

# Psicosi e riabilitazione psichiatrica

Dott.ssa Giuseppina Dilena

Psicologo/Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Dirigente Psicologo presso il Centro di Salute Mentale di Caltanissetta

giuseppinadilena@gmail.com

# Schizofrenia e inquadramento diagnostico: definizione

- Il termine **schizofrenia** (dal tedesco *schizophrenie*, comp. di *schizo-* dal greco *σχίζω* 'separare/scindere' e *-phrenie* dal greco *φρένια* che significa 'mente') indica un disturbo psichico che comporta disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive. Ne è colpito circa l'1,1% della popolazione sopra i 18 anni e sembra trarre origine sia da fattori genetici che ambientali.
- Differentemente da quanto il termine farebbe pensare (letteralmente "mente divisa"), la **schizofrenia** non implica alcuna "doppia personalità" (come nel disturbo dissociativo dell'identità) ma è caratterizzata, secondo i **criteri del DSM-5, da almeno due sei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di un mese: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato (es: frequente deragliamento o incoerenza), comportamento grossolanamente organizzato o catatonico e sintomi negativi (ad es: diminuzione dell'espressione delle emozioni e abulia).**

# Diagnosi di schizofrenia:DSM V

- Inoltre, il manuale stabilisce che, per fare **diagnosi di schizofrenia**, almeno uno di questi due sintomi debba essere un **delirio**, un'**allucinazione** o l'eloquio disorganizzato e che il livello di funzionamento in una o più delle aree principali (es: lavoro, relazioni interpersonali e la cura di sé) debba risultare marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio. In aggiunta, **i segni del disturbo devono persistere per almeno 6 mesi** (anche se questo lasso di tempo può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui), di cui 1 mese di sintomi sopracitati (American Psychiatric Association, 2013)

# Psicosi

- Compromissione grossolana del giudizio di realta' (valutazione scorretta dell'accuratezza delle proprie percezioni ).
- Compromissione di specifiche funzioni mentali (deliri, allucinazioni, confusione, alt.mnesiche).
- Comportamento grossolanamente disorganizzato
- Compromissione severa del funzionamento sociale e personale (ritiro sociale e incapacità a svolgere i propri ruoli familiari, scolastici e occupazionali).
- Grave regressione dell'lo.

# Spettro schizofrenico ed altri disturbi psicotici (DSM 5)

- Disturbo schizotipico di personalità
- Disturbo Delirante (297.1)
- Disturbo psicotico breve (298.8)
- Disturbo schizofreniforme (295.40)
- Disturbo Schizofrenico (295.90)
- Disturbo Schizoaffettivo (295.7)
- Disturbo Psicotico da altra Patologia Medica (293.xx)
- Disturbo Psicotico indotto da Sostanze (291-2x)
- Disturbo Psicotico NOS (298.9)
- Disturbi pervasivi dello sviluppo (299.xx)

## D. schizofrenico: criteri diagnostici (DSM 5) specificare se:

- 1) Primo episodio in fase acuta
- 2) Primo episodio in remissione parziale
- 3) Primo episodio in remissione completa
- 4) Episodi multipli attualmente in fase acuta
- 5) Episodi multipli in remissione parziale
- 6) Episodi multipli in remissione completa
- 7) Continuo
- 8) Non specificato
- 9) Con catatonia

# Schizofrenia: modalità di esordio e decorso

- Esordio: seconda -quarta decade di vita
- Esordio precoce: prima dei 18 anni (EOS schizofrenia)
- Esordio molto precoce: prima dei 13 anni (VEOS schizofrenia)
- **Occorre considerare:** Fase premorbosa Fase prodromica, Fase di stato (attiva), Fase residuale

# Schizofrenia: modifiche del DSM 5

- 1. Eliminazione della speciale definizione di deliri “bizzarri” e allucinazioni nel criterio A
- 2. Sintomi negativi si considera la ridotta espressività emozionale (espressioni affettive linguistiche e paralinguistiche) e l'apatia o mancanza di motivazione (per la vita quotidiana e le attività) come i due domini dei sintomi negativi. Essi descrivono aspetti riconoscibili di sintomi negativi migliori dei sintomi negativi del DSM-IV di appiattimento affettivo alogia/povertà di discorso o apatia
- 3. Almeno uno dei due sintomi necessari per soddisfare il criterio A deve essere quello di presentare deliri, allucinazioni o eloquio disorganizzato.
- 4. Chiarimento in merito alla relazione al disturbo pervasivo dello sviluppo: altro disordine comunicativo al principio dell'infanzia''.
- 5. Eliminazione dei sottotipi (disorganizzato, ebefrenico, cattonico, paranoid, indifferenziato)

