



*Descrizione generale del programma
regionale “Esordi psicotici”,
attività formative e didattica del corso*

F. Starace F. Mazzi

Gruppo modenese «Esordi psicotici»

Gruppo regionale «Esordi psicotici»

DSM-DP AUSL-MO

Perché un programma terapeutico specifico per gli esordi?

1-Ragioni scientifiche

2-Ragioni economiche

3-Ragioni di politica sanitaria

Le principali linee guida(NICE, APA, PORT,minist. salute), gran parte della letteratura nazionale e internazionale relativa all'esordio psicotico suggeriscono la necessità di:

A-Interventi terapeutici i più precoci possibile che includano almeno i seguenti interventi:

B-Interventi farmacologici con atipici a basso dosaggio in monoterapia

C-Elevato numero di contatti tra il paziente e il terapeuta di riferimento in fase acuta (primo mese): in fase di “early recovery” (fino al 4mese)almeno 1 volta/settimana,in fase di “later recovery” (fino al 12 mese): almeno 1 volta/mese

D-Sessioni di CBT : almeno 16, a cadenza settimanale, iniziate prima possibile

E-Sessioni di psico-educazione con le famiglie: almeno 10 nel primo anno iniziando il prima possibile

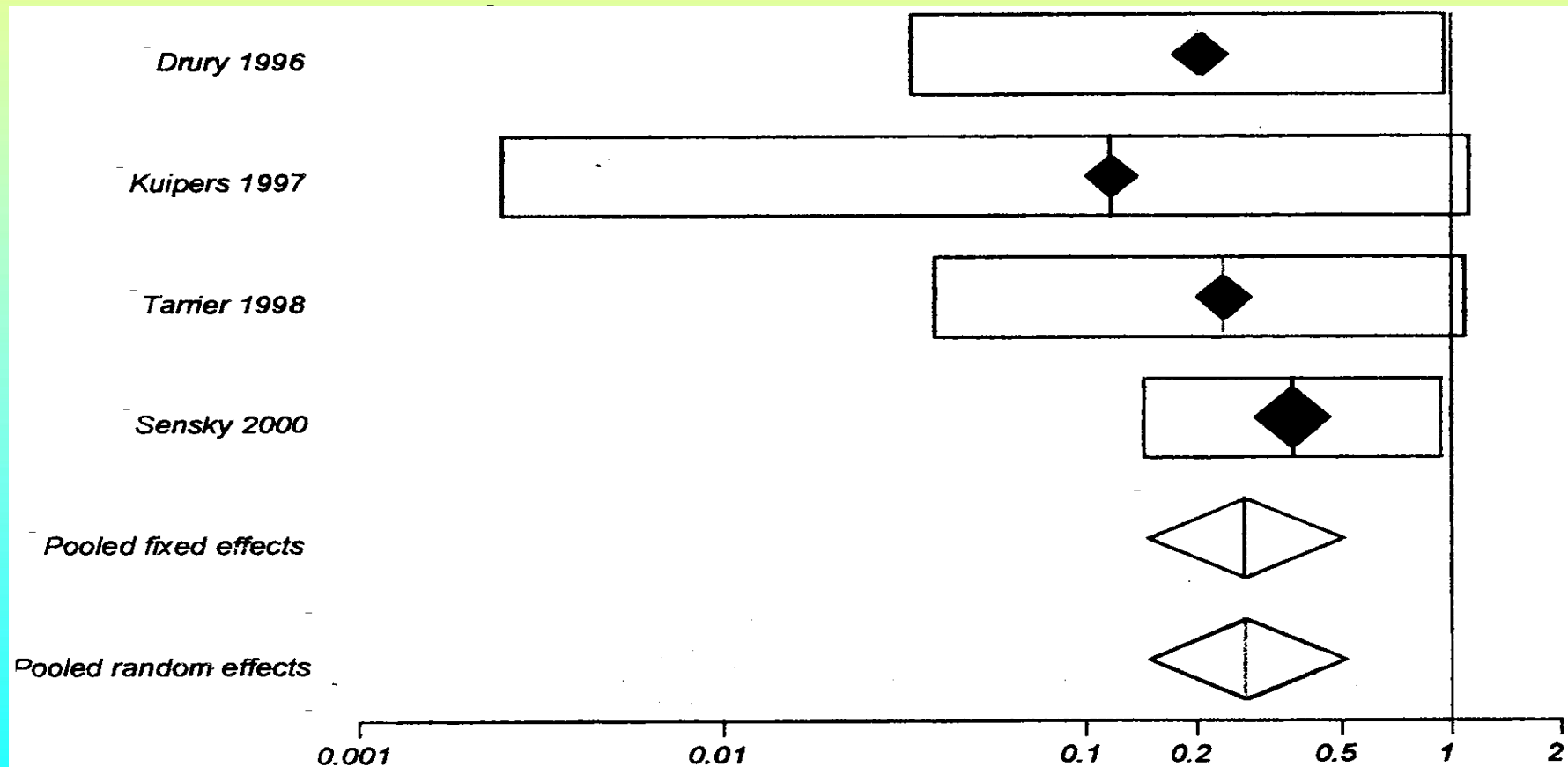
F- Trattamenti intensivi domiciliari per la gestione e prevenzione delle crisi

G-Programmi di inclusione sociale favorendo la ripresa dello studio, del lavoro, di attività socialmente utili, di gestione gratificante del tempo libero

