

# La cura del paziente psicotico grave nel lungo periodo

Da : Josè Mannu

Seminari A.I.L.A.S. (Associazione Italiana Lotta Allo Stigma)



# Definizioni di riabilitazione

- **Per “riabilitazione psicosociale” si intende il fatto che una persona che prima era impaurita dal fatto di entrare in un negozio per chiedere un gelato, ora potrebbe essere il gestore di un negozio di gelati (Green, 1994)**
- **L’obiettivo della riabilitazione psichiatrica è di rendere capace l’individuo di sopportare o eliminare i deficit funzionali, le barriere interpersonali e ambientali create dalla disabilità, e ristabilire la capacità per vivere in maniera autonoma, per socializzare e gestire la propria vita (Hughes 1994)**



# Ogni affermazione ha degli a-priori

- Le affermazioni precedenti centrano l'attenzione sulla persona e sugli strumenti interni all'interno del più preciso criterio diagnostico in ambito riabilitativo: individuare i deficit per modificarli.
- Credo che il concetto di riabilitazione debba invece costruirsi su a-priori diversi rispetto a quelli riportati che mi sembrano troppo riduttivi e che non tengono conto della complessità e problematicità della strategia riabilitativa
- La *comprensione* della strategia riabilitativa *passa* attraverso l'individuazione di *cornici* concettuali che hanno rappresentato un importante riferimento per la prassi riabilitativa stessa



# La prima “cornice” della riabilitazione: il premio

- Il trattamento morale di Pinel introdusse il primo elemento di novità contrapponendo alle catene la promessa di premi
- “È difficile non cogliere una discreta assonanza con le strategie ad impostazione comportamentistica, del tipo *token economy* in cui proprio la ricompensa si costituisce come asse portante della riabilitazione dell’alienato nel manicomio (Ballerini, 2006)



## La seconda "cornice": l'ordine

- Il Retreat di York prevedeva la scansione della giornata secondo un "ordine" preciso: sveglia alle sette, thè alle cinque ecc.
- L'ergoterapia "non rappresenta altro che un'educazione del malato con lo scopo di fargli riappropriare della volontà e della forza per un'autogestione *ordinata* e fruttuosa" (Hermann Simon, 1929)



## La terza cornice: la "deistituzionalizzazione"

- Il termine istituzionalizzazione fu coniato da Barton nel 1959 per descrivere quelle persone che erano così "dentro" la vita quotidiana nelle istituzioni da non poter prendersi cura di se stesse una volta fuori da esse o, a un livello più profondo, erano incapaci di pensare o vivere autonomamente al di fuori della cornice istituzionale che era stata fornita loro
- Goffman poi nel 1961 descriverà e renderà "famose" le "istituzioni totali" e i loro meccanismi istituzionalizzanti



# L'intervento farmacologico

- **Da questo settore la riabilitazione ottiene progressi importanti.**
- **L'intervento farmacologico con i neurolettici portava allo stabilizzare il paziente a tutti i costi sottostimando gli effetti iatrogeni dei farmaci**
- **Alcuni identificavano gli effetti extrapiramidali come segno di terapeuticità dei farmaci**



# Effetti iatrogeni e riabilitazione

- **Disturbi del movimento come EPS, distonia, disforia, acatisia, discinesia tardiva, iperprolattinemia, sindrome maligna sono stati impedimenti e fattori di cronicità purtroppo sottostimati (anche per mancanza di alternative)**
- **Questi disturbi sono responsabili di ridotta collaborazione, aumento della mortalità, disabilità cognitive (Cortese et al 2004)**





# Il problema della neurotossicità

- **I neurolettici possono peggiorare alcune funzioni cognitive come l'attenzione, la memoria e breve e lungo termine, le capacità di elaborazione dell'informazione e di problem solving (King and Henry, 1992)**
- **Questi effetti sarebbero l'espressione di una neurotossicità (blocco della depolarizzazione neuronale, eccesso di eccitazione di sistemi neuronali soprattutto nello striato) (Gil-Ad et al. 2001)**



