **piano di trattamento individuale (PTI) e case manager.**
- **Contatti regolari con i familiari** dei pazienti
- Ai pazienti, ed in particolare a quelli con **frequenti ricadute**, e alle loro famiglie sono erogati interventi di carattere psicoeducativo; e, quando appropriato, trattamento psicoterapico.
- Nel caso di abuso/dipendenza da sostanze a livello moderato /grave valutazione e **presa in carico congiunta con SERD**
- Trattamento continuativo con **farmaci antipsicotici in monoterapia** e con un dosaggio all'interno del range terapeutico, e nei casi di schizofrenia resistente viene offerto un trattamento con clozapina.

TRATTAMENTI CONTINUATIVI E A LUNGO TERMINE -2

- monitoraggio della sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici.
- Ai pazienti con ricadute frequenti offerto un trattamento con farmaci antipsicotici depot,
- **Nel caso che il paziente interrompa il trattamento farmacologico,** il CSM mantiene **contatti clinici regolari** nel periodo seguente l'interruzione del trattamento e si attiva per ricontattare il paziente in caso che questi interrompesse completamente i contatti con il DSM.
- In collaborazione col medico di medicina generale viene fatto un regolare monitoraggio della salute fisica e degli stili di vita.
- Sono offerti gruppi di *self-help e di supporto tra pari*
- Monitorate le conclusioni non concordate del trattamento, i **decessi e i suicidi** dei pazienti seguiti dal DSM, insieme ad altri esiti sfavorevoli quali essere **senza casa ed essere sottoposti a provvedimento penale.**

TRATTAMENTI CONTINUATIVI E A LUNGO TERMINE - 3

Interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

- In presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale vengono messi in atto adeguati **interventi di carattere riabilitativo e socioassistenziale** a livello territoriale, basati sulle evidenze.
- Quando appropriato sono messi in atto progetti di **inserimento lavorativo** e supporto al lavoro.
- A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che il paziente può ricevere dall'ambiente e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente può essere inserito in **strutture residenziali** caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale

CON I PERCORSI DI CURA AIUTIAMO
LE PERSONE
AD ORIENTARSI NEL LABIRINTO DEL
SISTEMA DI CURA

THE MENTAL HEALTH SYSTEM

