

SCHIZOFRENIA

**Trattamenti psicologici
e psico-sociali**

SEGNI E SINTOMI CARATTERISTICI DELLA SCHIZOFRENIA

- Deliri
- Allucinazioni
- Disorganizzazione e frammentazione del pensiero
- Affettività appiattita e/o inappropriata
- Anedonia e ritiro sociale
- Compromissione dei rapporti interpersonali, del funzionamento sociale e lavorativo

DIMENSIONI PSICOPATOLOGICHE: sintomatologia positiva e negativa

- I sintomi positivi comprendono manifestazioni che non appartengono all'esperienza normale:
es. deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero e del linguaggio
 - I sintomi negativi esprimono la deficitarietà di un aspetto del funzionamento normale:
es. appiattimento affettivo, ritiro sociale, ridotta fluenza e produzione del linguaggio
- la loro gravità e prevalenza è un indice prognostico sfavorevole, sono poco sensibili all'azione dei farmaci neurolettivi

DIMENSIONI PSICOPATOLOGICHE: modello a 4 dimensioni

1. Sintomi di distorsione della realtà (positivi)
2. Impoverimento ideoaffettivo e motorio (negativi)
3. Disorganizzazione del pensiero e del comportamento (disfunzione comune ad altri disturbi psicotici)
4. Sintomi affettivi (dell'umore)

DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA

- età media di esordio = 21 anni (M) 26 anni (F)
- l'esordio è generalmente preceduto da una fase prodromica, con crescente ritiro sociale, perdita di interesse per lo studio o il lavoro, scarsa igiene e cura della persona
- successivamente compaiono uno o più sintomi critici caratteristici della schizofrenia e, dopo un ulteriore periodo, vi è il ricorso ai servizi sanitari
- in almeno 1/3 degli esordi un ruolo favorente lo ha l'uso di sostanze, in particolare alcool e marijuana
- negli esordi più tardivi sono prevalenti i sintomi positivi ed è minore la destrutturazione della personalità

DECORSO - RISULTATI DEGLI STUDI LONGITUDINALI

- la storia naturale della schizofrenia è caratterizzata in oltre la metà dei casi da un decorso episodico con periodi anche lunghi di piena remissione dei sintomi (iniziale intenso sviluppo della sintomatologia, netta compromissione sociale e grande ricorso alle cure/ lungo plateau di stabilizzazione della sintomatologia e del funzionamento sociale/ miglioramento dopo 12-15 anni)
- solo il 10-20% dei soggetti presenta un progressivo peggioramento associato a grave invalidità
- il 15-30% mostra una remissione completa dei sintomi senza più ricadute
- il decorso è più favorevole nei paesi in via di sviluppo

RISULTATI DEL 2° STUDIO CATAMNESTICO DELL'OMS

- Esiste un pattern preciso e costante di insorgenza delle disabilità: alcuni ambiti di abilità e i rispettivi ruoli sociali risultano compromessi prima e più frequentemente degli altri

RELAZIONI AFFETTIVO-SESSUALI

↳ RUOLO GENITORIALE

↳ RELAZIONI SOCIALI E TEMPO LIBERO

↳ ABILITA' DI VITA QUOTIDIANA

↳ CURA DI SE' E AUTONOMIA DI BASE

IPOTESI EZIOLOGICHE

È UN DISTURBO AD EZIOLOGIA SCONOSCIUTA
EVIDENZE ED IPOTESI:

- rilevanza dei fattori genetici (predisposizione legata a più geni)
- anomalie strutturali del cervello
- riduzione del flusso ematico e del metabolismo, specialmente nei lobi frontali
- iperattività dopaminergica
- deficit cognitivo generale, con più grave deficit della memoria, attentivi ed esecutivi
- deficit nel riconoscimento facciale delle emozioni e nella "teoria della mente", "sintomi di base"
- eventi stressanti prima dell'esordio o della ricaduta

MODELLO STRESS-VULNERABILITA'

(Zubin e Spring, 1977, Neuchterlein e Dawson, 1984)

VULNERABILITA': suscettibilità o predisposizione individuale a sviluppare il disturbo (probabilità empirica di svilupparlo)

