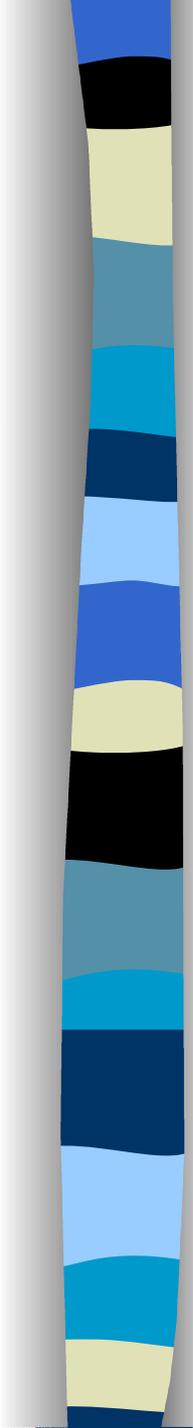


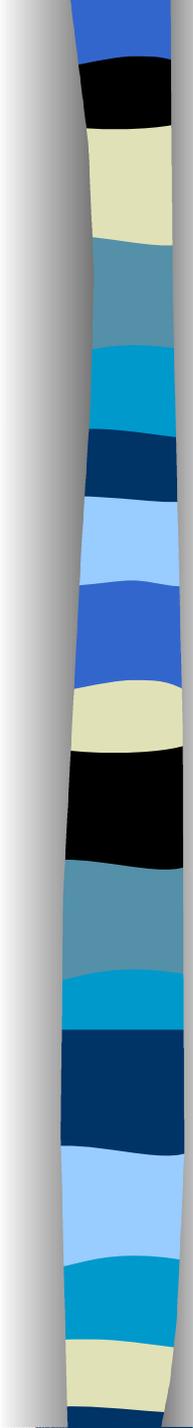
Disturbi psicotici: principi di nursing

Docente: Paolo Barelli



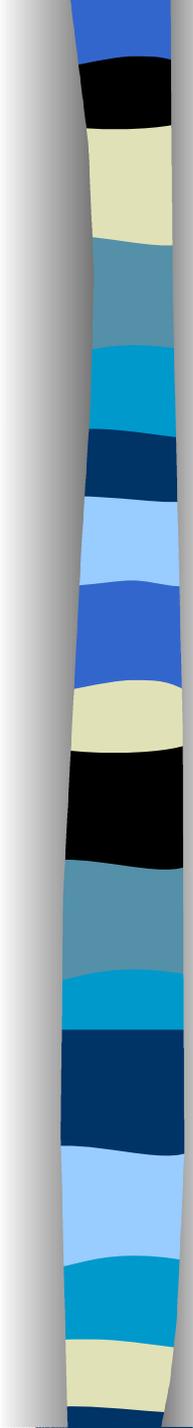
Classificazione DSM-IV delle Psicosi

- Schizofrenia (95.xx)
 - Tipo disorganizzato (95.10)
 - Tipo catatonico (95.20)
 - Tipo paranoide (95.30)
 - Tipo residuale (95.40)
 - Tipo indifferenziato (95.50)
- Disturbo psicotico (293.xx)
- Disturbo schizofreniforme (295.40)
- Disturbo schizoaffettivo (295.70)
- Disturbo delirante (297.1)
- Disturbo psicotico breve (298.8)
- Disturbo psicotico NAS (298.9)



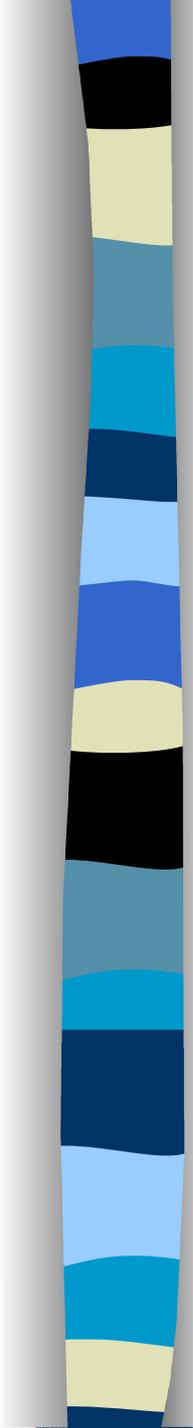
Epidemiologia della schizofrenia

- Prevalenza 1% della popolazione
- Incidenza 10-15 per 100.000 abitanti/anno
- Esordio prima dei 30 anni



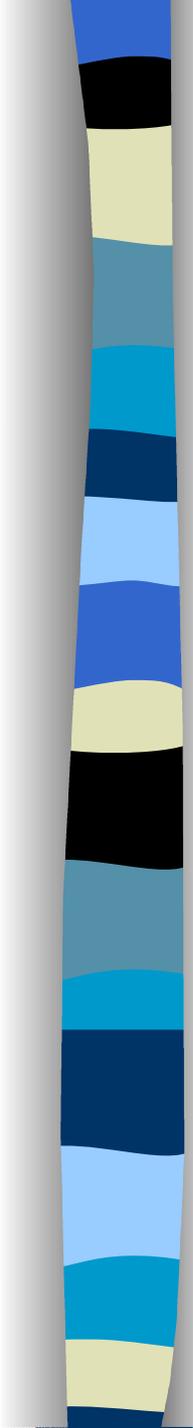
Dimensione esistenziale (1)