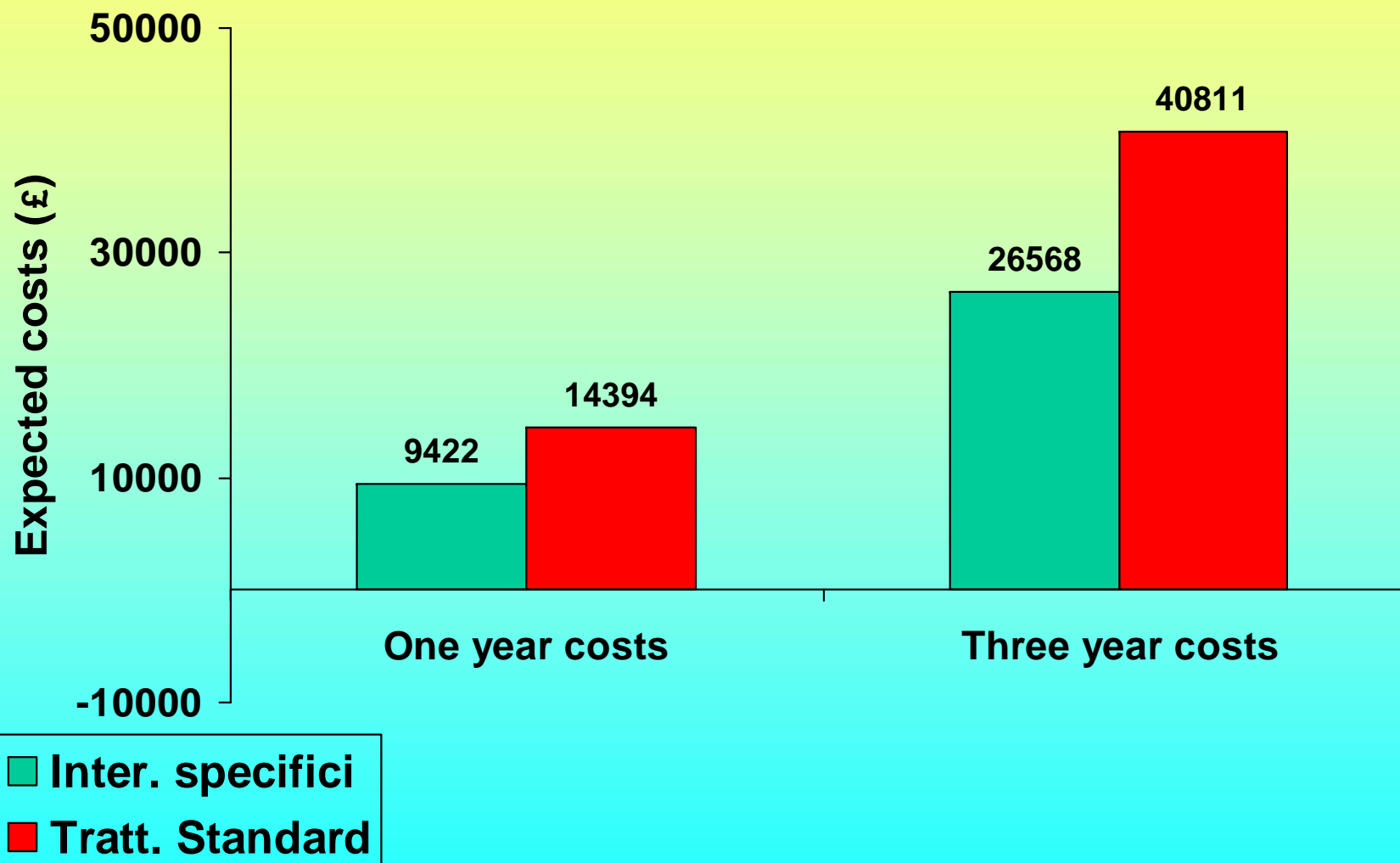
H-Programmi di formazione e informazione rivolti ai professionisti della salute, alla popolazione,agli utenti e ai loro familiari per la lotta allo stigma e per diffondere la conoscenza della utilità di un rapido aggancio dei soggetti a rischio o all'esordio

Revisioni sistematiche di trials CBT (odds ratio):

I soggetti che ricevono CBT hanno il 22% in più di probabilità di avere un miglioramento dello stato mentale superiore del 50% a chi riceve il trattamento alternativo

