TCC delle Psicosi
Evoluzione storica e Modelli applicativi

Dr. Antonio Pinto
Responsabile Area Psicoterapia UOSM Cercola
DSM ASL NA 3 SUD
Board Member EABCT
Didatta Sitcc
Supervisore EMDR
AIDOC
Ass. Ita. Dist. Oss. Comp.
dott.antonio.pinto@virgilio.it
348/3405277
CEPICC
081/6174561
cepicnapoli@virgilio.it
Napoli

Introduzione

- Limiti teorici e metodologici nella cura della schizofrenia

La Schizofrenia:un fenomeno "mondiale"

- Tassi similari in tutto il mondo, approssimativamente 1% della popolazione
  - 12 milioni in Cina
  - 8.7 milioni in India
  - 2.2 milioni in USA
  - 285,000 in Australia
  - Over 280,000 in Canada
  - Over 250,000 in GB

- Tuttavia pur partendo in ritardo rispetto ad altre aree psicopatologiche:
- **Ricercatori e terapeuti cognitivo comportamentali** **da più di 15 anni** ormai ,si dedicano allo studio ed alla ricerca sistematica di strategie terapeutiche e metodologie di intervento in quest'area, producendo numerosi studi che oramai dimostrano non solo :
- **la possibilità di poter strutturare veri e propri setting di TCC** con questi pazienti, ma anche naturalmente
- **L'efficacia stessa della psicoterapia cognitivo comportamentale.**

Prove di efficacia-I

- The evidence based relevant to the use CT in schizophrenia is now well developed.
- In the late 1990s, randomized control studies began to emerge.
- Meta-analyses (Zimmermann et al. 2005) and more than 20 randomized controlled studies have now established the efficacy of CBT in reduction of persistent positive symptoms (Turkington et al. 2006)

(Valente, Pinto, 2012).

Prove di efficacia-II

- Preliminary studies of the use of CBT in the prodromal phase show effects on delaying transition to psychosis
  - (McGorry et al. 2002; Morrison et al. 2004)
- La Svolta
- 2002:In UK, **Guidelines on schizophrenia** (National Institute for Clinical Excellence, **reccomend CBT on an individual basis** (at least 10 sessions over at least 6 months) **for all people with schizophrenia**

Studi di Outcome di TCC Individuale

- Pazienti cronici resistenti a precedenti trattamenti
- Psicosi Acute
- Esordio recente/primo episodio
- Diagnosi doppia (alcool/droga)

Attuali aree di Ricerca

- Doppia Diagnosi
- Predittori di Esito
- Strumenti di Valutazione specifici
- Sintomi Negativi
- Esordi Psicotici
- Integrazione con protocolli appartenenti alla "third wave"

Randomized controlled studies

Tarrier,1993,1998,1999 (follow-up)
Garety, 1994,1997,1998, 2006,
Bradshaw 1996, 2000
Drury , 1996, 2000 (follow-up)
Kemp 1996
Kuipers, 1997
Hogarty, 1997
Levine ,1998
Pinto, 1999,2000 (follow-up)
Haddock ,1999
Turkington ,2000, 2002, 2006 (follow-up),2 007
Sensky, 2000
Kingdon,2002
Lewis , 2002
Rector, Beck, 2002
Durham,2003 (CBT delivered by clinical nurses)
Gumley, 2003
Rector, 2003
Tarrier, 2004 (18 months follow-up)-Socrates-II
Sturtup, 2004, 2005
Bechdolf , 2004

- Craig , 2004
- Morrison, 2004 (ultra-high risk)
- Trower, 2004 (command hall.) group CBT
- Wykes, 2005
- Jackson 2005, 2008 (early intervention)
- Valmaggia, 2005 (short CBT for resistant inpatients)
- Baker,2006
- Turkington, 2006 (brief CBT delivered by nurses)
- Gumley, 2006 (early intervent,)
- Garety ,2006 (early intervention)
- Barrowclough,2006 (group CBT)
- Sellwood, 2007 (family interv. 5 yerars follow-up)
- Bateman,2007 (CBT for Suicidal Ideation)
- Turkington,2008 (5 years follow -up)
- Garety,2008
- Ldecomte,2008
- Barrowclough, 2009 (Midas Trial: psychosis and addiction)
- Penn, 2009 (Group CBT)
- Fowler
- Grant,2011 (negative sympt.)