# Gli antipsicotici atipici

- **Nel lungo periodo la clozapina ha effetti benefici sulle funzioni cognitive, in particolare sulla capacità di reazione agli stimoli e sull'attenzione**
- **Il Risperidone sembra migliorare la memoria visiva valutata con il Wisconsin Card Test.**
- **L'aripirazolo migliora al pari dell'olanzapina l'apprendimento verbale e la funzionalità cognitiva generale.**
- **Esperienze cliniche indicano un miglioramento dell'insight in pazienti trattati con aripirazolo**



# La quarta cornice: il territorio

- **Il territorio pone nuovi problemi, primo fra tutti il funzionamento sociale**
- **Il confronto con la vita nel quartiere contribuisce a spostare l'attenzione dall'asse salute/malattia a quello abilità/disabilità**
- **Tuttavia anche quest'asse può essere (e di fatto viene) affrontato da diversi punti di vista**



# I “punti di vista” della “nuova” riabilitazione

- **Comportamentistica (Lieberman)**
- **Psicosociale (Spivak)**
- **Misto: Milieu (Comunità Terapeutiche)**
- **Psicoeducazionale Familiare (Falloon, Mc Farlane)**
- **Terapia di comunità (case manager, supported housing)**



# Strategie “individualistiche”

- **Centrano l'attenzione prevalentemente sulla persona e i suoi deficit e sviluppano un processo a base psicoeducazionale per migliorare le abilità sociali e di problem solving che dovrebbero evitare ricadute (schizofrenia, depressione, disturbo bipolare)**
- **Si fondano sul modello:**
  - Stress-Vulnerabilità-Coping-Competenza



# Stress-Vulnerabilità-Coping-Competenza

- **Lo scopo della riabilitazione secondo il modello, è quello di migliorare le capacità di affrontare la malattia (coping) mediante un apprendimento di abilità e competenze sia in ambiente sociale che lavorativo (Liberman & Anthony, 1986)**
- **Migliorando queste capacità ci si aspetta che si riduca la vulnerabilità agli stressors**



# Strategie "sociali"

- **Il più significativo rappresentante di questa linea riabilitativa è Spivak.**
- **Il principio da cui si parte è che "mentre la disabilità fisica può essere solo secondaria a malformazione, processo morboso o trauma, la disabilità psicosociale può derivare, ma anche accompagnarsi, o precedere e determinare l'episodio morboso" (Siani et al. 1990)**



# Milieu Therapy

- È una tecnica fondata sul fatto che ogni elemento dell'ambiente può essere utilizzato per obiettivi terapeutici e/o riabilitativi
- Ha effetti positivi sul comportamento, sull'insight e sul senso di capacità personale
- Utilizza la pressione dei pari, il supporto sociale, il riconoscimento, le abitudini sociali per migliorare il funzionamento sociale, il confronto con la realtà, la capacità di negoziazione





# Il target della riabilitazione

- **Disturbo psichico grave e persistente**
  - Schizofrenia
  - Depressione grave
  - Disturbo bipolare
  - Doppia diagnosi
  - Altri disturbi caratterizzati dalla gravità e persistenza



# Definizione di efficacia clinica

- **Per efficacia si intende la capacità di un trattamento di modificare il naturale decorso della malattia.**
- Variabili cliniche:
  - Riduzione dei sintomi
  - Riduzione recidive
  - Riduzione comportamenti patologici
- Variabili sociali:
  - Miglioramento del funzionamento sociale
  - Miglioramento del supporto ambientale
  - Miglioramento della qualità di vita
  - Reintegrazione sociale
  - Riduzione del carico familiare
- Variabili individuali:
  - Punti di vista dell'utente su: *aspettative - bisogni -soddisfazione*



# L'obiettivo della riabilitazione

- **La riabilitazione interviene supportando le risorse della persona, aiutando a superare i deficit e a raggiungere i propri obiettivi**
- **L'intervento riabilitativo non ha come priorità la riduzione dei sintomi**
- **Il presupposto è che, incrementando le risorse, si "sta meglio" con il proprio disturbo anche mantenendo pressoché inalterati i sintomi**