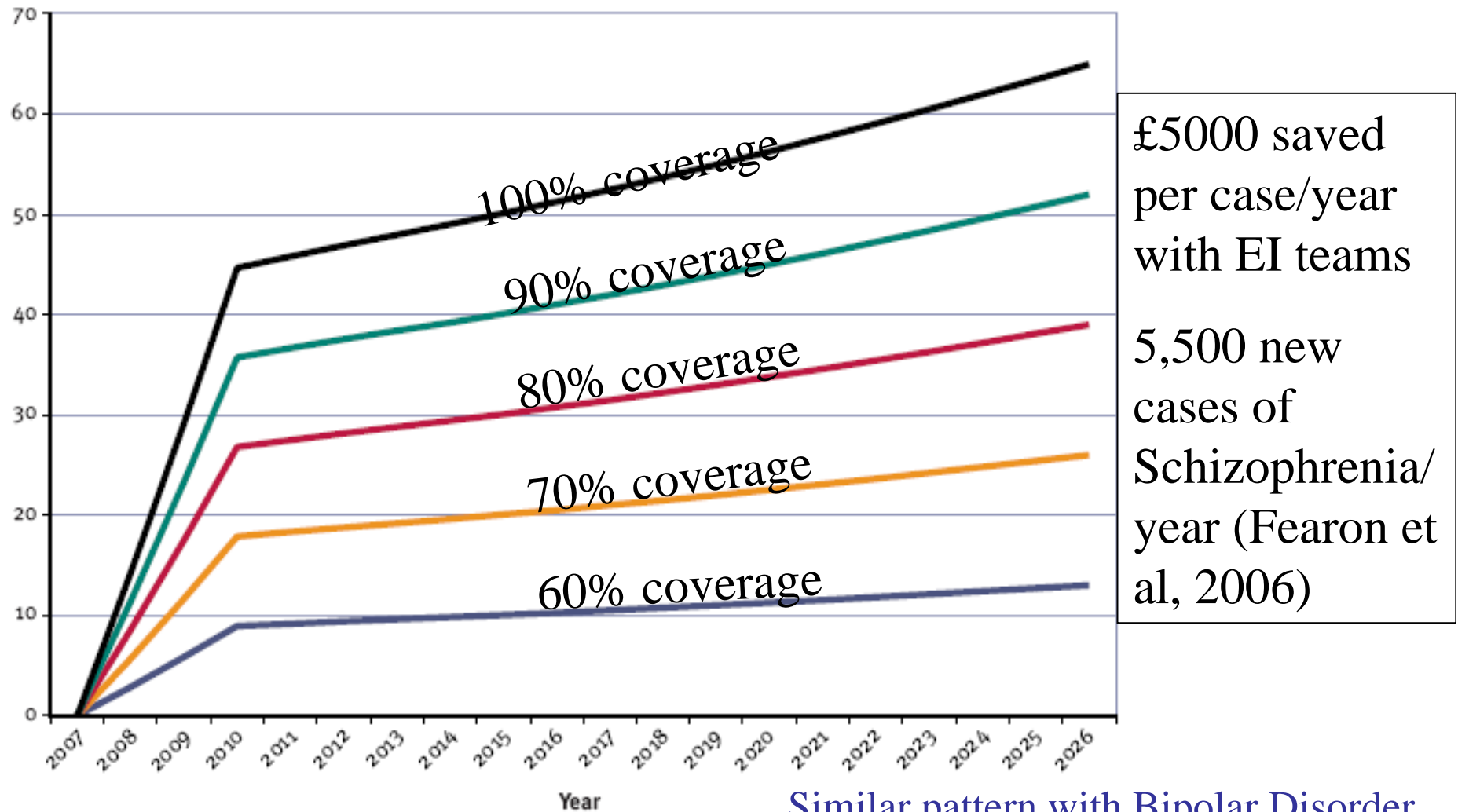


Costi dei trattamenti standard rispetto a interventi specifici e precoci negli esordi psicotici (McCrone, Dhanasari, Knapp 2007)



Potenziali risparmi dalla diffusione di servizi dedicati all'esordio psicotico in Inghilterra nei prossimi 20 anni

McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S Kings Fund 2008



PERCHE' NON CAMBIANO LE POLITICHE SANITARIE ?

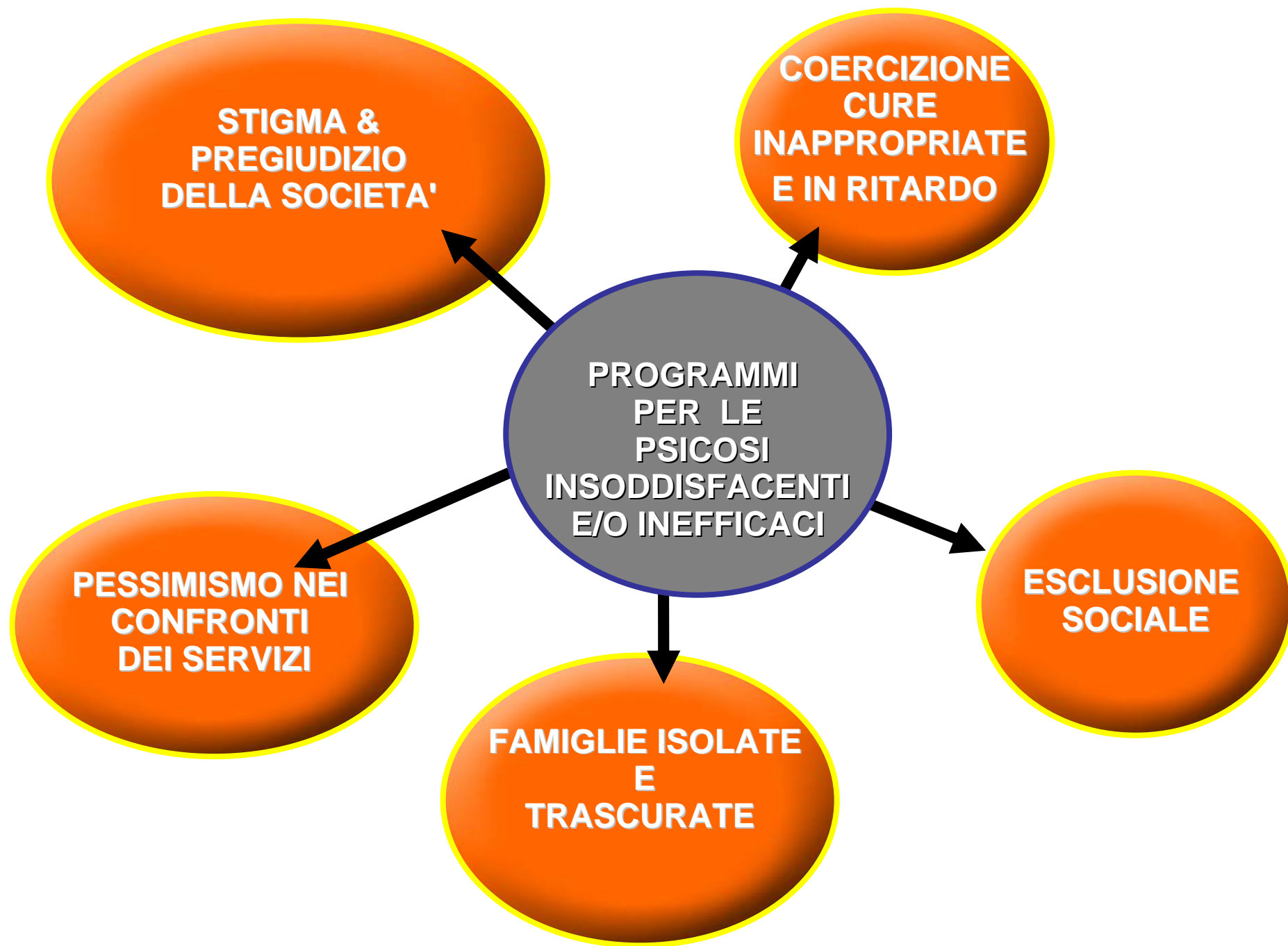
Il pregiudizio nei confronti di persone con problemi di salute mentale è ancora forte, sia in ambito dei servizi che in ambito universitario. Passano messaggi negativi di pericolosità, di incapacità di autodeterminarsi, di cronicità, di mancanza di speranza, di inconcludenza e di incomprendibilità. La medicalizzazione sempre più dominante , ha come effetto principale di aumentare lo stigma e il pregiudizio nei confronti dei sofferenti mentali.