- La sindrome prodromica dura mediamente 127 settimane⁽¹⁾;
- Si evidenziano **8 dimensioni esistenziali di cui 2 centrali**⁽¹⁾:
 - Disturbi nella percezione di sé (*es. dolorosa indifferenza emotiva, senso di estraneamento dalla realtà, ecc.*);
 - Estrema preoccupazione e ritiro per via di idee sopravvalutate (*es. esagerata rimuginazione e introspezione, pensieri intrusivi circa il modo di essere abbastanza buoni*);
- Si evidenziano **4 dimensioni comportamentali**⁽¹⁾:
 1. Abbandono della scuola o del lavoro;
 2. Drastici e definitivi osservabili cambi d'interesse;
 3. Marcata e definitivo isolamento e ritiro sociale;
 4. Marcato e definitivo cambiamento nell'aspetto generale o nel comportamento;
- Maller P, Husby R., *The initial prodrome in Schizophrenia: searching for naturalistic core dimension of experience and behavior*. Schizophr Bull 2000;26:217-32;



Dimensione esistenziale (2)

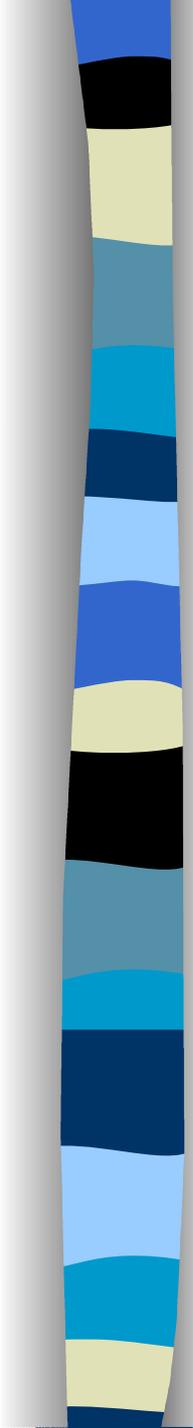
- Mancata percezione del confine tra sé e il mondo esterno
- Sensazione angosciante di frammentazione
- Corpo come ostacolo quindi scissione tra io e corpo
- Presenza vuota



Accertamento ⁽¹⁾

- **Caratteristiche fondamentali:**
 - **Sintomi positivi** (*tipo produttivo*)
 - Deliri
 - Allucinazioni
 - Comportamento disorganizzato

 - **Sintomi negativi** (*tipo inibitorio*)
 - Ritiro sociale
 - Appiattimento affettivo
 - Impoverimento attività mentale e delle espressioni comportamentali



Accertamento ⁽²⁾

DSM-IV: Indicatori dimensionali alternativi per la schizofrenia

■ **Dimensione psicotica**

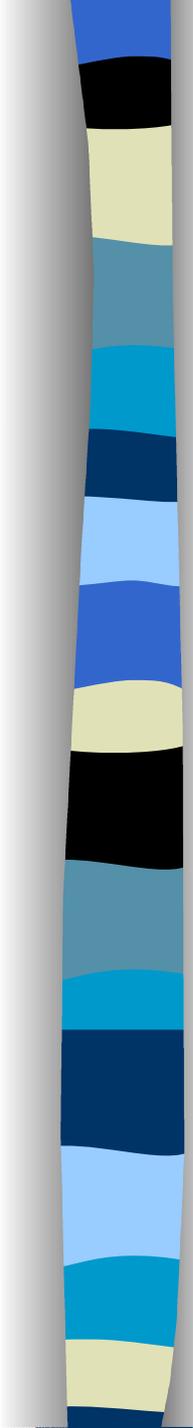
- Deliri
- Allucinazioni

■ **Dimensione disorganizzativa**

- Incoerente espressione comportamentale
- Incoerente espressione del linguaggio
- Incoerente espressione affettiva

■ **Dimensione negativa**

- Inibizione della volizione
- Inibizione del linguaggio
- Inibizione affettiva
- Inibizione delle relazioni sociali

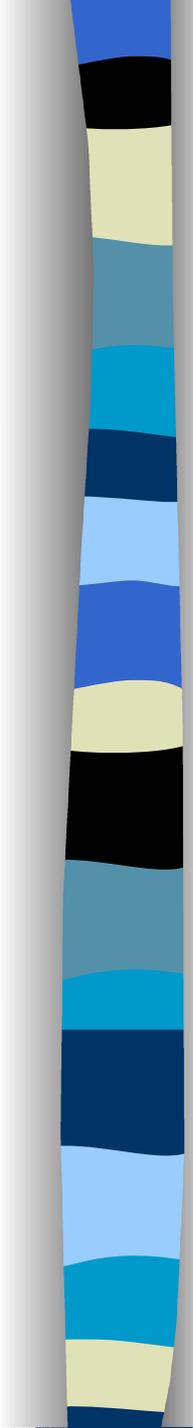


Accertamento ⁽³⁾

- La somministrazione di interviste strutturate può migliorare la diagnosi ed il trattamento⁽¹⁾