# Gli strumenti della riabilitazione

- **Terapia cognitivo-comportamentale**
- **Cognitive Remediation Therapy**
- **Terapia psicoeducazionale**
- **Intervento familiare**
- **Inserimento lavorativo supportato**
- **Case management**
- **Programmi di trattamento residenziale**
- **Intervento farmacologico nella riabilitazione**



# Punto finale



- **Nel corso di questi anni le nuove tecniche di intervento riabilitativo stanno consolidandosi dando alla riabilitazione uno spessore clinico importante**
- **Probabilmente questo è stato possibile anche per l'introduzione di strategie di intervento farmacologico diverse soprattutto per quanto riguarda gli effetti collaterali pur restando il principio di base del blocco dei recettori D2**
- **Tuttavia la riabilitazione rappresenta una modalità di intervento complessa che richiede nuove evidenze e linee guida per uscire dall'operatività del buon senso che l'ha spesso caratterizzata.**



# Decorso delle Psicosi e Disabilità sociale

## L'intervento socioriabilitativo

***Mario Nicotera***

*Da : V. Di Michele, f. Bolino – EPS, vol. 13, n.3, 2004 - pagg.146 -151  
G. Harrison - EPS - idem, pagg. 152-157*

*Cz 15.10.2004*

# Fattori che influenzano sull'outcome sociale delle psicosi schizofreniche e loro potenziale ruolo in un approccio terapeutico integrato I

## Fattori neurocognitivi

*(le misure neurocognitive più predittive dell'esito sociale sono)*

- a. Memoria verbale secondaria*
- b. Fluidità di linguaggio*
- c. Flessibilità cognitiva (elaborazione delle informazioni) (Green et al., 2000)*
- d. Capacità predittive della cognizione sociale (Roncone et al. 2002; Pinkham et al., 2003)*

*(tuttavia non tutte le alterazioni del funzionamento sociale vanno ascritte a deficit cognitivi!) (Mueser, 2002)*



# Fattori che influenzano sull'outcome sociale delle psicosi schizofreniche e loro potenziale ruolo in un approccio terapeutico integrato **II**

## Fattori Psicopatologici

- a. *Sintomatologia negativa, come dimensione***
- b. *"Disorganizzazione", come dimensione*  
*(Liddle, 1987)***
- c. *Co-occorrenza di sintomi "affettivi-emotivi" (Es. ansia) (Pallanti et al., 2004)***
- d. *"dis-socialità" come disturbo primordiale della concettualizzazione del mondo e delle sue relazioni (concetto antropofenomenologico) (Stanghellini & Ballerini, 2002)***



# Fattori che influenzano sull'outcome sociale delle psicosi schizofreniche e loro potenziale ruolo in un approccio terapeutico integrato **III**

## Fattori clinici e psicosociali

- a. Maladattamento sociale premorboso (+)*
- b. Esordio insidioso (+)*
- c. Età dell'esordio, stato civile, genere (-)*
- d. Caratteristiche cliniche ( $\pm$ )*
- e. Rischio genetico (fam. di I° grado) (+)*
- f. Ricoveri in OO.PP.(+)*
- g. Stigma e politiche sulla salute (+)*
- h. Cultura d'origine (+)*

# Fattori che influenzano sull'outcome sociale delle psicosi affettive e loro potenziale ruolo in un approccio terapeutico integrato

- *(malgrado i rimarchevoli progressi compiuti in campo farmacologico, l'outcome sociale è generalmente scadente!)*

*per ->*

*(Goldberg, et al., 1995*

*Angst & Sellaro, 2000*

*Tohen et al., 2003)*

- *Ricadute e riacutizzazioni*
- *Guarigioni incomplete*
- *Scarsa risposta al t.f.*
- *Età precoce di insorgenza*
- *Presenza di sintomi psicotici*
- *Comorbidità con alcoolismo*

