

*Intervento precoce nelle psicosi, CBT e stili di
guarigione
“Una finestra di opportunità”*



David Fowler

Professor of Social Psychiatry, UEA

Clinical Director of Norfolk Early Intervention Service

d.fowler@uea.ac.uk

Citazioni

- **Norfolk Early Intervention Service colleagues:** Dr Jon Wilson, Karen Wheeler, Tony Reilly, Mark Wright, Ruth Turner, Katia Arena, Rebecca Lower et al...
- **UEA colleagues:** Dr Jo Hodgekins, Prof Miranda Mugford
- **ISREP (MRC) colleagues:** Prof Peter Jones, Michelle Painter, Carolyn Crane and the CAMEO team
- **National Eden Colleagues:** Prof Max Birchwood; Prof Max Marshall, Prof Peter Jones, Prof Helen Lester
- **PRP (Wellcome Trust programme grant) colleagues:** Philippa Garety, Elizabeth Kuipers, Paul Bebbington, Graham Dunn.
- **Norfolk Mental Health partners:** include Meridian East, Julian Housing, Mind, Bure, Bethel, LIT.

Di cosa parlerò

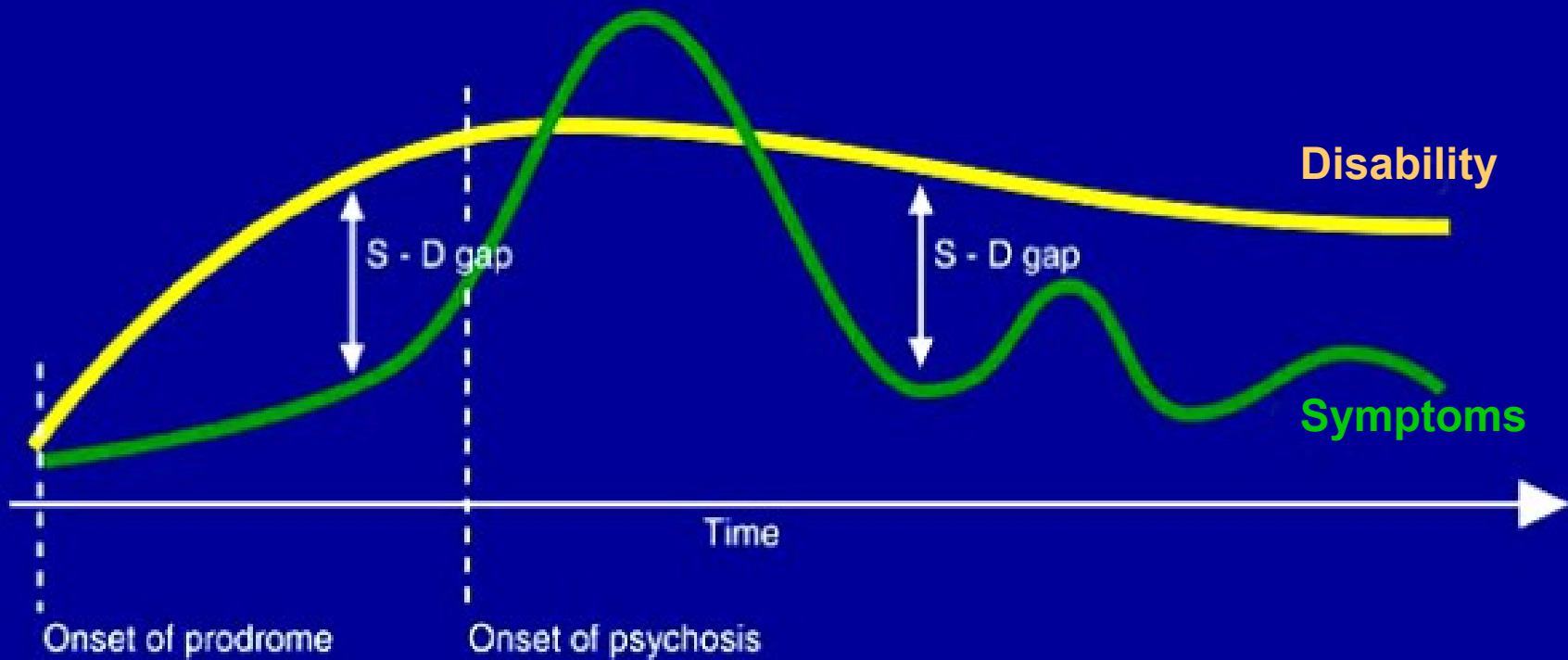
- ✓ Panoramica degli aspetti sociali e professionali nel recupero della psicosi all'esordio.
- ✓ Il bisogno di fornire e mantenere accessibili opportunità a livello sociale come parte di un intervento iniziale.
- ✓ Evidenze sull'efficacia di un intervento precoce per un recupero sociale ottenute in studi coorte effettuati in UK.
- ✓ Il bisogno di un nuovo intervento CBT di recupero sociale (SRCBT) mirato ad affrontare i problemi del gruppo di pazienti con esiti scadenti (ritardo nella guarigione)
- ✓ Evidenze da un RCT (trial randomizzato controllato) sull'efficacia di un intervento di SRCBT