- Possono essere utilizzati altri strumenti per facilitare l'accertamento⁽²⁾:
 - Valutazione del Self-Care nella schizofrenia;
 - Valutazione del paziente schizofrenico in ambito ospedaliero;

- Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, et al. *The psychosocial treatment of Schizophrenic: an Update*. Am. J Psychiatry 2001 Feb;158:163-75.
- Krupnick S., Wade A., *Piani di assistenza infermieristica in Psichiatria*, Ed. McGraw Hill, MI, 1994;



Definizioni

Delirio:

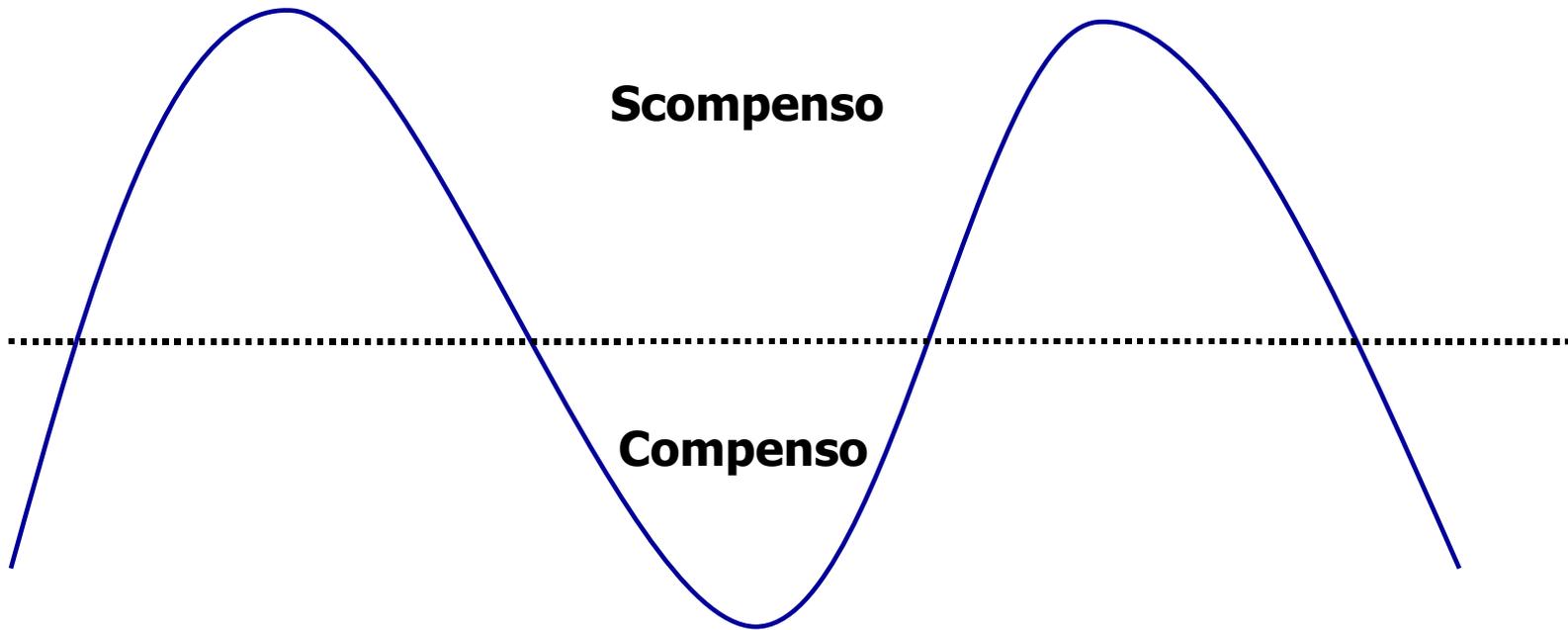
Interpretazione distorta della realtà, convinzione falsa e illogica che non cede né alla discussione né all'esperienza

Allucinazione:

Esperienza sensoriale (uditiva, visiva, olfattiva, ecc.) di un fenomeno ritenuto reale ma non esistente. Percezione senza oggetto che ha origine "dentro la propria testa"

Oscillazioni della sintomatologia

-
- **Compromissione del rapporto con la realtà**
 - **Esacerbazione della sintomatologia**



- **Adesione alla realtà**
 - **Regressione della sintomatologia**
-

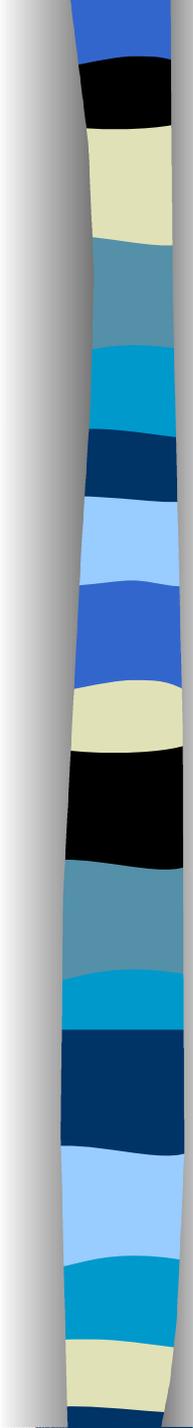
Nel paziente si osserva

Segni e sintomi

- Deliri, libera associazione d'idee
- Allucinazioni e illusioni
- Relazioni interpersonali, discorsi, comportamenti, tono dell'umore incongrui
- Mancanza di attività finalizzate
- Contenuti dei discorsi (indicativi dei deliri)
- Stupore, irrigidimento posturale, posture bizzarre, negativismo, mutismo, anedonia

Diagnosi inferm.