# Schizofrenia ad esordio precoce

- 1. Prodromi Frequente deterioramento funzionale prima dell'esordio (ritiro sociale, isolamento, preoccupazioni bizzarre, scarsa cura della persona, calo scolastico, sintomi somatici etc.) talvolta associato ad aggressività o uso di sostanze. Può durare da giorni o settimane ( esordio acuto) o mesi e anni ( esordio subdolo ( personalità premorbosa o malattia)
- 2. Fase acuta
- 3. Fase del recupero
- 4. Fase residuale
- 5. Cronicizzazione

# 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 deficiarietà 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 neurolettici

## SINTOMI POSITIVI

- Deliri (persecuzione, grandezza, riferimento, lettura del pensiero, bizzarri)
- Allucinazioni (visive, uditive, olfattive, gustative, tattili)
- Frammentazione del pensiero

## SINTOMI NEGATIVI

- Affettività appiattita
- Anedonia e ritiro sociale
- Povertà di linguaggio
- Incapacità di concentrazione
- Mancanza di motivazione

# 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 favorevole, remissioni più frequenti e prognosi migliore sono più probabili negli esordi acuti e floridi, in soggetti sposati, con assenza di una storia familiare di schizofrenia alla presenza di sintomi depressivi o paranoidei, con sintomi positivi, con interventi precoci dopo l'esordio;

Scadenti capacità intellettive e livello socio-ambientale basso, sono elementi prognostici sfavorevoli; ogni qualsivoglia elemento deficitario significa decorso sfavorevole, remissioni meno probabili e prognosi peggiore.

**Il decorso della schizofrenia è considerato dalla maggior parte degli studiosi tendenzialmente cronico, con l'alternanza di periodi di acuzie e di remissione dei sintomi. Solo in rari casi è stata osservata la scomparsa dei sintomi; la frequenza e la durata delle esacerbazioni acute successive al primo episodio non sono prevedibili.**

**Le situazioni di stress o l'abuso di sostanze possono causare la riacutizzazione (Linszen, 1994). I sintomi che precedono la riacutizzazione includono: disforia, isolamento, disturbi del sonno, ansia, idee di riferimento (Herz, 1985).**

# SEGN I PRODROMICI

(da 3 a 4 anni prima del 1° ricovero)

- In ordine di frequenza decrescente: concentrazione e attenzione ridotte, spinta e motivazione ridotte, anergia, umore depresso, disturbi del sonno, ansia, isolamento sociale, sospettosità, deterioramento nello svolgimento del proprio ruolo, irritabilità (Yung e McGorry, 1996)
- Perdita di energia e di motivazione, difficoltà di concentrazione, ansia, sospettosità, isolamento sociale, (ABC of Schizophrenia Study, 1993)

# PROGNOSI

- La schizofrenia è una condizione che comporta elevati costi sia umani che economici. La condizione si traduce in una aspettativa di vita ridotta di 12-15 anni, soprattutto a causa della sua associazione con l'obesità, a stili di vita sedentari, al fumo e con un aumento del tasso di suicidi che, tuttavia, riveste un ruolo minore.
- La schizofrenia è una delle principali cause di disabilità, con la psicosi attiva classificata come la terza condizione più invalidante dopo la tetraplegia e la demenza e davanti alla paraplegia e alla cecità. Circa tre quarti delle persone con schizofrenia hanno disabilità in corso con recidive e 16,7 milioni di persone nel mondo sono considerate con disabilità moderata o grave a causa di questa condizione. Alcune persone guariscono completamente e altre riescono comunque ad integrarsi bene nella società. La maggior parte delle persone affette da schizofrenia riescono a vivere in modo indipendente con il sostegno della comunità. Nelle persone con un primo episodio di psicosi, un buon risultato a lungo termine si verifica nel 42% dei casi, un risultato intermedio nel 35% e un risultato scarso nel 27%.

- Si riscontra un tasso di suicidi maggiore associato alla schizofrenia. Questo è ritenuto essere del 10%, ma una analisi più recente su studi e statistiche ha rivisto la stima 4,9%. Più spesso i suicidi si verificano nel periodo successivo all'insorgenza della condizione o con il primo ricovero ospedaliero. Spesso (da 20 a 40%) vi è almeno un tentativo di suicidio. Vi sono una serie di fattori di rischio, tra cui il sesso maschile, la depressione e un elevato quoziente d'intelligenza.
- In studi effettuati in tutto il mondo, si è rilevato una forte associazione tra il tabagismo e la schizofrenia. L'uso di sigarette è particolarmente elevata nei soggetti con diagnosi di schizofrenia, con stime che vanno dall'80% al 90% di fumatori abituali, rispetto al 20% della popolazione generale. Coloro che fumano tendono a farlo molto e in aggiunta fumano sigarette ad alto contenuto di nicotina. Alcune evidenze suggeriscono che la schizofrenia paranoide possa avere una prospettiva migliore rispetto agli altri tipi di schizofrenia per la vita indipendente e per la vita lavorativa.