Il modello bio-psico-sociale è diventato o rischia di diventare il modello bio-bio-bio

(J Reed, I. Sayce 2006)

ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA Department of Psychology,

The University of Auckland New Zealand



Quali programmi per quali pazienti?

Sfida clinica e assistenziale complessa

Per la variabilità dei sintomi e le difficoltà dell'aggancio

Per le differenti caratteristiche dei pazienti nelle diverse fasi della malattia

Per i disturbi e i problemi associati

Per le difficoltà ad integrare i processi di recovery al contesto economico, sociale e relazionale

Perché permangono ancora incertezze nella letteratura scientifica nel correlare i contenuti dei diversi processi terapeutici a indirizzo CBT, agli esiti sia a breve che a lungo termine

Emergono evidenze di differenze elevate negli esiti relativi alla psicopatologia a breve lungo termine nei soggetti trattati con programmi CBT

Kuipers 1997

Garety 2008

NCP

Garety 2008 CP

Lewis 2002 N

Turkington 2002

England 2007

Lewis 2002 M

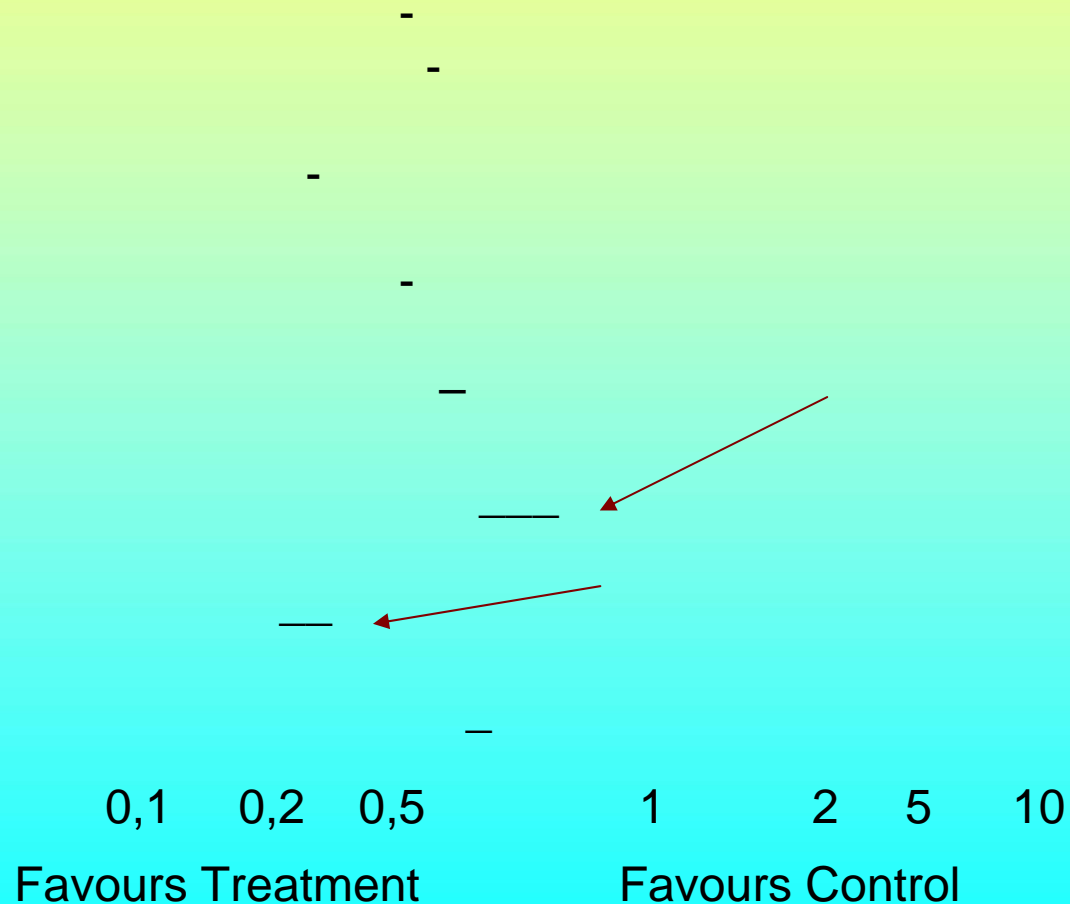
Lewis 2002 L

Granholm 2005

Jenner 2004

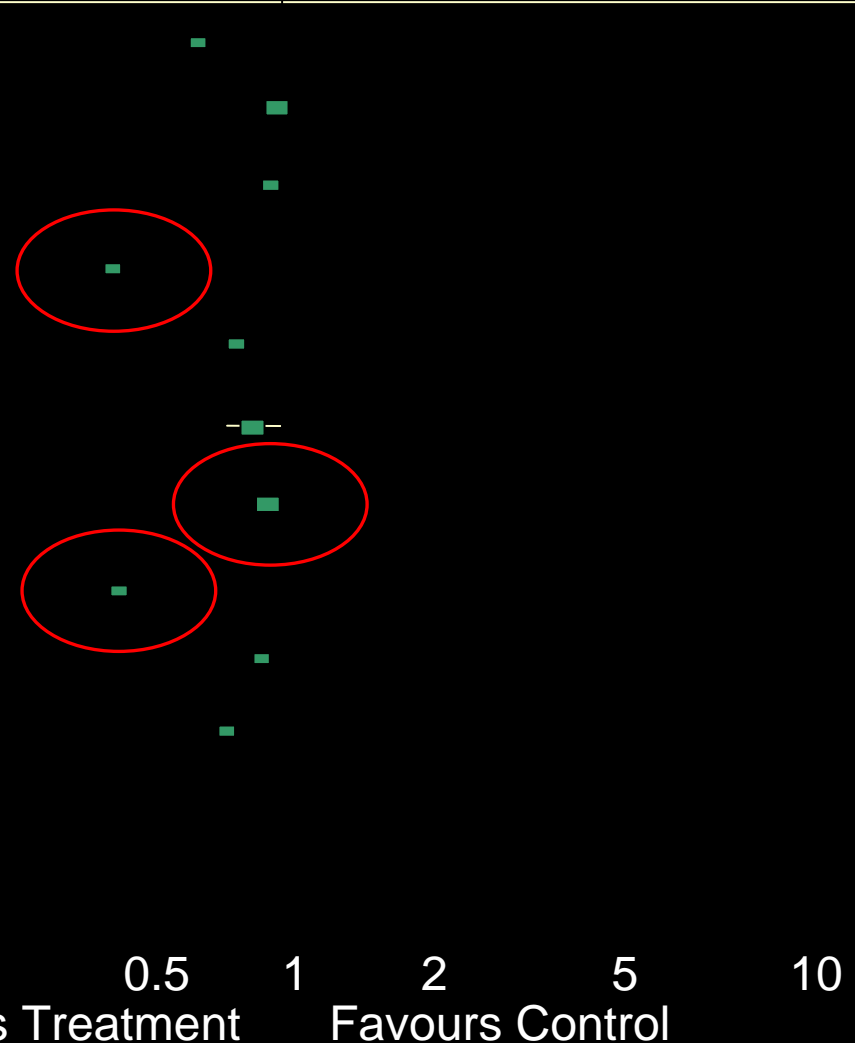
Test for overall effect:

$Z = 3.13$ ($P = 0.002$)



Emergono evidenze di differenze elevate negli esiti relativi alla psicopatologia a breve lungo termine nei soggetti trattati con programmi CBT