- Alterazione dei processi di pensiero
- Alterazione dei processi di pensiero
- Distorta interpretazione della realtà
- Ritiro e isolamento
- Inibizione



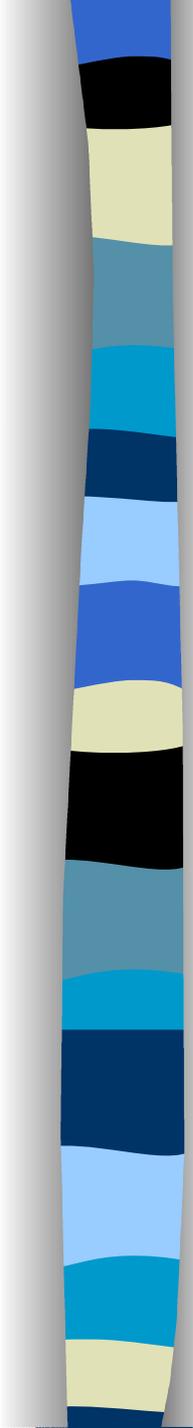
Obiettivi assistenziali

- Promuovere una **appropriata interazione** fra la persona e l'ambiente;
- Favorire un fisiologico mantenimento dell'**equilibrio** e della salute;
- Garantire **protezione** e soddisfare il bisogno di sicurezza;
- Incoraggiare la famiglia a partecipare ad attività che favoriscano una **vita soddisfacente ed autonoma**;

Principi di nursing ⁽¹⁾

- **Recupero abilità sociali** favorisce la vita autonoma (*social skills*)⁽¹⁾ anche **attraverso lo stimolo delle abilità residue**;
- **Recupero abilità relazionali** per facilitare il reinserimento sociale (*interpersonal skills*);
- **Avviare programmi di lavoro protetto** favorisce il *reinserimento*; ⁽¹⁾
- **Attuare interventi di tipo cognitivo -comportamentale** favorisce la riduzione di delirio e allucinazioni anche nei soggetti resistenti alla terapia farmacologica;⁽¹⁾⁽²⁾

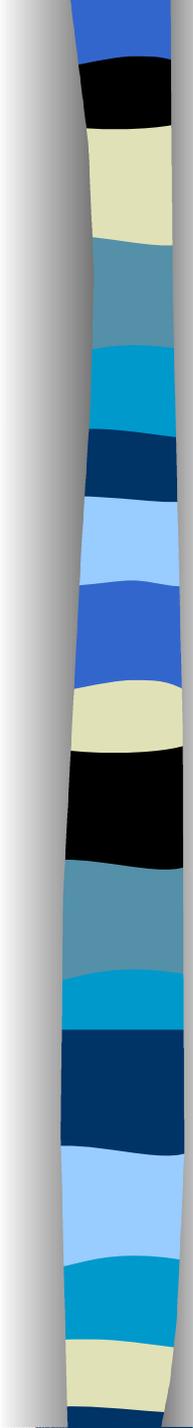
- Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, et al. *The psychosocial treatment of Schizophrenic: an Update*. Am. J Psychiatry 2001 Feb;158:163-75.
- Turkington D, Kingdome D, Turner T. *Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia* Br J Psychiatry 2002 June;180:523-7;



Principi di nursing ⁽²⁾

- Una migliore padronanza del senso di sé (*empowerment*) è favorito da⁽¹⁾:
 - Aumento il supporto sociale;
 - Miglioramento dell'immagine di sé;
 - Attivazione di contatti sociali positivi;
- Questo si ottiene nonostante la persistenza della sintomatologia ed il rischio di ricadute⁽¹⁾

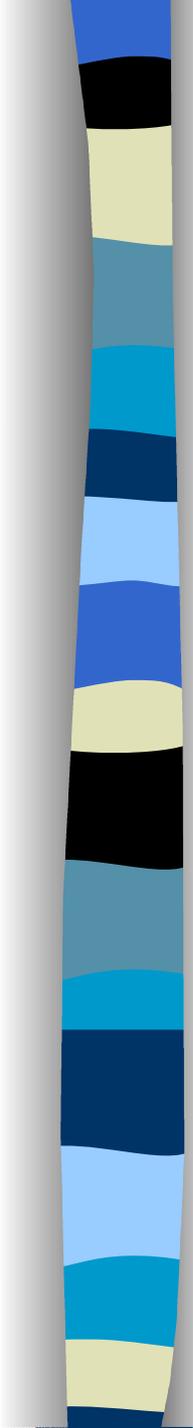
1) Williams CC, Collins AA. *Defining new frameworks for psychosocial intervention* Psychiatry 1999 Spring;62:61-78.