Il futuro della CBT in soggetti affetti da psicosi

Abbiamo bisogno di vari tipi di CBT da proporre a target differenti:

- ✓ **CBT per sintomi psicotici:** efficace ma non universalmente. Dobbiamo chiarire l'adeguatezza e la disponibilità alla terapia. Valutazione, "guided discovery", condivisione della formulazione possono essere necessari **ma non sufficienti, solo coloro che ricevono specifiche tecniche di CBT traggono benefici. Sviluppi nelle strategie di screening motivazionale e procedure più mirate (PRP group).**
- ✓ **Stati mentali a rischio.** La CBT può inizialmente avere un impatto preventivo sulla psicosi, sulla sofferenza e sull'esito sociale. EDIE trial (Morrison, Bentall, Birchwood, Gumley, Jones, Fowler, Dunn)
- ✓ **Migliorare il recupero sociale.** Possiamo mirare ad un recupero sociale direttamente come target primario. Quali tipi di strategie vengono richieste? Possiamo integrare CBT con supported employment, case management, ecc? ISREP study.
- ✓ **Ansia sociale e disturbi emotivi.** Gli approcci che sappiamo essere efficaci in altri disturbi possono essere applicati per trattare questi sintomi in persone con psicosi? Gli approcci comportamentali (esperimenti sul comportamento, programmazione delle attività) sono i più efficaci? EISARC.

Discrepanza fra sintomi e disabilità nell'esordio psicotico



Pazienti giovani all'esordio psicotico

- ✓ Hanno gravi episodi caratterizzati da disturbo del pensiero, delle emozioni e del comportamento (illusioni e allucinazioni)
- ✓ La maggior parte si riprende da questi episodi ma alcuni rimangono socialmente disabili e depressi
- ✓ Alcuni hanno un alto rischio di sviluppare sindromi croniche con necessità di ricoveri ospedalieri ripetuti ed alto utilizzo dei servizi
- ✓ Necessità di assistenza specialistica e multidisciplinare per via della complessità dei loro problemi e di una presentazione che appare di difficile trattamento

John

- ✓ John è un giovane di 22 anni che, durante l'università, ebbe un grave episodio di paranoia associato all'uso di droghe (extasi, anfetamine e cannabis). L'episodio fu associato ad allucinazioni paranodi e deliri di riferimento, accompagnati da grave terrore e sfiducia nei confronti di amici, colleghi e nei rapporti personali, e gravi crisi di astinenza. La gestione dell'episodio richiese un ricovero coatto in risposta alla somministrazione di psicofarmaci. Comunque John rimase decisamente scioccato dall'episodio e in preda a sintomi di grave ansia sociale con idee occasionali di persecuzione e deliri di riferimento. Questi sintomi ripetuti lo portarono ad una mancanza di autostima, timore di una ricaduta e ad evitare un ritorno agli studi o alle precedenti attività sociali. Tornò a vivere con la madre verso la quale sviluppò una crescente dipendenza.

Alice

✓ Alice aveva 22 anni.

Soffriva di una grave depressione e sentiva continue voci che la tormentavano. Le voci continuavano nonostante i trattamenti farmacologici. Aveva subito abusi sessuali da bambina. Occasionalmente si tagliava ed era ad alto rischio di suicidio. Nonostante desiderava impegnarsi ad intraprendere una carriera ed essere una persona normale.

Ian

- ✓ Ian ebbe un episodio di disorganizzazione. L'episodio si caratterizzò per comportamenti strani, disturbi del sonno, sbalzi di umore, allucinazioni bizzarre, e fantasie grandiose. Aveva talento per i lavori artistici e per il disegno, e all'inizio andava bene a scuola, ma il suo rendimento diminuì verso la fine dell'adolescenza e alla fine abbandonò gli studi. Ian aveva obiettivi non realistici per il futuro, iniziò a frequentare cattive compagnie che facevano uso di droga. Ian è ottimista riguardo il suo futuro ma i suoi genitori sono molto preoccupati.