# DISTURBI DELLA FORMA DEL PENSIERO

- **Accelerazione** (fuga delle idee, velocità associativa)
- **Rallentamento** (diminuzione velocità associativa fino all'arresto del pensiero)
- **Deragliamento** (perdere il filo e passare ad altro argomento)
- **Tangenzialità** (collegamenti forzati)
- **Illogicità**
- **Ridondanza procedurale**
- **Neologismi** (termini conati ex novo)
- **Concretismo** (incapacità di fare astrazione)

# DISTURBI DEL CONTENUTO DEL PENSIERO

- Persecuzione
- Riferimento
- Lettura del pensiero
- Grandezza
- Gelosia
- Nichilistici
- Controllo
- Ipocondriaci
- Religiosi

# DISTURBI DELL'AFFETTIVITA'

- Atimia (mancanza di risonanza affettiva)
- Labilità affettiva ( alterazioni repentine delle emozioni)
- Incongruenza affettiva (reazioni opposte alle circostanze)
- Ambivalenza affettiva (affetti opposti e contrastanti)

# DISTUBI DELLA PERCEZIONE

- Uditive (voci che parlano, complottano minacciosamente contro il paziente e gli intimano comportamenti)
- Olfattive (rare, possibilità di presenza di tumore cerebrale)
- Visive (rare, possibilità di uso di sostanze)

# DISTUBI DELL'AZIONE

- Immobilismo
- Perseverazioni
- Afinalismo

# ANALISI DIFFERENZIALE

**Il Disturbo Schizofreniforme**, caratterizzato da un quadro sintomatologico equivalente a quello della Schizofrenia eccetto che per la sua durata (1-6) e per l'assenza del deterioramento del funzionamento.

**Il Disturbo Schizoaffettivo**, un disturbo nel quale un episodio di alterazione dell'umore e i sintomi della fase attiva della Schizofrenia ricorrono assieme e sono preceduti o seguiti da almeno due settimane di deliri o allucinazioni senza rilevanti sintomi della sfera affettiva.

**Il Disturbo Delirante**, caratterizzato da almeno un mese di deliri in assenza di altri sintomi della fase attiva della Schizofrenia.

**Il Disturbo Psicotico Breve**, un disturbo che dura più di un giorno e che si risolve entro un mese.

**Il Disturbo Psicotico Condiviso**, caratterizzato dalla presenza di un delirio in un soggetto che viene influenzato da qualcun altro con un delirio stabilizzato di contenuto simile.

# 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 le RELAZIONI AFFETTIVO-SESSUALI**

- **RUOLO GENITORIALE**
- **RUOLO LAVORATIVO**
- **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

# Risultati delle ricerche sui deficit cognitivi nella schizofrenia

- Un deterioramento cognitivo significativo si può evidenziare in più del 75% dei pazienti con schizofrenia
- Esso riguarda un'ampia gamma di funzioni, in particolare la memoria, l'attenzione, le funzioni motorie ed esecutive, l'intelligenza
- I deficit cognitivi spesso precedono l'esordio della schizofrenia
- Essi sono una parte essenziale del disturbo e si osservano anche nei pazienti giovani che non mai hanno assunto neurolettici
- I tentativi e i modelli per spiegare i sintomi principali della schizofrenia sulla base dei deficit cognitivi non hanno finora portato a risultati convincenti

# 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)

## ○ 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

# L'alleanza terapeutica

- Secondo Rogers (1957) la genuinità del terapeuta è una condizione preliminare per la considerazione positiva del paziente e l'empatia oltre ad essere principale fattore che contribuisce al cambiamento. Accettazione significa accogliere il paziente incondizionatamente, indipendentemente delle sue condizioni, azioni e sentimenti
- Hill e Knox (2002) ritengono utile la self-disclosure del terapeuta se finalizzata a validare, modellare e rafforzare l'alleanza e fornire un modello alternativo di pensare e comportarsi
- Persuasione manipolazione aumentano la probabilità di resistenza e chiusura del paziente. Ai fini del cambiamento, l'obiettivo è quello di creare uno spazio terapeutico caratterizzato da libertà e responsabilizzazione del paziente stesso (Beutler et al. 2006)

# Uso della normalizzazione

- I sintomi psicotici vengono posti su un continuum di fenomeni normali; nonostante ciò, molte persone li vivono come qualcosa di drammatico, che causa stress e ansia, realizzando di non avere controllo sulla propria vita, sui propri pensieri e sentimenti
- Socializzare al paziente che anche la deprivazione di sonno, **allucinazioni ipnagogiche e ipnopompiche**, forti sensazioni di paura, abuso fisico e sessuale, perdite e lutti, isolamento sociale, alterazioni organiche (abuso, cattivo uso di farmaci) abuso di alcool e sostanze siano possibili cause scatenanti del disturbo