Meta-analisi-I

- Gould,2001
- **Effect-size su sintomi psicotici persistenti**
  - Utile per diminuire intensità di deliri e allucinazioni e per migliorare abilità gestione sintomi angoscianti (ES= 0.65)
  - Durata nel tempo degli effetti nei 9 mesi successivi(ES= 0.93)
- Rector e Beck, 2001
  - TCC significativa sui sintomi positivi, Vs Routine Care, Sostegno, Befriending, Problem Solving (ES=0.91)
- Pilling,2002
  - Miglioramento stato mentale, Vs Routine Care, Sostegni, Befriending, Problem Solving

Meta-analisi-II

- Tarrier e Wykes, 2004
  - Effetto significativo su sintomi positivi
- Bach and Hayes, 2002; Gumley 2003
  - Utile su prevenzione della ricaduta però se gli studi sono rivolti specificamente su questo parametro.
- Tarrier,1999, 2004; Durham,2003, Startup, 2004
  - Non utile se la prevenzione del relapse è uno dei tanti parametri da trattare
- Zimmerman, 2005
  - Utile su sintomi positivi e mantenimento nel tempo
  - Effetto migliore su pz.. con episodio acuto rispetto a cronici
- Wykes, 2007
  - Utile su sintomi positivi, negativi, funzionamento globale, tono dell'umore, e su ansia sociale

Rehab Rounds

Cognitive-Behavioral Therapy and Clozapine for Clients With Treatment-Refractory Schizophrenia

Antonio Pinto, M.D.
Silvestro La Pia, M.D.
Rosa Mennella, M.D.
Domenico Giorgio, Sc.D.
Luigi DeSimone, M.D.

Table 2

Baseline and six-month follow-up measures of symptoms for clients randomly assigned to receive individual cognitive-behavioral therapy plus social skills training or individual supportive therapy

	Cognitive-behavioral therapy plus social skills training (N=19)[1]				Supportive therapy (N=18)[2]			
	Baseline		Six months[3]		Baseline		Six months[3]	
Measure	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)[4]	83.1	21.7	38.1	9.7	81.7	20.6	45.7	11.0
Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)[5]	74.7	28.5	17.9	17.0	65.7	31.1	29.9	12.1
Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)[6]	89.1	22.1	46.9	19.4	71.4	29.4	53.5	19.1

Randomized controlled studies-2

Effects of Cognitive Therapy on Negative Symptoms	
Tarrier et al, 1998	Trend at end of treatment
Pinto et al, 1999	Significant at end of treatment.
Sensky et al, 2000	Significant at follow-up
Rector et al, 2002	Significant at end of treatment
Gumley et al, 2003	Significant at 1 yr
Turkington et al, 2006	Significant at 1 yr
Grant et al 2006	Significant at end of treatment

Paradigmi teorici di riferimento

- Sono stati individuati tre paradigmi come punto di riferimento per la comprensione ed il trattamento delle psicosi

(Morrison ,2004)

Il Primo Paradigma

- **Basato sul concetto di malattia**
  - introdotto e formulato da Kraepelin,
  - limite netto tra normalità ed anormalità e nel quale diversi disturbi psichici, tra cui la schizofrenia appunto, venivano considerati come malattie del cervello.