(prima dell'avvento dei servizi di Intervento Precoce)

- ✓ 20-25% sviluppa sintomi cronici negativi o positivi
- ✓ Rischio di ricaduta : 15-35% nel primo anno
- ✓ 30-60% nel secondo anno
- ✓ Depressione, ansia, e disperazione sono comuni, e il rischio di suicidio è consistente
- ✓ È rara una completa guarigione a livello sociale

*Episodio a Norfolk (no servizi di EI
96/97 coorte trattata nei Servizi Psichiatrici
Territoriali*

98/99 coorte SPT più supporto specialistico

Coorte	96/97	98/99
No.	77	61
Guarigione completa (no ricadute)	22%	17%
Moderato/severo sviluppo psicotico	9%	37/9%
Moderata/severa depressione	60/28%	55/31%
Numero di bisogni insoddisfatti	5	5
GAF	58	63
Nessuna/qualche attività (studio o impiego a tempo pieno o parziale)	60/15%	66/16%

Misure: CAN, HoNoS, GAF, Salute in generale

L'esordio psicotico: un periodo critico

Studi a lungo termine suggeriscono:

- ✓ La disabilità che si verifica nel periodo pre-psicotico e nel periodo iniziale della psicosi si stabilizza entro 2-5 anni
- ✓ il risultato ottenuto nei primi 2-3 anni è un'importante fattore predittivo di quello che sarà l'esito a lungo termine

Come sta andando?



- ✓ Nei servizi tradizionali il risultato è scadente
- ✓ I servizi di EI (early intervention) possono facilitare un recupero a livello sociale, ma potremmo fare meglio con un approccio mirato?
- ✓ Come riusciamo a bilanciare mediante le tecniche di recupero sociale (social recovery) il rischio di ricaduta e i sintomi persistenti?

Barriere attitudinali al recupero sociale negli interventi precoci sulle psicosi

- Atteggiamento degli altri: professionisti e assistenti:
 - ✓ “cerca evitare stress, rischio di ricadute”
 - ✓ “hai disabilità e deficit cognitivi”
 - ✓ “prendi le cose in modo graduale”
 - ✓ “forse cerca di tornare al lavoro o a scuola quando sei completamente guarito”
- Atteggiamenti del paziente :
 - ✓ “non sono in grado” “non sono abbastanza in gamba”
 - ✓ “non ce la faccio più”

Come possiamo migliorare gli esiti sociali nei Servizi di Intervento Precoce (EIS)?

1. Cambiare atteggiamento: rendere il recupero sociale l'obiettivo primario e promuovere aspettative realistiche
2. Fornire significative opportunità sociali, per esempio supporto per ottenere/continuare il lavoro.
3. Fornire aiuto pratico per i problemi quotidiani che provocano difficoltà nelle situazioni sociali, ad esempio: Assertive Outreach, CM
4. Fornire supporto terapeutico, per esempio Esposizione graduale a situazioni potenzialmente stressanti, utilizzando “collaborative behavioural experiments” (CBT)

Occupazione :collocamento e supporto individuale

- ✓ Supporto e collocamento individuale
- ✓ Operatori esperti che si concentrino sul recupero sociale e che abbiano contatti con i datori di lavoro e conoscenze del mondo lavorativo e scolastico e lavorino assieme al case manager come parte dell' *“assertive outreach team”*
- ✓ Un supporto pratico, fornito sia ai datori di lavoro, che a chi forma al lavoro, che agli assistiti.

Evidenze per il supporto al lavoro



Numerosi studi suggeriscono che:

- ✓ I pazienti sono più motivati e rendono meglio in un ambiente lavorativo retribuito. (Bond and Freidmeyer, 1987; Schultheis and Bond, 1993; Bell et al 1993)
- ✓ Un impiego che si svolge direttamente sul territorio è più efficace che programmi svolti in ambienti protetti (Bond and Dincin, 1986; Bond et al, 1993; Gervev and Bedell, 1993; Drake et al, 1996)
- ✓ Hartford study (Mueser et al, J.Cons Clin Psychol, 2005) IPS (373 days employed vs 176 days standard treatment)
- ✓ Crowther et al BMJ, 2001 revisione sistematica
- ✓ Killackey et al 2008 trovò chiari benefici dell'EI

Aspetti pratici del collocamento individuale e del supporto al lavoro nell'intervento precoce