# Uso della TCC nell'esordio precoce

In tutto il mondo sono stati proposti dei pacchetti di intervento per soggetti al primo episodio psicotico che includono:

1. Un trattamento farmacologico ottimale
2. Un case management psichiatrico
3. Una serie di interventi psicologici: psicoeducazione, TCC individuale e di gruppo, parent training, inserimento lavorativo e sociale
4. Incremento delle strategie di coping: l'intervento sui sintomi negativi prevede compiti quali l'automonitoraggio comportamentale, la pianificazione e programmazione delle attività, training di assertività, registrazione giornaliera del piacere percepito delle attività.
5. Prevenzione delle ricadute: monitoraggio dei fattori stressanti e dei primi segnali di ricaduta, ristrutturazione cognitiva degli schemi del sè

# Studi sulle allucinazioni

- **Le attuali formulazioni psicologiche relative alle allucinazioni uditive si basano sull'ipotesi che le persone scambino le proprie percezioni interne per eventi esterni. (Marrison e Haddock 1997)**
- **Derivano da una sorta di dialogo erroneamente interpretato come proveniente dall'esterno**
- **Le subvocalizzazioni sono state ampiamente studiate nell'ambito delle allucinazioni e tutti gli studi hanno concluso che queste ultime siano dei discorsi sub-vocalici interpretati scorrettamente**
- **Pertanto le allucinazioni possono derivare non solo da un deficit di «teoria della mente» ma anche da un deficit nei processi cognitivi importanti nell'identificazione della fonte quali, un deficit di memoria o una compromissione della coerenza verbale**
- **Esiste una chiara relazione fra esperienze traumatiche e allucinazione (pensieri intrusivi inaccettabili e incontrollabili)**
- **Le persone che hanno allucinazioni credono molto alla pericolosità di tali pensieri intrusivi**

# Studi sulle allucinazioni IMPERATIVE

Nei soggetti affetti da Schizofrenia prevalgono le allucinazioni imperative; in un recente studio di Sawyer e collaboratori (2005) ha rilevato che gli ordini più frequenti riguardano:

- a) Uccidersi
- b) Farsi del male
- c) Fare del male agli altri

Alcuni soggetti riferiscono di ricevere ordini innoqui (“fai il caffè”) o che implicano trasgressioni lievi (gridare in pubblico). La severità può variare ma in ogni caso la maggior parte dei pz. ha alti livelli di sofferenza e depressione.

Le voci costituiscono lo stimolo che attiva le credenze centrali del soggetto riguardo al loro potere, e elicitano delle reazioni emotive (paura, depressione) e comportamentali (evitamento e tentativo di controllo); questi ultimi potrebbero essere classificati come comportamenti protettivi (se non lo faccio morirò) che hanno l'effetto collaterale di mantenere le credenze erronee e il disturbo.

# Studi sulle allucinazioni imperative

Secondo il modello cognitivo delle allucinazioni di Chadwick e Birchwood (1997) le reazioni emotive e comportamentali nei confronti delle voci non sono scatenate unicamente dal loro contenuto e dalla loro natura, sembrano invece fondamentali le credenze della persona in merito al loro scopo e significato.

Braham e collaboratori (2004) hanno messo in luce come la presenza stessa delle voci non sia sufficiente a spiegarne la sottomissione, questa relazione è mediata da due fattori:

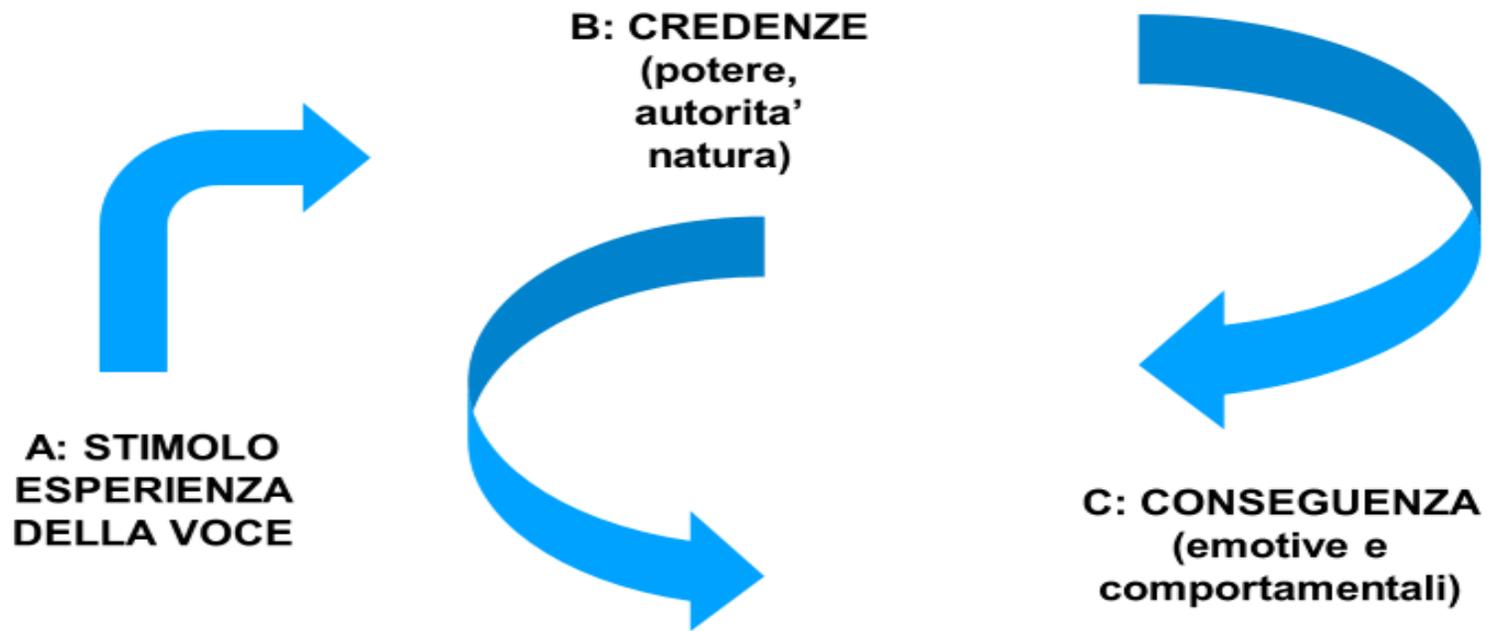
- a) Il potere e l'autorità della voce e la sua natura (es: E' il diavolo!)
- b) Le credenze del paziente in merito alla benevolenza o malevolenza e il suo scopo e significato (es: mi sta punendo per i miei peccati!)