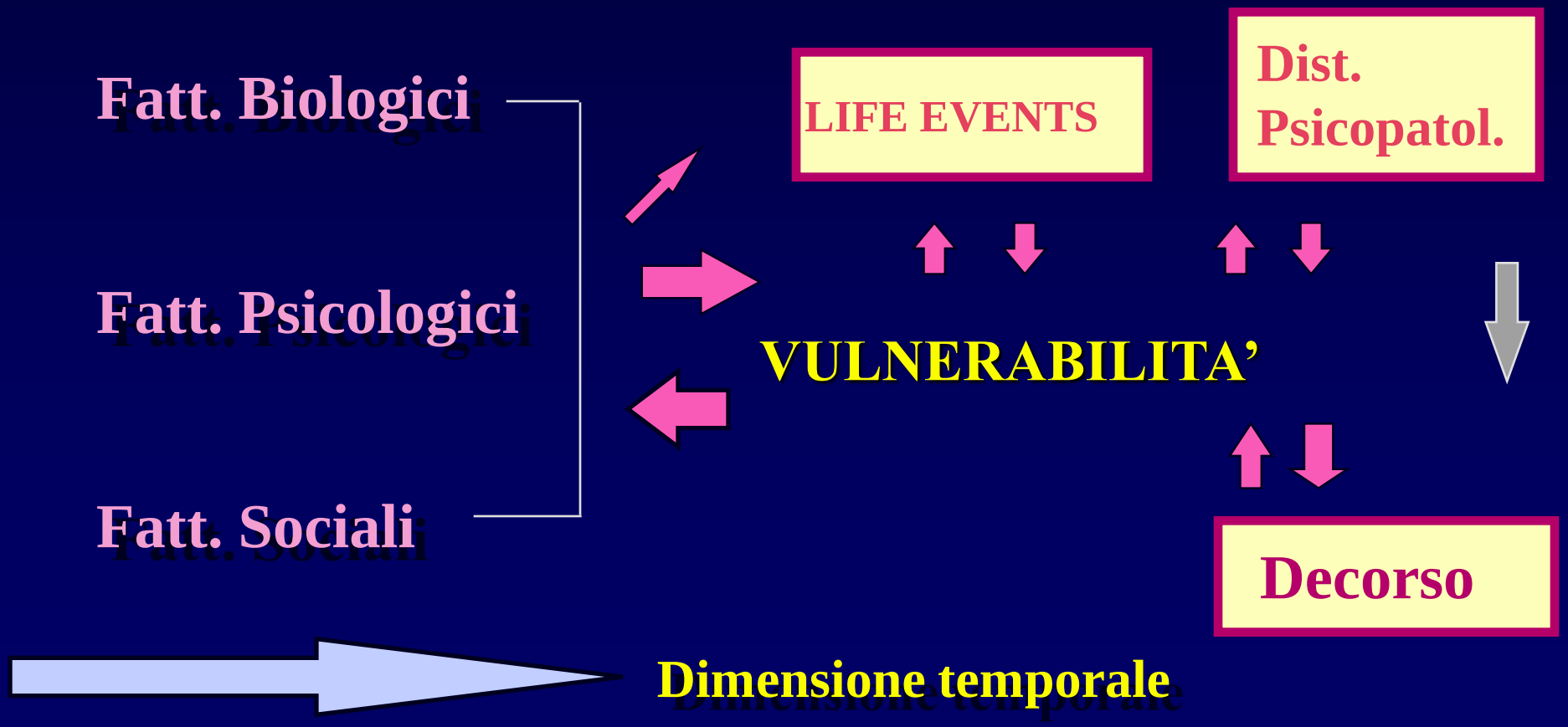
(Pinto, 2012)

Il secondo paradigma

- Viene compreso e spiegato alla luce del **modello stress-vulnerabilità.**
  - (Zubing and Spring, 1977)
- All'interno di questo modello si prevede la possibilità di determinare un cambiamento terapeutico :
  - agendo sull'ambiente in cui l'individuo vive e stimolando in qualche modo il paziente a sviluppare idonee strategie di fronteggiamento (coping) del disturbo.
    - (Pinto, 2012)

- **Carlo Perris**
- avrebbe successivamente apportato un importante contributo nel determinare l'evoluzione del concetto di vulnerabilità così come originariamente definito da Zubing and Spring, introducendo il concetto di:
- *vulnerabilità dinamica*, in luogo di quella cosiddetta "*statica*" precedentemente descritto.