- è un tratto relativamente stabile della persona
- risulta dall'azione e dall'interazione reciproca dei suoi fattori di rischio genetici, biologici, psicologici e psico-sociali

UN EPISODIO SCHIZOFRENICO SI VERIFICA SE, E SOLO SE, UNA PERSONA PREDISPOSTA AL DISTURBO SI CONFRONTA CON RICHIESTE AMBIENTALI ECCESSIVE RISPETTO ALLE SUE ABILITA' DI COPING

MODELLO STRESS-VULNERABILITA'

(Zubin e Spring, 1977, Neuchterlein e Dawson, 1984)



MODELLO STRESS-VULNERABILITA' (Zubin e Spring, 1977, Neuchterlein e Dawson, 1984)

EVENTI STRESSANTI:

- ⇒ Maggiori
- ⇒ Cronici
- ⇒ Minori (guai quotidiani)

FATTORI PROTETTIVI:

- ✓ ABILITA' PERSONALI DI COPING
- ✓ uso di farmaci neurolettici
- ✓ abilità di problem solving dei familiari
- ✓ sostegno psico-sociale

TECNICHE COMPORTAMENTALI DI BASE

- TECNICHE DI METODOLOGIA PRELIMINARE ALL'INTERVENTO (osservazione, misurazione basale, task analysis)
- TECNICHE PER LO SVILUPPO DI NUOVE ABILITA' (rinforzamento, prompting, shaping, chaining, fading, modeling)
- TECNICHE PER IL CONTROLLO DI GRAVI COMPORTAMENTI PROBLEMATICI (rinforzamento differenziale, estinzione, time-out)

ECONOMIA SIMBOLICA

Assegnazione sistematica di rinforzi simbolici (i gettoni) contingenti a comportamenti meta chiaramente specificati

- Si definisce una lista di comportamenti/ attività/ compiti da far apprendere (specificati in ogni loro componente, in modo da garantire la riproducibilità) e una lista di rinforzi che i pazienti possono ottenere (beni di consumo, bevande e alimenti, permessi, partecipazione a gite ...)
- Per lo svolgimento di ogni attività/ compito i pazienti ottengono un numero predefinito di gettoni; i gettoni possono essere scambiati con i rinforzi scelti, che hanno un costo predefinito

EFFICACIA: problematica la generalizzazione

REGOLE DELL'ECONOMIA SIMBOLICA

- I comportamenti devono essere descritti in termini comportamentali, analiticamente specificati, misurabili
- I comportamenti devono essere scelti in base alla loro utilità nella vita quotidiana dei pazienti
- Occorre organizzare le situazioni in modo che un comportamento sia emesso in luoghi e tempi ben definiti, sia rilevabile dalle sue conseguenze e non sia necessario seguirne tutto lo svolgimento
- I gettoni devono essere scambiati con una ampia gamma di rinforzo, scelti sulla base delle richieste dei p.
- Il valore in gettoni dei comportamenti e il costo dei rinforzi è stabilito in base a motivi di utilità/ opportunità e sulla base della legge della domanda e offerta
- I gettoni devono essere dati immediatamente dopo l'emissione del comportamento e associati al rinforzo sociale

CONTRATTI COMPORTAMENTALI

Forma semplificata e individualizzata di economia simbolica/ si utilizzano tessere con bollini, stelline da incorniciare su un poster...

- Si centra l'attenzione su pochi comportamenti meta (da 2 a 4) e si regola, in base alla loro emissione, la possibilità di accesso ad un numero limitato di rinforzi
- Le clausole contrattuali vengono definite attraverso l'accordo di tutte le persone coinvolte nella rilevazione del comportamento e nell'erogazione dei rinforzi, vengono formulate per iscritto e generalmente firmate per accettazione

ASSESSMENT

- OSSERVAZIONE A INTERVALLO FISSO O VARIABILE (descrivere cosa fa il p.te in quel momento, gli antecedenti e le conseguenze)
- SCHEDE DI OSSERVAZIONE DEL COMPORTAMENTO (segmentano il compito o l'abilità nelle sue componenti/ in fase di osservazione si registra se ciascuna è emessa o no, durante l'intervento se è stata svolta autonomamente o con che tipo di aiuto: verbale, fisico o modeling)
- SCHEDE DI OSSERVAZIONE/ VERIFICA DEI RISULTATI