# Genesi del deficit sociofunzionale: caratteristiche

- *Precede l'insorgenza del quadro psicotico*
- *Costituisce, quindi, un dominio comportamentale relativamente indipendente*
- *La cognizione sociale (inclusa la Teoria della Mente) ne rappresenta la base neurobiologica fondante*
- *Essa Costituisce (per l'analogia tra Autismo e patologie con grave deficit sociale) uno stimolante modello di studio*

# Genesi del deficit sociofunzionale: alterazioni neuroanatomiche

- **Le basi neurali della cognizione (intelligenza) sono collocate a livello** (*Adolphs, 2001, Pincham et al., 2003*):
  - *Della corteccia prefrontale*
  - *dell'amigdala*
  - *Del giro del cingolo*
  - *Del giro temporale superiore (Fletcher et al., 1995)*
- **I dati della *brain imaging funzionale* hanno identificato alterazioni specifiche** (*Buchsbaum et al., 2002*):
  - *Ridotto consumo metabolico a carico del lobo temporale e del giro del cingolo*
  - *Consumo metabolico fronto/occipitale significativamente minore*

# Il post Genoma e la nuova biologia sociale *(Harrison, 2004)*

- ***Geni e ambiente interagiscono (come?)***
- ***Cambiamenti ereditabili nell'espressione genica si verificano senza cambiamenti delle sequenze DNA (Wolfe & Matzke, 1999)***
- ***Gli stessi geni producono risultati fenotipici differenti (pleiotropia)***
- ***Il "fenotipo" della Schizofrenia sembra determinato dal confluire di diversi tratti ognuno dei quali dotato di diversi loci genetici***
- ***Per questo la genetica del disturbo psicotico complesso (senza trasmissione mendeliana) rimane largamente oscura***

# Nuova biologia sociale della Schizofrenia *(Harrison, op.cit.)*

- **Il gene risponde all'esperienze**
  - **i geni ricostruiscono, rimodellano e scolpiscono il cervello in risposta alle esperienze**
- 1) Esperimento dei topi: la luce accende il gene che codifica per una proteina, il BDNF (Huang e al., 1999)*
  - 2) Esperienze sulle scimmie Java trattate con amfetamine (patterns evitanti e posizione sociale) (Knobbout, 1996)*
  - 3) I taxisti londinesi e la loro capacità di mapping innata (area ippocampale più larga) e capacità appresa dall'esperienza (allargamento della stessa area) (Maquire et al., 2000)*

# Conseguenze dell'esperienza sociale e Schizofrenia *(Harrison, op.cit.)*

- *Fruizione e perdita di connessioni sinaptiche nel corso della vita in rapporto all'esperienza*
- *Plasticità della struttura cerebrale dall'aspetto genetico all'interazione ambientale nel corso di tutta la vita*
- *L'esperienza sociale può allora contribuire in qualche modo alla genesi del disturbo schizofrenico*

# Modelli predittivi dell'esito

*(la presenza di modelli funzionali basati su misure multiple di funzionamento sociale permettono di individuare nessi di causalità con)*

- **Lo sviluppo sociale dell'individuo**
- **Il livello di funzionamento al momento dell'esordio della psicosi (*Häfner et al, 2003*)**

*(la mancanza di modelli strutturali che incorporino simultaneamente misure per i fattori seguenti non lo consentono )*

- **Caratteristiche neurobiologiche**
- **Caratteristiche psicopatologiche (*Green & Nuechterlein, 1999*)**



# Conclusioni e proposte

*(necessità di)*

- **Riconcettualizzazione profonda del concetto di molte psicosi**
- **Incorporazione di questa nuova concettualizzazione nei sistemi diagnostici**

*(e alla luce di questo)*

- **Identificazione e potenziamento di interventi integrati di tipo psicosociale e riabilitativo**
- **Implementazione di interventi sui *care giver***
- **Rimodellamento dei Servizi di Salute mentale**  
*(Ruggeri et al., 1998)*