Principi di nursing ⁽³⁾

- **Avviare programmi per insegnare al paziente a gestire lo stress** riduce il rischio di ospedalizzazione pur non riducendo la sintomatologia (*stress management skills*); ⁽¹⁾
- A lungo termine non sembrano emergere differenze nel trattamento di pazienti di diversa provenienza etnica ⁽²⁾

- *Norman R, Malla A, McLean T, et al. An evaluation of stress management program for individuals with schizophrenia. Schizophrenia res 2002 Dec;58:293-303.*
- *Goater N., King M, Cole E, et al. Ethnicity and outcome of psychosis. Br. J Psychiatry 1999 Jul;175:34-42.*



Principi nella relazione ⁽¹⁾

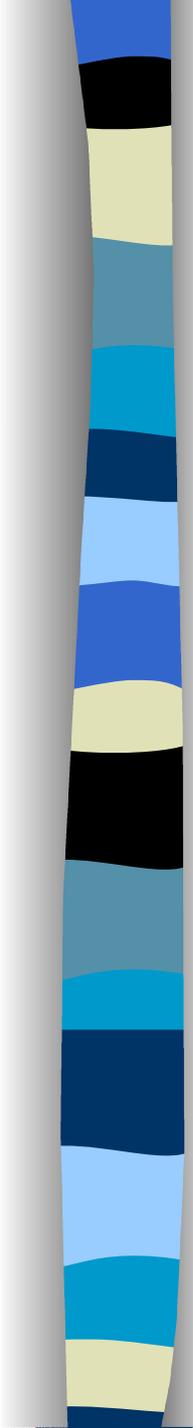
- I pazienti riconoscono come empatico e professionale un atteggiamento⁽¹⁾:
 - **Ascolto attivo**
 - **continuità** nella relazione (continuità della presa in carico)
- Le principali paure sono⁽¹⁾:
 - Lo **stigma sociale**
 - L'**esclusione/isolamento** sociale

1) Kai J, Crosland A. *Perspective of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study*. Br J Gen Pract 2001 Sep;51:730-6.

Principi nella relazione (2)

- **Presenza** (*esser-ci= esistere assieme*)⁽¹⁾;
- Infermiere come **confine** (*facilita la differenziazione io-mondo, il mettersi in relazione con il mondo senza fusione. Il paziente avvia una riorganizzazione interna ed esterna per chiarire il confine tra il sé e la malattia*)⁽²⁾;
- **Distanza terapeutica** (*troppo vicina=angoscia e fuga, troppo lontana=insufficiente*);
- Rispetto del **Tempo** del paziente⁽¹⁾;
- **Disponibilità**⁽¹⁾

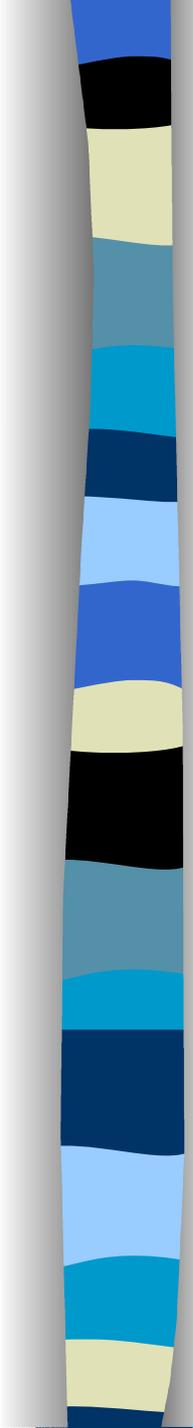
- Kai J, Crosland A. *Perspective of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study*. Br J Gen Pract 2001 Sep;51:730-6
- Williams CC, Collins AA. *Defining new frameworks for psychosocial intervention* Psychiatry 1999 Spring;62:61-78;



Principi nella relazione (3)

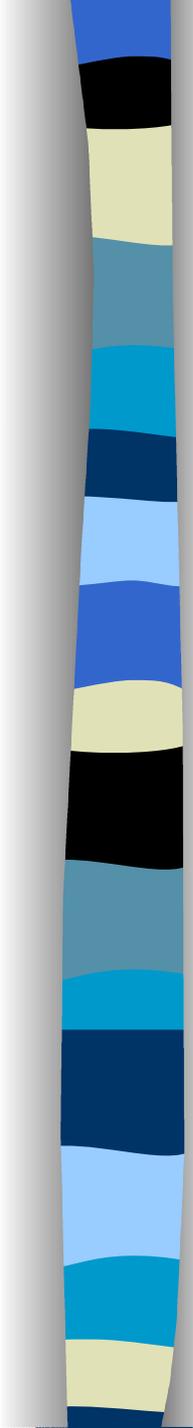
Approccio al delirio

- **Non interpretare:** cogliere le emozioni che evoca nel paziente;
- **Non negare né rinforzare:** porsi come mediatore e far distinguere la realtà dal delirio;
- **Non svalutare né ironizzare** (comprometterebbe la fiducia e implicherebbe reazioni di fuga o aggressività);