- Kuipers 1997
- Garety 2008 NCP
- Garety 2008 CP
- Lewis 2002 N
- Turkington 2002
- England 2007
- Lewis 2002 M
- Lewis 2002 L
- Granholtm 2005
- Jenner 2004



Test for overall effect:
 $Z = 3.13$ ($P = 0.002$)

Interventi precoci all'esordio migliorano il funzionamento sociale

Fowler et al (2010) Early Intervention in Psychiatry

54% dei soggetti che ricevono un trattamento completo per gli esordi psicotici sono coinvolti in attività socialmente utili (studio,lavoro) rispetto il 15% dei controlli che ricevono trattamenti generici.

Le differenze rispetto ai sintomi sono minori (e.g. Craig et al, 2004; Nordentoft et al, 2005)

Esiti relativi alle attività socialmente utili:

EPPIC (McGorry et al, 2004)	50%
Lombardy, Italy (Cocchi et al 2004)	40%
Denmark (Nordentoft et al, 2004)	34%
London (Garety et al, 2005)	36%
London (Major et al In Press)	50%

***Analisi studio SoCRATES :
significative differenze negli esiti sia
psicopatologici che relativi al
funzionamento sociale tra diversi
centri in pazienti trattati con lo stesso
programma CBT***

SoCRATES Lewis et al 2002

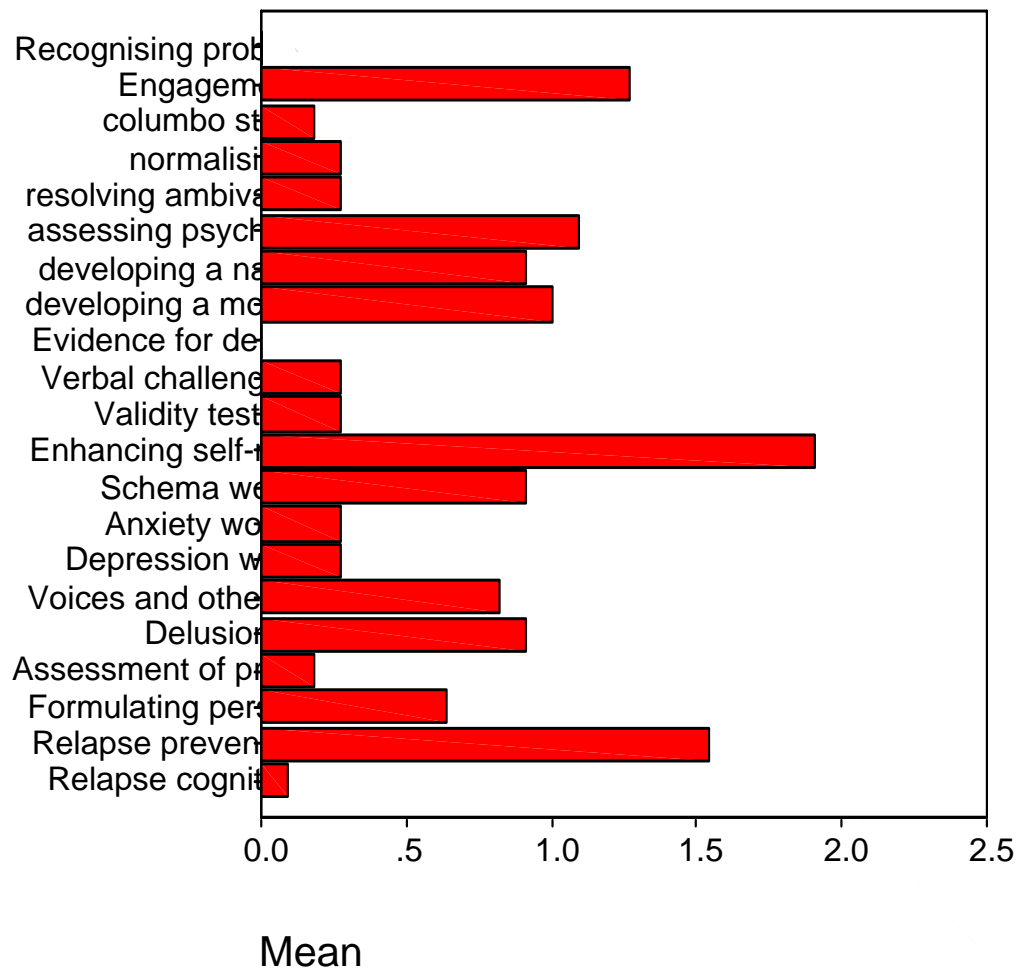
Nuove analisi evidenziano che tali differenze potevano in gran parte essere spiegate dalla diversità riscontrata nella capacità di costruire alleanza terapeutica, coinvolgimento/motivazione del paziente (Dunn and Bentall, 2007)