ADDESTRAMENTO ALLE ABILITA' SOCIALI (social skills training)

- ✓ ABILITA' SOCIALI: tutti i comportamenti strumentali necessari alla sopravvivenza, all'autonomia e all'indipendenza sociale
 - ✧ In particolare le abilità interpersonali, cioè le capacità espressive (es. comportamenti non verbali), recettive (es. attenzione, decodificazione), di interazione (es. alternanza conversazionale)
 - ✧ ma anche le abilità di base della vita quotidiana (es. igiene e cura della persona), quelle connesse alla gestione del disturbo (es. conoscenza e gestione dei farmaci) e quelle necessarie per il lavoro

ADDESTRAMENTO ALLE ABILITA' SOCIALI

- ✓ LE DISABILITA' SOCIALI E PRATICHE VENGONO AFFRONTATE STRUTTURANDO SPECIFICI CORSI CHE UTILIZZANO PROCEDURE SIA COGNITIVE CHE COMPORTAMENTALI PER RIMEDIARE AD ECCESSI E A DEFICIT
- ✓ componenti essenziali dei corsi: analisi e segmentazione dell'abilità, istruzioni, modeling, role-playing e prova comportamentale, sostegno e insegnamento attivo, retroazione, rinforzo verbale, training di generalizzazione, compiti per casa

ADDESTRAMENTO ALLE ABILITA' SOCIALI

- ✓ Approccio altamente strutturato che comprende un manuale per l'operatore, situazioni e spunti didattici, materiali di lavoro per i partecipanti, video dimostrativi
- ✓ Generalmente DI GRUPPO
- ✓ I corsi sono organizzati in 8-20 incontri
- *EFFICACIA: documentato l'apprendimento di base delle abilità sociali, la sua stabilità e generalizzabilità, più modesto il miglioramento del funzionamento sociale*

ASSESSMENT

- DAS II - Disability Assessment Schedule dell'OMS (1988): intervista strutturata con 36 item (6 aree di funzionamento + 1 punteggio di funzionamento globale)
- VADO – Valutazione di Abilità e Programmazione di Obiettivi di Morosini (1998): valutazione del funzionamento personale, dei punti di forza passati e presenti, pianificazione e conduzione del trattamento riferita a 28 aree

TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI - COMPONENTI

1. COINVOLGIMENTO PRECOCE DELLA FAMIGLIA NEL TRATTAMENTO, in un'atmosfera non colpevolizzante
2. ATTIVITA' STRUTTURATE DI INFORMAZIONE/ FORMAZIONE SULLA SCHIZOFRENIA riguardanti:
 - ✓ Il modello vulnerabilità stress
 - ✓ Le teorie eziologiche
 - ✓ I fattori prognostici
 - ✓ Il razionale dei diversi trattamenti
 - ✓ Le raccomandazioni su come affrontare i disturbi

TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI - COMPONENTI

3. APPRENDIMENTO DI MODALITA' DI COMUNICAZIONE FINALIZZATE A:

- ✓ Migliorare la chiarezza e la qualità della comunicazione
- ✓ Aumentare l'espressione dei feedback positivi e negativi all'interno della famiglia

4. ADDESTRAMENTO AL PROBLEM SOLVING finalizzato a sviluppare:

- ✓ Le abilità di gestione quotidiana dei problemi
- ✓ Le abilità di soluzione dei problemi in generale
- ✓ Le strategie di coping degli eventi stressanti

TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI - COMPONENTI

5. INTERVENTI SULLA CRISI da attuare tempestivamente:

- ✓ Quando si notano segni precoci di ricaduta
- ✓ In caso di stress insopportabile riguardante uno o più membri della famiglia

EFFICACIA: provata relativamente alla prevenzione delle ricadute, dei ricoveri ospedalieri, alla riduzione dell'ipercoinvolgimento emotivo dei familiari, all'aumento della compliance farmacologica e al miglioramento del funzionamento sociale; i miglioramenti persistono a 2 anni e oltre.