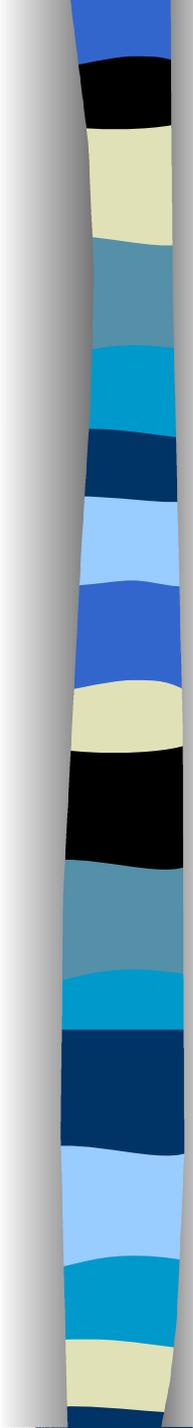
I vissuti dell'infermiere nella relazione con lo psicotico

- Evocazione emozioni che riflettono l'angoscia del paziente;
- Equipe come risorsa comprendere il paziente e sostenere l'infermiere;



Nursing alla famiglia⁽¹⁾

- Relazione simbiotica fra genitore e il paziente può condizionare il progetto terapeutico;
- Compromissione/peso sull'organizzazione familiare (*quindi tende a spostare le responsabilità di cura sull'organizzazione: delega, rifiuto, rabbia*);



Nursing alla famiglia ⁽²⁾

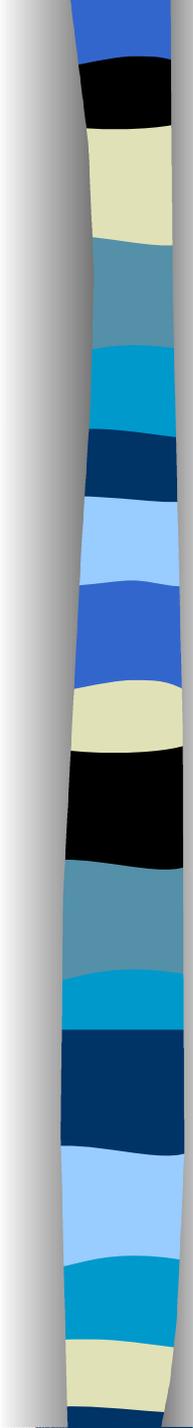
- Gli interventi sulla famiglia **riducono il rischio di ricadute**⁽¹⁾ e di **riammissioni**⁽²⁾;
- Non ci sono sufficienti evidenze su miglioramenti di:
 - Stato mentale, funzionamento sociale, variabili legata alla famiglia; ⁽¹⁾
- Il successo dell'intervento è favorito da:
 - Coinvolgimento del paziente nell'intervento sulla famiglia; ⁽¹⁾
 - Durata di lungo periodo dell'intervento; ⁽¹⁾
 - Informazione ed educazione sulla malattia; ⁽¹⁾

- Barbato A, D'avano B. *Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials*. Acta Psychiatr Scand 2000 Aug;102:81-97
- Halford WK, Steindl S, Varghese FN, et al. *Observed family interaction and outcome in patients with first-admission psychosis*. Behavior Therapy 1999 Winter/Fall;30:555-80,

Nursing alla famiglia ⁽³⁾

- La famiglia attraversa 6 fasi nello sviluppo di sistemi di coping; ⁽¹⁾
 - **Sviluppo della consapevolezza**
(riconoscimento del problema, preoccupazione, insuccesso nella ricerca di aiuto)
 - **Crisi**
(aggravamento del problema, brusco impatto con il servizio salute mentale, enorme stress emotivo, difficoltà di comunicare con i sanitari, preoccupazioni economiche)
 - **Instabilità e crisi ricorrenti**
(dura molti anni; paura , lutto e perdita; ricerca di spiegazioni, cure e conoscenze; aumentata preoccupazione economica; qualche beneficio dai nuovi trattamenti; insoddisfazioni con il SSM; Percezione dello stigma)

• Muhlbauer SA. *Navigating the storm of mental illness: phases in the family's journey*. Qual Health Res 2002;12:1076-92;



Nursing alla famiglia⁽⁴⁾

- **Spostamento verso la stabilizzazione**

(cambiamenti nei pensieri, valori e comportamenti: capacità di ritrovare il controllo, capacità di gestire la colpa e la mancanza di aiuto, cambio di percezione, trattare dilemmi etici relativi al controllo, sviluppo di tecniche di gestione della sintomatologia)

- **Permanenza della stabilità**

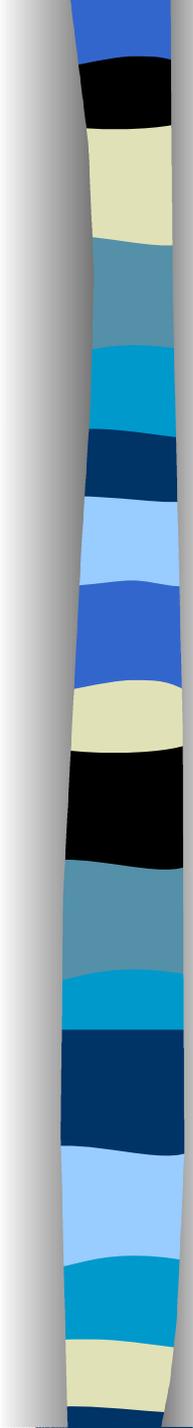
(percezione di migliore capacità di gestione dei sintomi, delle tecniche di decision making, sviluppate con il supporto dei professionisti, di amici e gruppi di sostegno)