ANALISI TRA CONTENUTI DEI PROCESSI TERAPEUTICI CBT (FIDELITY) ED ESITI

Migliorare la consapevolezza	Valutazione e formulazione	Attivare strategie cognitive	Lavoro sui contenuti	Prevenzione delle ricadute
1-Riconoscere i problemi.	6-Valutare esperienze psicotiche:ABC	9-Valutare le prove a sostegno delle convinzioni deliranti	13-Lavoro sugli schemi disfunzionali	18-Valutazione di ricadute psicotiche precedenti
2-Coinvolgimento nel progetto terapeutico	7-Costruzione di una prospettiva narrativa della propria esperienza	10-Sfida verbale dei deliri	14-Lavoro sull'ansia	19-Formulare un modello personale delle ricadute
3-Tecnica del tenente Colombo	8-Costruzione di un modello condiviso di psicosi	11-Condividere test sulla validità delle credenze	15-Lavoro sulla depressione	20-Interventi per la prevenzione delle ricadute
4-Normalizzazione		12-Migliorare le strategie di auto-regolamentazione.	16-Voci e altre allucinazioni	
5-Risolvere aspetti di ambivalenza			17-Deliri	21-Aspetti cognitivi delle ricadute

ANALISI TRA CONTENUTI DEI PROCESSI TERAPEUTICI CBT (FIDELITY) ED ESITI

Means all items block four (n=



COINVOLGIMENTO

**FORMULAZIONE DEL
CASO**

**ATTIVAZIONE STRATEGIE
COGNITIVE**

**PREVENZIONE DELLE
RICADUTE**

PRP analisi sulla modalità di applicazione della terapia CBT correlata agli esiti

(Dunn Fowler, Rollinson et al, Psychol Med. 2012 May; 42(5): 1057–1068.)

Nuove analisi suggeriscono che la qualità e in misura minore la quantità della terapia erogata ai pazienti influisce sugli esiti sia in termini di sintomi che di funzionamento

I pazienti che avevano ricevuto un trattamento completo avevano in media 8 mesi di remissione più lunga e 12-16 punti in meno alla PANSS rispetto a coloro che avevano ricevuto un trattamento parziale

Gli esiti relativi al funzionamento sociale sono migliori nei soggetti che hanno ricevuto un sostegno e programmi specifici

Solo il 40% aveva ricevuto una terapia qualitativamente e quantitativamente adeguata

(Fowler et al 2012)

TERAPIA CBT A BASSA INTENSITA PER LE PSICOSI ': UNO STUDIO PILOTA

- H. Waller, P.A. Garety et Al.
- King's College London
- Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry March 2013

Conclusioni

Il nuovo intervento mostra evidenze preliminari di efficacia ed è un modello possibile di erogazione della terapia CBT per le persone con psicosi. I risultati suggeriscono che anche gli operatori sanitari non esperti possono essere addestrati in modo relativamente semplice per fornire l'intervento. Le tecniche utilizzate sono: l'Attivazione Comportamentale (AC) e l'Esposizione Graduale (EG)

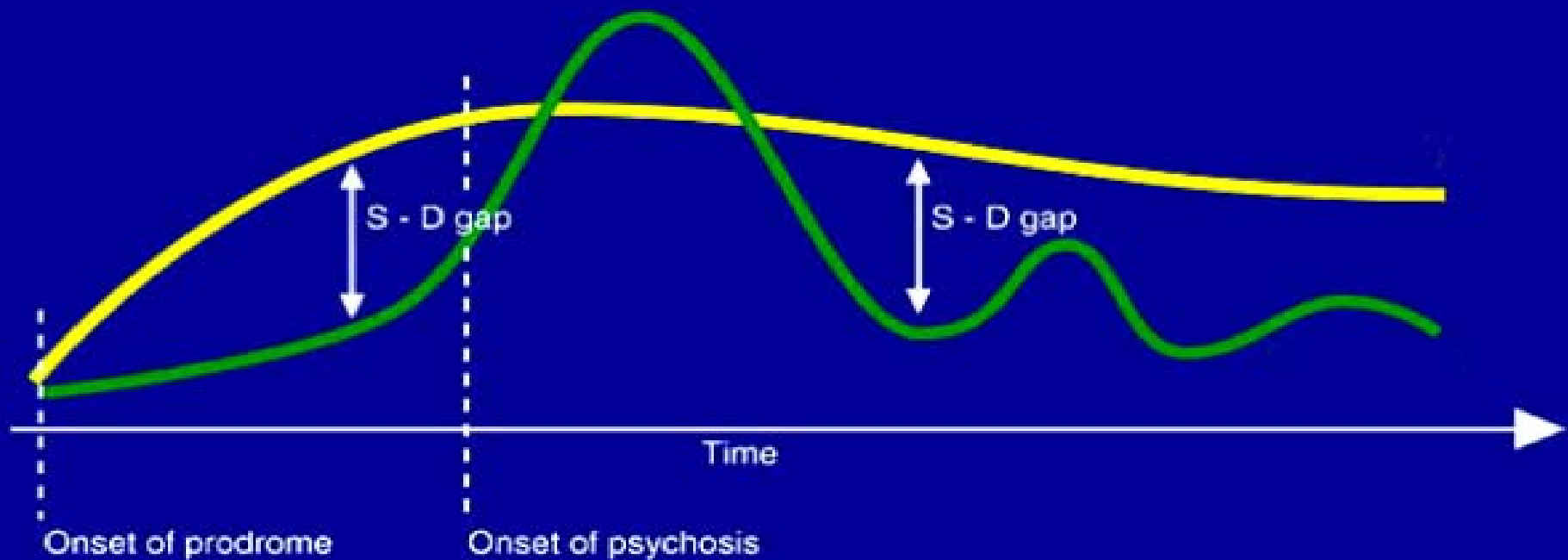
TERAPIA CBT A BASSA INTENSITA PER LE PSICOSI ': UNO STUDIO PILOTA

- H. Waller, P.A. Garety et Al.
- King's College London
- Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry March 2013

1- Definizione di obiettivi condivisi di crescita personale e sociale da perseguire attraverso tecniche di attivazione comportamentale e problem solving

2- Attivazione di programmi di esposizione graduale in vivo per il superamento di evitamenti alla crescita personale sostenuti da ansia e paura

Quale dovrebbe essere l'obiettivo terapeutico principale nelle Psicosi all'esordio?