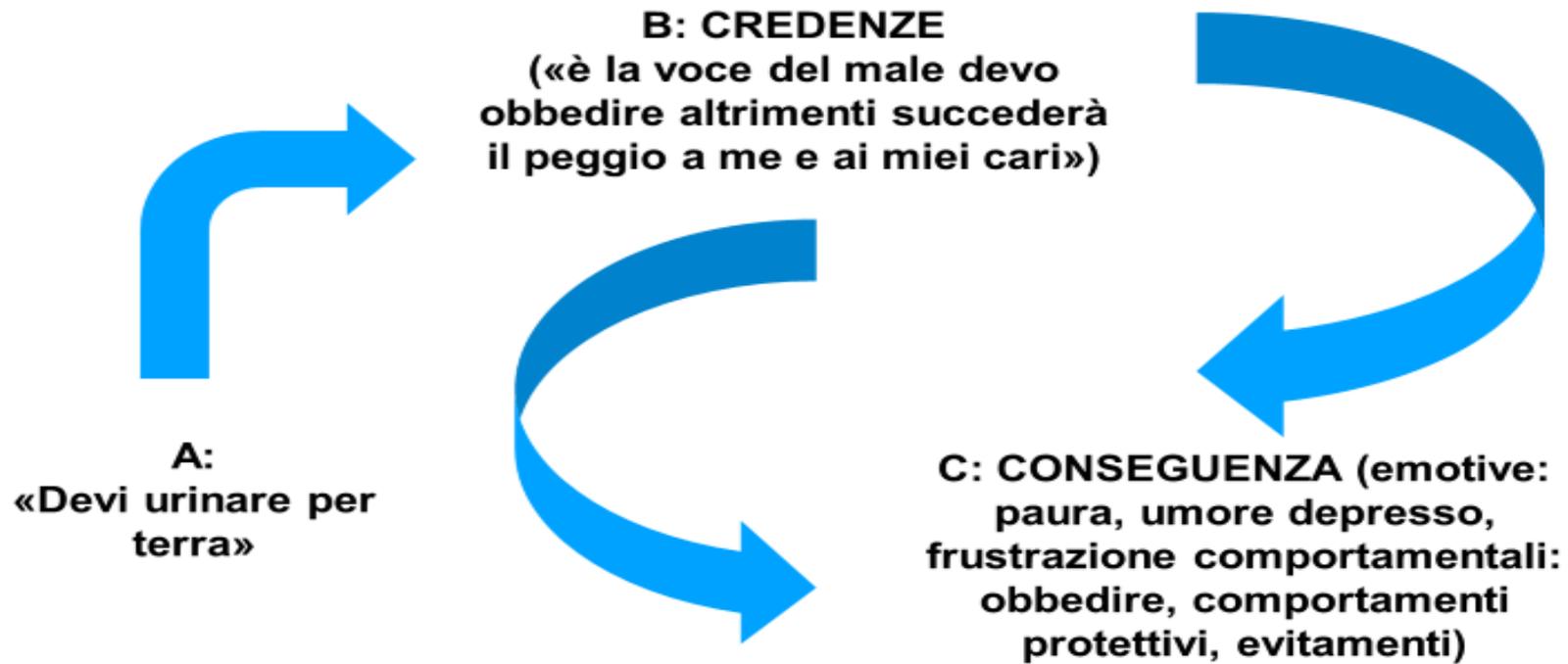
# La teoria del rango sociale

Birchwood e collaboratori (200-2004) hanno dimostrato come il rapporto tra la voce e colui che la ode segue le stesse regole di una relazione sociale: se la persona si sente inferiore alla voce si percepirà di rango inferiore e questo si ripercuoterà anche nelle sue relazioni nell'ambiente sociale in cui vive e viceversa.

Ci sarebbero quindi due processi principali:

1. Escalation: minacciare gli altri, continuare a combattere
2. De-escalation: sottomissione, fare marcia indietro e desistere





# Assessment delle allucinazioni

- **Identificazione delle caratteristiche delle voci: frequenza, durata, rumorosità, provenienza e natura, nonché le credenze del soggetto in merito.(valido anche per i deliri)**
- **Anche un classico ABC può risultare utile per valutarne antecedenti e conseguenti., incoraggiando il paziente alla tenuta di un diario di registrazione delle voci.**

# La TCC delle allucinazioni imperative: TCCAI

La TCCAI mira a ridurre la tendenza ad obbedire alle voci o a tentare di controllarle:

- 1) Indebolendo la percezione del potere delle voci
- 2) Aumentando il senso di autoefficacia di colui che le sente
- 3) Migliorare l'efficacia interpersonale

# TCCAI

## ○ Fase 1 assessment e relazione terapeutico:

- 1) Stabilire un buon rapporto e una relazione di fiducia per mezzo dell'ascolto empatico
- 2) Incoraggiarlo a fornire un resoconto dettagliato delle proprie esperienze e credenze
- 3) Indebolire le credenze che possono indebolire la relazione terapeutica (commenti contro il terapeuta)
- 4) Definire un segnale simbolico "pulsante antipánico" che segnala al terapeuta quando il paziente non è a proprio agio

# TCCAI

- Fase 2: “promuovere la percezione di gestione delle voci”:
  1. Incoraggiare il paziente a resistere alle voci, cercando prove contrarie alla loro percezione del loro potere
  2. Aumentare le abilità del soggetto di mantenere un certo controllo sulle voci e raccogliere prove contrarie al loro potere
  3. Portare il paziente a comprendere quali sono i fattori che amplificano o riducono la presenza delle voci ( ignorarle, essere impegnati in attività piacevoli e distraenti/ situazioni stressanti ed eventi negativi)

# TCCAI

- Fase 3 “modificare le credenze riguardo al potere delle voci”:
  1. Ridurre il potere percepito dalla voce e aumentare quello della persona che la ode
  2. Ridurre l’obbedienza alle voci , i tentativi di gestirle e gli altri comportamenti protettivi
  3. Indebolire la convinzione che il paziente sarà punito o danneggiato dalle voci
  4. Indebolire la convinzione in merito alla natura malevola delle voci

# TCCAI

- Fase 4 “ridurre i comportamenti protettivi e l’obbedienza alle voci”:
  1. Esperimenti comportamentali di omissione del comportamento protettivo per testare la previsione che accadrà qualcosa di catastrofico (partire da quelli meno temuti)
  2. Lo si invita a ridurre il grado di obbedienza e a notare come l’esito temuto non si verifichi, indebolendo di conseguenza la sua credenza

# TCCAI

- Fase 5 “ potere interpersonale e prevenzione delle ricadute”:
  1. Modificare il comportamento interpersonale dell'individuo per modificare il suo rango sociale (escalation e de-escalation) riducendo anche la probabilità che si sottometta alle voci
  2. Ridurre così gli eventi negativi che possono scatenare o esacerbare le voci (prevenzione delle ricadute)

# TCCAI

- Fase 6 “lavorare sui significati personali”:
  1. La presenza di una anamnesi di eventi traumatici o emotivamente salienti può dare un senso ai problemi attuali del pz. sulla base del contesto di vita in cui sono insorte le voci e le credenze associate
  2. Identificare le origini psicologiche delle allucinazioni e della loro natura

# STUDI SUI DELIRI

- Roberts (1991) ha proposto che i deliri possano essere meglio compresi in relazione alla storia di vita del paziente e acquistano senso nelle sue narrazioni
- Turkington et al (1996) riteneva che sembra necessario collocare questi fenomeni su un continuum con la normalità: Un delirio è una credenza (probabilmente falsa) che si colloca al limite estremo del consenso generale; spiegabile dalle idee comuni e tipiche del background sociale, culturale, educativo e religioso del paziente.
- I deliri vengono mantenuti da pensieri ansiosi che riguardano l'anticipazione di una minaccia o di un danno fisico, sociale o psicologico che ne aumentano anche i livelli di arousal e pertanto usati come modalità di difesa psicologica attivando, anche comportamenti protettivi considerati preventivi della catastrofe temuta (Freeman 2002/2007))