- **Crescita e sostegno**

(consapevolezza della crescita personale, preoccupazione per il futuro del familiare malato)

- **Nelle prime tre fasi è maggiore il bisogno di interventi psicoeducativi e di sostegno ⁽¹⁾**

- Muhlbauer SA. *Navigating the storm of mental illness: phases in the family's journey*. Qual Health Res 2002;12:1076-92;



Nursing alla famiglia⁽⁵⁾

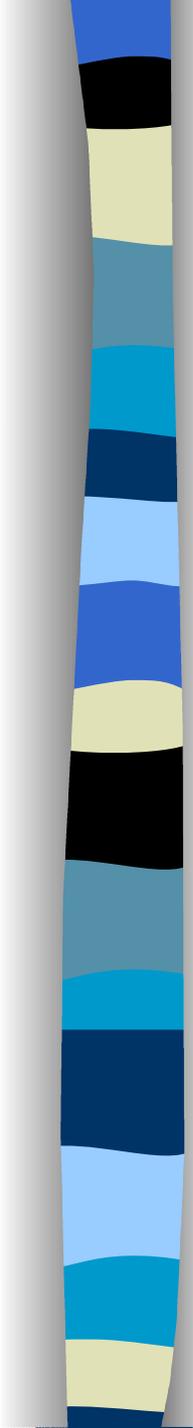
- Sostenere l'adesione al progetto terapeutico;
- Accogliere i bisogni e far esprimere le emozioni/sentimenti;
- Aiutare a trovare modelli relazionali adattivi, a riconoscere le proprie possibilità, ad ottenere sostegno (*rete sociale e dei servizi*);
- Valutare reali possibilità di reinserimento in famiglia (funzionamento relazioni familiari, funzionamento del paziente, alternative);
- Consentire il recupero delle energie con temporanei allontanamenti del paziente dal nucleo familiare;

Problemi collaborativi legati alla terapia farmacologia

*Paziente con disturbi psicotici: assistenza infermieristica
basata sulle evidenze*

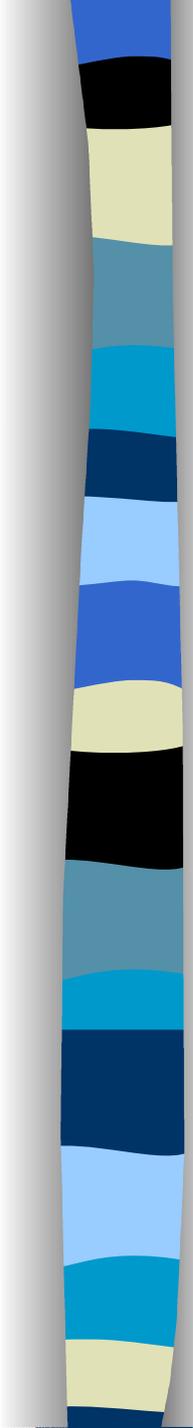
I più comuni Neurolettici

Classe di farmaci	Principio attivo	Nome commerciale	Effetto sedativo	Effetto Extrapiramidale
<i>Fenotiazine alifatiche</i>	Clorpromazina	Largactil	++	+
	Levomepromazina	Nozinam	++	+
	Promazina	Talofen	++	+
<i>Fenotiazine piperidiniche</i>	Propericiazina	Neuleptil	+	+
	Tioridazina	Melleril	++	±
<i>Fenotiazine piperaziniche</i>	Flufenazina	Moditen	±	+++
	Perfenazina	Trilafon	±	+++
<i>Butirrofenoni</i>	Aloperidolo	Serenase, Haldol	±	+++
	Bromperidolo	Impromen	±	+++
<i>Difenilbutil-piperidine</i>	Pimozide	Lorap	+	++
<i>Dibenzo-X-azepine</i>	Clotiapina	Entumin	++	+
	Clozapina	Leponex	+++	-
	Olanzepina	Zyprexa	++	-
<i>Benzamidi sostitute</i>	Levosulpiride	Levopraid	+	±
	Tiapride	Sereprile	+	±
<i>Altri Farmaci</i>	Risperidone	Risperdal, Belivon	±	-



Le principali azioni dei neurolettici

- Azioni alla base dell'effetto terapeutico:
 - Sedativa;
 - Antipsicotica
 - inibizione della sintomatologia positiva
 - Scarsa azione sulla sintomatologia negativa;
- Azioni alla base degli effetti collaterali:
 - Anticolinergica;
 - Antiadrenergica;
 - Antistaminica;