ASSESSMENT

- CFI – Camberwell Family Interview di Richardson (1965) intervista semistrutturata, che considera i tre mesi precedenti e indaga sui fatti; la valutazione si basa su 5 scale: criticismo, ostilità, ipercoinvolgimento emotivo, calore, commenti positivi
- QPF – Questionario dei Problemi Familiari di Morosini (1998), composto di 29 item raggruppati in 5 fattori: carico oggettivo, c. soggettivo, supporto ricevuto, atteggiamenti positivi verso il paziente, criticismo
- QCF – Questionario dei Comportamenti Familiari di 34 item che indaga le strategie di coping familiari

TRATTAMENTO COGNITIVO- COMPORIMENTALE DEI SINTOMI PSICOTICI - componenti

- 1. SVILUPPO DI UN MODELLO CONDIVISO DEL DISTURBO, a partire dalle interpretazioni che il p.te si da delle sue esperienze anomale e utilizzando il modello stress-vulnerabilità**
- 2. INDIVIDUAZIONE DEI SEGNI PRECOCI DI CRISI e degli stimoli che favoriscono il manifestarsi dei sintomi psicotici: eventi esterni e stati emotivi; sviluppo di strategie per evitarli, ridurne l'impatto o gestirli meglio**
- 3. RIDUZIONE DELL'ATTIVAZIONE PSICO-FISIOLOGICA**

TRATTAMENTO COGNITIVO- COMPORIMENTALE DEI SINTOMI PSICOTICI - componenti

4. MIGLIORAMENTO DELLE ABILITA' GENERALI DI COPING: capacità di problem solving, assertività e sviluppo di abilità di vita quotidiana, rinforzo dell'autostima...
5. MODIFICAZIONE DEI DELIRI: iniziare dalle convinzioni meno forti e più periferiche, sfidare i fatti e non le convinzioni, chiedere di esaminare le alternative, organizzare prove di realtà
6. MODIFICAZIONE DELLE ALLUCINAZIONI E DELLE CONVINZIONI ASSOCIATE e sviluppo di capacità di coping

TRATTAMENTO COGNITIVO- COMPORIMENTALE DEI SINTOMI PSICOTICI - componenti

7. MODIFICAZIONE DEGLI ASSUNTI
DISFUNZIONALI SU SE' E SUL MONDO (es.
essere inutili, privi di qualità...)

*EFFICACIA: provata nel diminuire la
sintomatologia positiva, lo stress e il disagio
associati ad essa, soprattutto in pazienti
resistenti ai farmaci neurolettici; il risultato
dura nel tempo (almeno 18 mesi)*

ASSESSMENT

- BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale di Overall (1962) - intervista strutturata che valuta su una scala a 7 punti (da 1 – assente a 7 - molto grave) 24 item, come ansia, depressione, rischio di suicidio, sospettosità, allucinazioni, distraibilità
- PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale di Kay (1987) - intervista strutturata che si compone di 30 item suddivisi in 3 scale: sintomi positivi (es. deliri, allucinazioni, disorganizzazione concettuale), sintomi negativi (es. ottusità affettiva, difficoltà di pensieri astratti) e psicopatologia generale (es. ansietà, tensione, consapevolezza di malattia)

FORMAZIONE E INSERIMENTO LAVORATIVO – componenti dei programmi efficaci

- Riguardano lavori “competitivi”, svolti in contesti produttivi normali, accanto a lavoratori senza disabilità, con un trattamento previdenziale ed economico
- Si fondano su una valutazione iniziale accurata delle capacità cognitive, delle attitudini e delle esperienze lavorative; prevedono programmi flessibili e un monitoraggio nel tempo
- Forniscono un supporto addestrativo, psicologico e pratico completo e continuativo nel tempo
- Mirano all’integrazione in azienda e alla socializzazione con i colleghi
- Prevedono che l’operatore di supporto intervenga sui colleghi anziché sul paziente

FORMAZIONE E INSERIMENTO LAVORATIVO – principali modalità

- Inserimento in azienda (tirocinio e assunzione) attraverso i SIL Servizi di Inserimento Lavorativo
- Formazione e inserimento lavorativo in Imprese sociali

Efficacia: dal 25 al 35% dei pazienti gravi dopo 18-24 mesi si inseriscono nel lavoro e lo mantengono