# Lavorare con i disturbi formali del pensiero

- E' stato osservato che i sintomi dei disturbi formali del pensiero peggiorano quando l'argomento della conversazione è emotivamente saliente o quando viene criticato dalla famiglia, rispetto alla lucidità mantenuta in caso di argomenti neutri o piacevoli (Rosenfarb et al. 1995)
- Risulta opportuno fornire tempi lunghi di risposta possibilmente privi di dettagli e domande inizialmente aperte seguite da altre più dirette e a risposta chiusa. Il terapeuta dovrebbe preferibilmente usare un dialogo lento e ripetitivo facendo riformulare il paziente le domande fatte per assicurarsi che abbia prestato attenzione e compreso .

# Lavorare con disturbi formali del pensiero

- Quando le alterazioni sono intermittenti o oscillano nella gravità potrebbe essere necessario utilizzare la scoperta guidata dei “pensieri automatici antecedenti alla reazione da stress” che a sua volta manifesta la disorganizzazione dell’eloquio.
- Pinniti e collaboratori (2005) consiglia di usare la “regola delle cinque frasi “ per volta, per evitare che il paziente si disorganizzi.
- Tryon e Winograd (2002) hanno effettuato delle ricerche in merito all’importanza di stabilire obiettivi condivisi con il pz. e una collaborazione, evidenziando come gli effetti terapeutici aumentino quando terapeuta e pz. sono reciprocamente coinvolti nella terapia e quest’ultimo lavora attivamente.

# Tipologie di deliri (Turkington 2005)

- **Deliri di tipo 1: sono collegati ai deficit cognitivi (attenzione concentrazione e memoria) e a sintomi negativi (appiattimento affettivo)**
- **Deliri di tipo 2: solitamente sono deliri persecutori strutturati e di grandiosità (spesso in seguito ad episodi traumatici) e conseguenti distorsioni cognitive (personalizzazione, esternalizzazione legate ai deficit di teoria della mente)**

# Opzioni di cura

- SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura)
- Centri di salute mentale
- Centri diurni
- Comunità Terapeutiche Assistite (regime intensivo ed estensivo)
- Comunità a Modulo Socio Riabilitativo
- Comunità alloggio
- Gruppo appartamento

# Attività riabilitative previste nelle CTA

- Attività legate alla cura del sé e del proprio ambiente (Pedagogista, educatore, TRP, Infermiere, OSA)
- Psicoeducazione (Pedagogista, Psicologo)
- Gestione del denaro e delle sigarette (Pedagogista, Psicologo, Educatore)
- Attività laboratoriale di stimolazione di abilità specifiche (Pedagogista, Educatore, TRP)
- Gestione del tempo libero e attività ricreative e sociali (Pedagogista, Assistente sociale, Educatore, Psicologo, TRP)
- Terapia farmacologica (Psichiatra, infermiere)
- Igiene del sonno e dell'alimentazione (Psichiatra, Psicologo, Infermiere)
- Inclusione sociale e lavorativa (Assistente Sociale, Pedagogista, Educatore, Psicologo, TRP)
- Psicoterapia individuale (Psicoterapeuta)
- Psicoterapia di gruppo (Psicoterapeuta)
- Parent-training (Psicoterapeuta)

# Psicodiagnosi e CTA

- SANS (Scala di Valutazione dei sintomi negativi)
- SAPS (Scala di valutazione dei sintomi positivi)
- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) Valuta la severità dei sintomi psichiatrici
- SAS (Suicide Assessment Scale) Valuta il rischio suicidario
- BIS-11 (Barrat Impulsiveness Scale) Valuta i tratti impulsivi della personalità
- SCID2 (Intervista clinica sui disturbi di personalità)

# PTI E PTRP (NELLE CTA)

- **PTI (Piano terapeutico individualizzato) Piano terapeutico per la costruzione di un sistema di sostegno e cura di alta integrazione socio sanitaria ; redatto dai CSM di appartenenza del paziente con individuazione di un suo Case Manager referente dell'Azienda sanitaria**
- **PTRP(Piano terapeutico riabilitativo personalizzato) in coerenza con il PTI e in accordo con il CSM**

# 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**

# TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI

- 1. COINVOLGIMENTO PRECOCE DELLA FAMIGLIA NEL TRATTAMENTO, in un'atmosfera non colpevolizzante; DEFINIZIONE DI OBIETTIVI PERSONALI PER OGNI MEMBRO
- 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.