Effetti collaterali⁽¹⁾

■ Disturbi extrapiramidali ⁽¹⁾

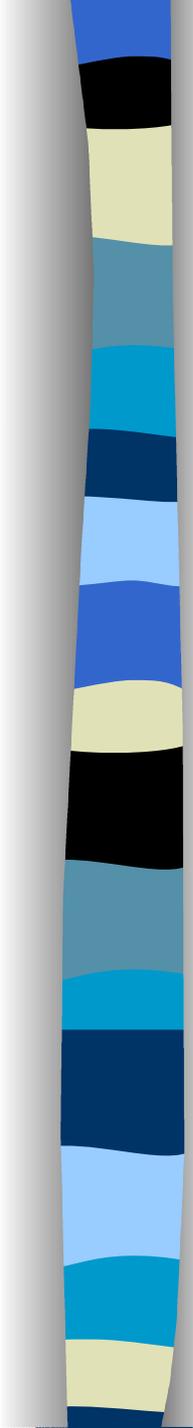
(da trattare con antiparkinsoniani)

– Distonie acute

- Spasmi muscolari intensi e dolorosi,
- Insorgenza alle prime somministrazioni
- Tratt. e/v (antiparkinson+diazepam)

– Acatisia

- Irrequietezza psicomotoria
- Dopo 15 – 30 gg. dall'inizio della terapia



Effetti collaterali⁽²⁾

■ Disturbi extrapiramidali ⁽²⁾

(da trattare con antiparkinsoniani)

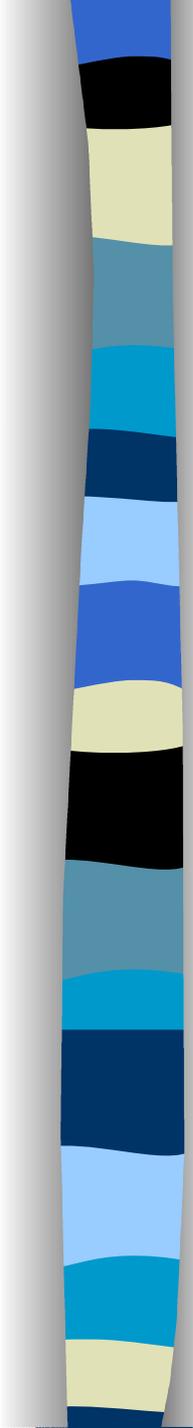
– Parkinsonismi

- Rallentamento psicomotorio, tremore, rigidità, amimia facciale e scialorrea;

– Discinesia tardiva

- Irreversibile (75% dei casi), prevalente in ♀ ultra50^{enni}, dopo almeno 3 anni di trattamento, molto invalidante, nei pazienti colpiti da DT il rischio di morte per qualsiasi causa è moderatamente aumentato⁽¹⁾;
- movimenti discinetici involontari (bocca, labbra, lingua, tronco, arti);

• Ballesteros J, Gonzales-Pinto A, Bulbena A. *Tardive dyskinesia associated with higher mortality in psychiatric patients: results of a metaanalysis of seven independent studies.* J Clin Psychopharmacol 2000 Apr; 20:188-94;



Effetti collaterali⁽²⁾

■ **Sindrome maligna da neurolettici**

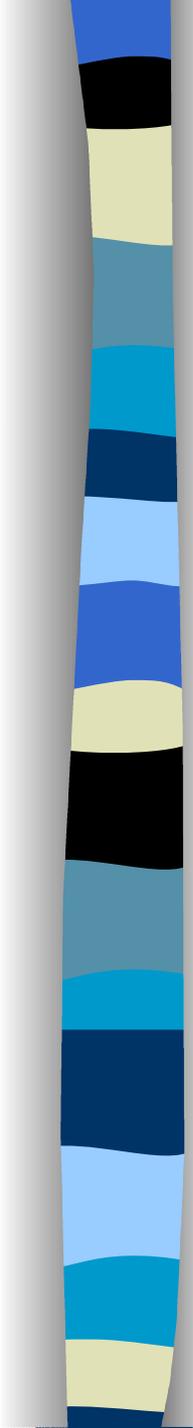
- Sindrome gravissima, letale con eziologia (sospetta) tossica o allergica;
- Sintomi:
 - Febbre elevata improvvisa, sudorazione profusa,
 - Rigidità muscolare, sintomi parkinsoniani
 - insufficienza renale acuta,
 - Mioglobinemia, mioglobinuria, leucocitosi e aumento delle creatinfosfochinasi (CPK) seriche

■ **Altri effetti collaterali possibili**

- Disturbi del SNC, sedazione, ipotensione, depressione respiratoria, alterazioni endocrine, amenorrea, galattorrea, ginecomastia, impotenza, aumento ponderale, idiosincrasie, ittero da stasi, agranulocitosi;

Neurolettici long-acting⁽¹⁾

PRINCIPIO ATTIVO	NOME COMMERCIALE	EFFETTO SEDATIVO	EFFETTO EXTRAPIRAMIDALE
Aloperidolo decanoato	Haldol Decanoas	±	+++
Flufenazina decanoato	Moditen Depot	++	+++
Perfenazina enantato	Trilafon Enantato	++	+++



Neurolettici long-acting⁽²⁾

- Indicati nei soggetti con scarsa compliance;
- somministrazione via i/m.
- Picco plasmatico dopo 3-4gg, azione prolungata per 20-30gg;
- Informare il paziente, anche su effetti collaterali (riconoscimento precoce);