- ✓ Strategia collaborativa realistica deve essere negoziata con il paziente, con il datore di lavoro, con il case manager e con chi si occupa dell'orientamento al lavoro, ad esempio rinegoziazione delle scadenze, continuare la frequenza piuttosto che saltare un anno; ritorno al part time con un carico diminuito
- ✓ L'operatore che si occupa dell'orientamento al lavoro deve fornire consigli specifici di impiego, e.g. legislazione, conoscenza di schemi di lavoro.. etc
- ✓ Case manager, paziente e chi si occupa dell'orientamento al lavoro supportano il datore di lavoro come partner nel processo di guarigione, per esempio, lo aiutano a tollerare i comportamenti bizzarri e le assenze per malattia

Le evidenze sul recupero sociale nell'intervento precoce

- ✓ dati primari di esito sono stati i sintomi e le ricadute, esito sociale al massimo considerato un esito secondario:
- ✓ **LEO** (Craig et al, BMJ 2004; Garety et al, Brit J Psychiatry, In Press). Ha mostrato benefici vantaggi rispetto ai ricoveri e ad altri indicatori clinici. Gli esiti per LEO sono decisamente migliori a 18 mesi sia nelle funzioni sociali che lavorative che per utilizzo servizi. 36% LEO vs 21% controlli ha avuto un recupero sociale. 49% LEO vs 29% controllo trascorre più di 6 mesi in formazione o lavoro nel periodo di f/u.
- ✓ **OPUS** (Nordentoft et al, BMJ 2005). Benefici in termini di indicatori clinici, uso dei servizi e ricadute. Effetti non chiari sugli ambiti sociali e sull'orientamento professionale, 65% disoccupati.
- ✓ **SoCraTes** (Lewis et al, 2002; Tarrier et al, 2005). Terapia psicologica nelle fasi acute (CBT di breve durata e terapia supportiva) riduce i sintomi a 18 mesi
- ✓ Vari studi di coorte: McGorry et al, 1996; Cullberg et al, 2002; Malla et al, 2002; Addington and Addington, 2003.
- ✓ Studi di coorte sul supporto al lavoro negli interventi precoci: Rinaldi et al, 2007
- ✓ Randomised trial di supporto all'impiego negli interventi precoci: Killackey et al, 2008; Nuechterlin et al, In Press

Valutazioni effettuate nella coorte inglese dei Servizi di EI



1. Studio di Norfolk che utilizza controlli storici
Full service vs partial vs generic service

(Fowler et al (In Press) Early Intervention in Psychiatry)

2. National Evaluation of Early Intervention
Services

4 Centri: Birmingham, East Anglia, Cornwall, Lancashire

Risultati a 12 mesi n>1000

Politiche sull'Early Intervention nel Regno Unito



- ✓ 1999 – National Framework for Mental Health
- ✓ 2001 – Mental Health Policy Implementation Guide (PIG) for EIS
- ✓ 2003 – National Institute for Clinical Excellence (NICE) Schizophrenia Guidelines

Miglioramento nella gestione del Social Recovery nel “Norfolk early intervention team”

- ✓ Team reclutato nel 2004, formato e supervisionato al fine avere atteggiamenti in linea con gli obiettivi del social recovery e ad avere abilità nel gestire il rischio
- ✓ Trainings e supervisioni in itinere nell'applicazione della CBT in un contesto di *assertive outreach*
- ✓ Recovery sociale e professionale supportato dal SE worker che sia ben collegato al territorio usando il modello del collocamento e del supporto individuale
- ✓ Numero di casi in carico commisurato alle possibilità realistiche di valutazione e attuazione dell'intervento in collaborazione col Case manager e con chi è deputato alla gestione della crisi (n=20)

Social Recovery nell'EI: l'approccio di Norfolk

- ✓ Il focus dell'intervento precoce a Norfolk si basa su case managers esperti che si occupano del recupero sociale
- ✓ Viene utilizzato un approccio che prevede una gestione globale del caso, orientamento CBT, e impiego assistito.

La storia di John ...

“ciao, sono John e ho 22 anni. Negli ultimi 3 anni ho sofferto di psicosi e ansia sociale. I miei sintomi sono iniziati sentendo voci, avendo paranoia e ansia. Il mio medico di base mi ha messo in contatto con il gruppo di intervento precoce di Norwich – mi sentivo spaventato nel vedere i camici bianchi e nello stare in ospedaliero. Ma poi è emerso che non era così. Ho incontrato molte persone disponibili che mi hanno offerto farmaci e terapie, ma soprattutto mi hanno spinto a continuare a vivere. Quando avevo paura di fare delle cose mi consigliavano di non pensarci e invece sforzarmi a continuare a vivere. Io ora sento di avere un futuro. E questo mi è molto di aiuto.”