Disabilita'

Sintomi

Quali interventi per quale fase della psicosi precoce?

Stati mentali a rischio - esperienze anomale.
credenze strane, disagio

Primo Episodio - gravi disturbi del pensiero,
del comportamento e dell'umore

Recupero - amotivazione, depressione, ritiro
sociale

Primo ricovero- psicosi trauma dell'ospedalizzazione.

Secondo episodio e ricaduta

Recupero ritardato / psicosi resistente

Terapia sintomi resistenti, delle recidive,
disturbi affettivi cronici e disabilità sociale

Evidenze di specifici interventi psicosociali nelle diverse fasi

A Stati Mentali di rischio: 2 prove preliminari favorevoli a CBT; prove ulteriori in corso

Primo Episodio: evidenze non univoche a favore di CBT

Recupero sociale e depressione: studi preliminari favorevoli a CBT per depressione e sintomi negativi, evidenza per programmi d'inserimento lavorativo

Recupero ritardato e psicosi resistente al trattamento: la prova è forte, NICE suggerisce che CBT dovrebbe essere fornita

Obiettivi di terapia per psicosi all'esordio

Instaurare un rapporto di collaborazione

Fornire un modello di riferimento per comprendere le anomalie di esperienza

Decatastrofizzare e normalizzare dando un senso all'esperienza psicotica

Gestione di problemi psicologici (ansia / depressione)

Promuovere comportamento adattativi con tecniche comportamentali

Terapia a breve termine per l'ansia / depressione strutturata simile alla CBT tradizionale

I problemi più frequenti non trattati adeguatamente nella fase di stabilizzazione e parziale recovery sono i vissuti affettivi e sintomi psicotici attenuati

“Io continuo a sentirmi malato” “C’è qualcosa che non va in me” “Non son a posto” “Mi sento diverso da prima”

“Non voglio essere aiutato” “Voglio andare avanti per conto mio” “Sono a posto non ho bisogno di aiuto”

Ridotta o assenza di motivazione

Depressione e perdita di speranza

Abuso di sostanze

Ansia sociale, evitamento e ritiro sociale

Sintomi schizotipici: esperienze anomale, voci e paranoia attenuati

NB: Questi problemi sono spesso ignorati e presenti in soggetti che si descrivono come sani

Un grave problema

Suicidio si verifica nel 10-15% dei casi, soprattutto nei primi 5 anni.

Medie di rischio parasuicidari 20-30%

Tasso di depressione post-psicotica nel primo episodi: 25% - 80%

La depressione come reazione psicologica al trauma della psicosi: recenti studi psicologici

La depressione nella psicosi all'esordio è associata a sentimenti di umiliazione, vergogna perdita e inferiorità sociale (Iqbal et al, 2001; Plaistow e Fowler, submitted)

Depressione, sintomi negativi e disabilità sociale sono fortemente associati tra loro in fase di recupero e anche con il grado in cui gli individui possono immaginarsi in ruoli sociali significativi e pianificare gli obiettivi per il futuro (Fowler,)

La depressione è associata con l'esperienza di ricordi intrusivi e all'evitamento di eventi traumatici (Fowler et al, in stampa)

Vissuti emotivi sono correlati al recupero sociale del paziente all'esordio

Il recupero sociale di pazienti all'esordio psicotico potrebbe essere limitato da deficit di abilità sociali correlati a deficit cognitivi ma nella vita quotidiana e spesso condizionato dai vissuti emotivi correlati alla relazione con se stesso e con gli altri

Vissuti emotivi:

Negativi (pensieri e convinzioni negative su di se e sugli altri sottendono vissuti di pericolo e vulnerabilità nel contesto sociale)

Positivi (pensieri e convinzioni positivi su di se e sugli altri sottendono vissuti di speranza e fiducia nel contesto sociale)

Allora, che cosa significa tutto questo per un intervento precoce?

Abbiamo bisogno di monitorare e trattare la depressione, ed evitare valutazioni di vergogna perdita e intrappolamento correlate all'esordio psicotico

Abbiamo bisogno di valutare con attenzione i comportamenti di evitamento sociale che possono emergere inizialmente come tentativi di ridurre lo stress e proteggere il paziente

- ***Terapia nelle psicosi all'esordio ad indirizzo CBT finalizzata al recupero personale e sociale***

- Abbiamo necessità di nuovi trattamenti che promuovano opportunità di crescita sociale e contemporaneamente offrano trattamenti per il disagio psicologico come la depressione e l'evitamento sociale.

- Tali interventi hanno lo scopo di accrescere la fiducia in se stessi, negli altri, nel futuro e di perseguire il miglioramento della propria autostima

- La chiave per ottenere questo potrebbe essere una combinazione di tecniche cognitive comportamentali con una attiva offerta di opportunità di crescita personale e sociale nel lavoro nello studio e nel tempo libero.

**PAZIENTI PSICOTICI
ALL'ESORDIO POSSONO
E DOVREBBERO ESSERE
TRATTATI COME
PAZIENTI NEVROTICI**

(Pinto A. Mazzi F.)