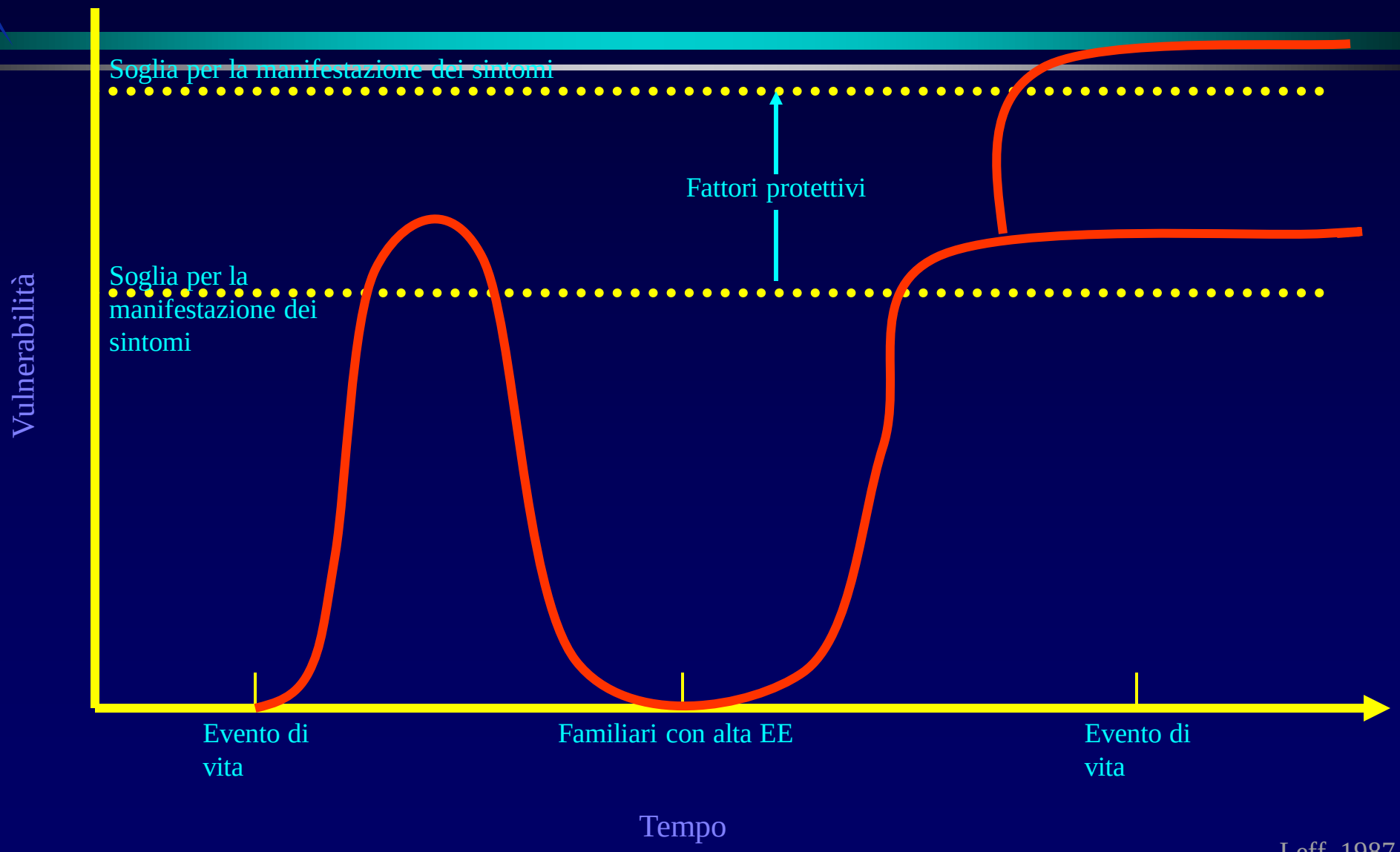
Modello “Stress-vulnerabilità” sec. C.Perris, 1994.



- Le implicazioni cliniche di queste riflessioni sono estremamente importanti:
  - un individuo sulla base delle interazioni con l'ambiente (e tra queste vanno annoverati naturalmente anche gli interventi terapeutici), può sviluppare delle strategie di coping più idonee ed efficaci, elevando quindi la propria soglia di vulnerabilità agli eventi stressanti.

(Pinto, 2012)

Un Modello Interpretativo delle Psicosi utile per il lavoro territoriale



Leff, 1987

Il terzo paradigma

è **il paradigma centrato sui sintomi** (*symptom-focused)*

(Bentall, 2003)

si da massimo rilievo ai sintomi , di cui si cerca di comprenderne il senso, il significato, di capire come si collocano all'interno della storia di vita del paziente,

- e come è possibile fronteggiarli al fine di migliorare il funzionamento dell'individuo

(Pinto, 2012).

- In quest’ottica la TCC non è soltanto uno strumento tecnico mirante unicamente all’estinzione di sintomi e/o alla modifica di comportamenti disfunzionali,
- ma viene a rappresentare uno strumento innanzitutto conoscitivo ed organizzativo dell’individuo e delle sue esperienze che si sono declinate lungo l’arco di un’intera esistenza
  - (Pinto, 2012)

Razionale per l'impiego delle psicoterapie nella schizofrenia:II

- Interventi Familiari → intervento su difficoltà familiare
- Social Skills Training → potenziamento degli "skills" individuali
- Psicoeducazione → adesione al trattamento
- TCC → coping
  information processing

L’intervento Terapeutico

- **L’importanza dell’ intervento precoce**

- Intervenire precocemente, agli esordi della patologia, potrebbe significare modificare l'outcome clinico della patologia.
- Ed impedire che il paziente vada incontro a cronicizzazione e grave impairment cognitivo e socio relazionale., come dimostrato ormai da numerosi studi. (Morrison, 2004;Phillips, 2007)

- Dalla cura, si sta spostando l'attenzione sulla prevenzione.