# Passi del metodo Strutturato del Problem Solving (D'Zurilla & Goldfried 1971)

- 1. definire esattamente l'obiettivo o il problema
- 2. "ruota libera" per trovare soluzioni nuove e creative
- 3. valutare i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna soluzione proposta
- 4. scegliere la soluzione migliore e più pratica
- 5. stabilire un piano d'azione dettagliato e prevedere gli ostacoli
- 6. riesaminare come procede il piano: verificare i risultati ; rinforzare tutti gli sforzi ; continuare la pratica

# Sequenza dei problemi/ obiettivi

- 1. Problemi pratici
- 2. Problemi interpersonali
- 3. Problemi personali/ intrapsichici
- 4. Problemi legati al disturbo, alle crisi e alle limitazioni di vita

**2 studi italiani hanno dimostrato un miglioramento del funzionamento cognitivo e dei sintomi dopo 6-12 mesi di Problem Solving Training basato sugli obiettivi e i problemi nella vita reale degli utenti**

- Il primo era applicato come parte di un approccio familiare in uno studio multicentrico (Roncone et al 2001)**
- Il secondo era applicato in gruppo gruppi in 5 Centri Diurni nella Veneto (Lamonaca, Boggian, Barbieri et al 2004)**

# TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DEI SINTOMI PSICOTICI

- 1. SVILUPPO DI UN MODELLO CONDIVISO DEL DISTURBO, a partire dalle interpretazioni che il p.te si dà 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, ridurre l'impatto o gestirli meglio
- 3. RIDUZIONE DELL'ATTIVAZIONE PSICOFISIOLOGICA

# TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DEI SINTOMI PSICOTICI

- **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-COMPORTAMENTALE DEI SINTOMI PSICOTICI

- **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)**

# 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**

## Training di apprendimento senza errori (Carroll, 2000)

- I pazienti schizofrenici con deficit mnestici mostrano una particolare difficoltà a distinguere durante il training tra risposte corrette ed errori
- L'apprendimento senza errori prevede di iniziare con compiti molto facili e di aumentare gradualmente la difficoltà

# Addestramento nelle Abilità di Vita

- abilità nella cura di sé
- abilità di vita indipendente
- abilità di conversazione
- abilità nella amicizia e relazione intime
- abilità lavorative
- abilità ricreative
- accesso alle risorse comunitarie per accomodazione, finanze, lavoro, ricreazione & assistenza sanitaria

# La Pianificazione Fare Un Attività Piacevole (Lewinsohn)

## ○ Analisi del Problema - diario delle Attività

- fare la nota dell'attività giornaliera, come lavarsi, mangiare, pulire casa, pisolini, ecc.
- scegliere il tempo migliore per fare ogni attività
- prevedere un tempo per la preparazione: predisporre dei mezzi per fare l'attività
- procedere a piccoli passi
- rinforzi specifici per tutti gli sforzi

# Metodo Strutturato del Problem Solving (D'Zurilla & Goldfried 1971)

- **definire esattamente l'obiettivo o il problema (D,F,Wm)**
- **“ruota libera” per elencare soluzioni creative (F,D)**
- **valutare i punti vantaggiosi e svantaggiosi delle soluzioni proposte (D,Wm)**
- **scegliere la soluzione più pratica (D,F,Wm)**
- **stabilire un piano d'azione dettagliato e prevedere gli ostacoli (P,D,F,Wm)**
- **riesaminare come procede il piano: verificare i risultati; rinforzare tutti gli sforzi; continuare la pratica (P,D,F,Wm)**

# Strategie Neurocognitive nel Problem Solving Training

- **D = la definizione e capienza del problema**
- **F = flessibilita' cognitiva quando siamo cercando delle soluzione**
- **Wm = "working memory" - l'abilita' tenere i pensieri disponibile implementarli subito**
- **P = la pianificazione pratica e previdente**

# **Problem Solving Training e' un Approccio Ottimale per "Cognitive Remediation"**

- 2 studi italiani hanno dimostrato un miglioramento della funzione cognitiva e nei sintomi dopo 6-12 mesi di Problem Solving Training basato sui obiettivi e problemi nella vita reale degli utenti**
- Il primo era applicato come un fase d'un approccio familiare nel studio multicentrico (Roncone et al 2001)**
  - Il secondo era applicato nei gruppi in 5 Centri Diurni nella Veneto (Lamonaca, Boggian, Barbieri et al 2004)**

# Esercitazione su caso clinico

Il caso di Giacomo



GRAZZE

The image features a green patterned top section and a white bottom section. In the white section, the word "GRAZZE" is formed by large, colorful letters held up by several hands. The letters are: 'G' (orange), 'R' (maroon), 'A' (orange), 'Z' (maroon), 'Z' (yellow), and 'E' (orange). The hands are visible from the bottom, holding the letters up against a white background.