Questi principi come sono stati tradotti operativamente nel programma regionale “Esordi psicotici”

Valorizzare quello che già si sta facendo cercando di migliorare le competenze relative:

-alla costruzione della relazione e motivazione alla terapia

-alla conduzione degli interventi specifici: tecniche CBT, psicoeducazione, processi di recovery manualizzati e integrati tra loro

-alla conduzione di interventi in casi complessi o resistenti: doppia diagnosi, sintomi negativi, disturbi di personalità

-alla terapia farmacologica

-ai percorsi di cura e all'integrazione tra i servizi

STRUTTURAZIONE DELLA RELAZIONE E DELLA MOTIVAZIONE IN TERAPIA

- Accettazione
- Validazione Valorizzazione
- Ascolto Attivo
- Normalizzazione
- Coinvolgimento personale nella relazione
- Empatia, simpatia

Competenze per la conduzione degli interventi specifici

- Flessibilità
- Approccio orientato ai problemi
- Lavorare in equipe
- Attivazione di interventi domiciliari
- Motivare l'utente alla crescita personale e sociale
- Ottimismo terapeutico
- Socratico
- Sintomi affettivi e psicotici attenuati
- Auto-valutazione

QUALIZZAZIONE INTERVENTI

MANUALE COGNITIVO COMPORTAMENTALE PER I SINTOMI PSICOTICI

MANUALE PER I TERAPISTI

Laura Smith, Paula Nathan, Uta Juniper, Patrik Kingsep, Louella Lim

Versione italiana a cura di F.Starace F. Mazzi e del gruppo modenese «Esordi psicotici»

Published by: Centre for Clinical Intervention: Psychotherapy, Research and Training

MANUALE DEDICATO ALLA RECOVERY

KING'S COLLEGE OF LONDON

Versione italiana a cura di F.Starace F. Mazzi e del gruppo modenese «Esordi psicotici»

MANUALI DEDICATI ALLA TERAPIA DELLA DEPRESSIONE E DELL'ANSIA

Manuale per l'attivazione comportamentale e per l'esposizione graduale

F. MAZZI E COLLABORATORI

MANUALI DEDICATI ALLA PSICOEDUCAZIONE

R. RONCONE E COLLABORATORI

**e comportamentale (AC) in attività piacevoli e/o socialmente utili,
i esposizione graduale (EG) per promuovere processi di recovery
e sociale**



- ✦ **Ridurre lo stigma e l'emarginazione sociale**
- ✦ **Ridurre le disabilità secondarie alla malattia**
- ✦ **Aiutare i soggetti coinvolti nella psicosi a recuperare dignità e valore**
- ✦ **Ridurre i costi complessivi della malattia**
- ✦ **Rafforzare auto-efficacia e l'autostima (Maslow)**
- ✦ **Validare il processo di recovery con riscontri oggettivi**
- ✦ **Creare opportunità per ricevere apprezzamenti**
- ✦ **Migliorare l'accettazione da parte della società**
- ✦ **Favorire l'inclusione sociale**



PROGRAMMA REGIONE EMILIA ROMAGNA ESORDI PSICOTICI

Il percorso terapeutico “Esordi psicotici” prevede di utilizzare approcci e tecniche ad orientamento cognitivo-comportamentale all’interno dei seguenti interventi farmacologici e psicosociali principali applicati in modo integrato :

- 1) Valorizzazione del referente del caso: medico, infermiere, terapeuta**
- 2) Terapia personale ad orientamento cognitivo-comportamentale a bassa intensità (AC,EG), ad alta intensità in casi selezionati ad esempio pazienti con doppia diagnosi (Moduli 1-2-3) integrandosi con il corso di formazione sui disturbi di personalità gravi (Dr. M.Sanza)**
- 3) Terapia farmacologica in accordo alle linee guida più accreditate (Modulo 3)**
- 4) Psico-educazione rivolta al paziente e ai suoi familiari (Modulo 4)**
- 5) Terapia domiciliare intensiva per la prevenzione delle ricadute e del ricovero ospedaliero (Modulo 4)**
- 6) Programma per il miglioramento o il mantenimento dell'inclusione sociale: programmi di avviamento al lavoro, di sostegno allo studio, di gestione gratificante del tempo libero (Modulo 5)**
- 7) Percorsi di cura integrati: collaborazione tra i servizi e le realtà sociali del territorio: NPI, SERT, psicologia clinica, medicina generale, servizi sociali, gruppi di autoaiuto volontariato (Modulo 5)**



PROGRAMMA REGIONE EMILIA ROMAGNA ESORDI PSICOTICI

1-CORSO FORMAZIONE

2-MANUALIZZAZIONE INTERVENTI

3-SUPERVISIONE DEI PROGRAMMI REALMENTE
IMPLEMENTATI

4-MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEGLI ESITI
ATTRAVERSO DATA BASE CENTRALIZZATO

5-RELATIVA AUTONOMIA DEI DSM-DP

6-COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI
NELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

**ACCREScere
LA CONSAPEVOLEZZA
NELLA SOCIETA' DI
CURE ADEGUATE
PER GLI ESORDI
PSICOTICI**

**MIGLIORARE
L'ACCESSO E
LA COMPLIANCE
A CURE
APPROPRIATE**



**PROGRAMMA REGIONE
EMILIA ROMAGNA ESORDI
PSICOTICI**

- 1-CORSO FORMAZIONE
- 2-MANUALIZZAZIONE INTERVENTI
- 3-SUPERVISIONE DEI PROGRAMMI
REALMENTE IMPLEMENTATI
- 4-MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEGLI
ESITI ATTRAVERSO DATA BASE
CENTRALIZZATO
- 5-RELATIVA AUTONOMIA DEI DSM-DP

**ADEGUARE I
SERVIZI DI
SALUTE MENTALE
AI BISOGNI DEI
PAZIENTI
ALL'ESORDIO**

**PROMUOVERE
PROCESSI DI
RECOVERY
EFFICIENTI**

**COINVOLGERE E
SOSTENERE
LE FAMIIGLIE**

***Esordio psicotico
un'opportunità di
crescita personale***