- Infatti:
  - Un primo episodio psicotico va incontro ad una fase di recupero, di buona remissione ,e quindi dovrebbe condurci alla diagnosi di disturbo schizofreniforme e poi al successivo monitoraggio dello stesso.
- In quest'ottica diverrà fodamentale davanti a tali episodi prestare attenzione a:
  - Gli elementi di crisi e disagio presenti al momento del'esordio;
  - Individuare i fattori di scompenso dell'individuo che hanno condotto alla crisi;
  - Individuare i fattori di vulnerabilità;
  - La presenza o meno di fattori protettivi

(Popolo, 2012)

- Prevenzione Universale:
  - Indirizzata alla popolazione generale o ad uno specifico gruppo identificato sulla base di fattori di rischio individuali (vaccinazioni, campagne preventive, etc.)
- Prevenzione Selettiva:
  - Misure preventive specifiche per sottogruppi di popolazione che presentano un rischio di ammalarsi al di sopra della media.
- Prevenzione Indirizzata.
  - Rivolta a soggetti ad alto rischio di sviluppare gravi patologie.
  - Questi presentano segni/sintomi iniziali di patologia e/o markers biologici
  - Problema: questi non necessariamente strutturanno la patologia psicotica

- Vari studi dimostrerebbero che l’intervento precoce a pazienti psicotici consentirebbe di:
  - Incidere positivamente sui sintomi e sulla loro remissione;
  - Determinandone una più moderata espressione
  - Rallentarne l’evoluzione clinica;
  - Ostacolando il deterioramento delle capacità cognitive e di coping
    - . (Marshall, 2005; Norman, 2001; Perkinsm 2005)

- Fondamentale sarebbe quindi la tempistica dell'intervento.
- Ad oggi IL DUP (Duration of Untreated Psychosis) , è ancora piuttosto lungo: tra 1 e 2 anni.
  - Studi sul primo episodio dimostrano che ad una durata maggiore del DUP si accompagni:
    - Maggiore resistenza al trattamento (Edwards, 1998)
    - Un tempo maggiore per la remissione sintomatologica(Loebel, 1992)
    - Una percentuale inferiore di guarigione (McGorry, 1996)

- Possibili conseguenze in caso di ritardato o incompleto trattamento:
- Aumento rischio depressione e suicidio
- Aumento recidive
- Interferenza con lo sviluppo psicologico e sociale
- Tensioni relazionali, conflitti familiari e sociali
- Interruzione studio e lavoro
- Abuso di sostanze
- Violenza e attività criminali
- Perdita autostima , self efficacy and self confidence
- Aumento costi delle cure
- (Popolo, 2012)

- Esordio Psicotico:
  - Disturbo mentale che si verifica in adolescenza e nella prima età adulta (18-25) che determina errata interpretazione e comprensione della reale natura di alcuni eventi.
  - Tale quadro si manifesta con sintomi specifici quali:
    - Disturbi della percezione (Allucinazioni)
    - Disturbi delle cedenze ed interpretazioni ambientali dei segnali provenienti dall'ambiente (Deliri);
    - Disturbo nell'organizzazione del linguaggio.
    - A questi sintomi si possono aggiungere:
      - Depressione , doc, PTSD, Dist. Diss. Dist. d'ansia, abuso di sostanze.
  - EOS : Early onset Schizophrenia= prima dei 18 anni
  - VEOS: Very Early Onset= prima dei 13 anni
    - (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist-Clinical Practice Guidcelines, 2005)

- Pochi studi certi e controllati sulla TCC agli esordi, ma da questi si trarrebbero le seguenti indicazioni
- TCC utile per:
  - Favorisce adesione al trattamento
  - Interviene direttamente sui sintomi e sui disturbi in comorbidità
  - Interviene sui problemi associati all'esordio.
    - Abuso di sostanza
    - ansia/depressione
    - Ideazione suicidaria

- Ad un anno dall'episodio psicotico si riscontrano:
  - 25% rischio di ricadute e
  - Fino all'82% a 5 ani di stanza (Robinsion, 1999).
- Obiettivo:
  - Limitare perdita di abilità personali
  - Incremento funzionamento del paziente
  - Gumley,(2003)
    - Tcc somministrata ai primi segni di ricaduta determina significativa riduzione del tasso di ricaduta rispetto a gruppo controllo

- Il Problema della remissione:
- Completa quando individuo partecipa alla vita socio relazionale e lavorativa senza l'influenza dei sintomi e partecipa attivamente alla propria autodeterminazione vivendo nella società senza discriminazione e senza stigma (Resnik, 2005)
- La Remissione non si mantiene nel tempo_
  - A 1-2 anni: incompleta dal 9 al 30%
  - A 5 anni completa solo nel 9-14%
- Perché??
  - Persistenza sintomatologia positiva
  - Presenza di disturbi d'ansia e depressivi;
  - Deficit competenze sociali e cognitivi
  - Deficit funzionamento metacognitivo: minor insight e consapevolezza