L'early intervention mirato può migliorare gli esiti per ciò che concerne il funzionamento nell'Early Psychosis? Uno studio con controlli storici a Norfolk

Campione:

- **Trattamento:** 88 nuovi casi di esordio psicotico reclutati consecutivamente dal 11/03 al 9/04
- **Controllo :** 67 nuovi casi di esordio psicotico reclutati dal 11/99 al 6/00
- Entrambe le coorti sono state valutate alla remissione (6 mesi dopo la presa in carico presso il servizio) e a 12 e 24 mesi

Misure:


Alla remissione (intervista ai partecipanti)

- PANSS (Positive, Negative, general psychopathology)
- Livello di qualità della vita (Heinrichs et al, 1994)

A 12 mesi (intervista al case manager)

- Camberwell Assessment of Need
- Employment/Education screen

Confronto fra i pazienti trattati nel Social Recovery EI team con controlli storici:



1. Alla remissione (3-6 mesi dopo inizio) i casi mostrerebbero benefici nelle prestazioni sociali mentre non mostrerebbero peggioramenti nei sintomi
2. A 12 mesi ci sarebbe un miglioramento nelle prestazioni sociali ed una riduzione angoscia/depressione senza aumento del rischio di ricadute


Punteggi PANSS alla remissione : nessuna differenza tra le coorti

	Cohort	N	Mean	SD
PANSS Positive	1	42	12.9	4.8
	1	67	12.4	5.6
PANSS Negative	1	42	14.4	5.3
	1	67	14.2	6.5
PANSS General Psychopath	1	42	29.3	9
	1	67	29.7	9.2

Quality of Life : differenze di punteggio

	Cohort	N	Mean	SD	Sign
Funzionamento interpersonale	1	42	30	12.2	
	04	60	29	11.8	
Funzionamento nei ruoli sociali	1	42	6.5	7.1	
	04	60	10.9	7.2	*
Funzionamento intrapsichico	1	42	27.6	8.8	
	04	60	27.3	8.9	

Effetti sui bisogni di supporto nello svolgimento di attività giornaliere e lavoro a 6 mesi



- ✓ 60% casi trattati vs 23% dei controlli non manifestano bisogni nell'area delle attività giornaliere
- ✓ 36% casi trattati vs 12 % controlli hanno un' occupazione full time/part time
- ✓ 12% dei casi in trattamento frequentano la scuola a tempo pieno, 9% part time
- ✓ I più grandi successi in impieghi part time, ma anche nelle attività del tempo libero

Effetti sul “social recovery” a 24 mesi



- ✓ 54% del gruppo in trattamento è stato impegnato in attività scolastiche o lavorative full time o part time rispetto al 15% del gruppo di controllo
- ✓ Esiti dal punto di vista dei sintomi simili ad altri gruppi trattati nei trials EI (e.g. Craig et al, 2004; Nordentoft et al, 2005)

Confronti rispetto agli esiti sociali:

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| ✓ 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% |

Risultati Promettenti



- ✓ Gli esiti per i Servizi di EI indicano promettenti risultati nel social recovery senza conseguenze avverse sui sintomi
- ✓ **MA:** un confronto con i controlli storici non consente di controllare per l'effetto di cambiamenti avvenuti nel servizio (e.g. meno cure intensive, uso di HT, benefits vari) e quindi non si possono ottenere indicazioni su vantaggi specifici di strategie specifiche

National Eden Project

✓ National Eden team

- ✓ La coorte include >1000 casi da 4 servizi Early Intervention nel Regno Unito



L' EI migliora il social recovery ?



- Recovery orientata ai sintomi
 - Riduzione dei sintomi
- Recovery sociale
 - lavoro/istruzione
 - ✓ solo 10-20% torna a lavorare malgrado molti lo desiderino (Mueser et al, 2001) – l'EI può migliorare questo aspetto?
 - Amici
 - Riprendersi la propria vita
 - ✓ Importante ruolo dei fattori sociali nel predire un buon esito (e.g. aumento dei contatti sociali; Jablensky et al, 1992)

ONS UK 2000 Time Use Survey: *“cosa facciamo, quando, e con chi”*

- Grandi studio nel regno Unito (N = 14,000)
 - ✓ Campione rappresentativo selezionato tramite codice postale
www.statistics.gov.uk/timeuse
- Regole fornite per differenti gruppi di età, per regione, etc
 - ✓ 16-44 anni
 - ✓ Media del tempo per settimana trascorso in diverse attività (lavoro, educazione, tempo libero, sport, sonno...)
- Paragonare l'uso del tempo nell'esordio psicotico a quello della popolazione generale
 - ✓ Utile per avere il recovery come obiettivo

Studio sull' Uso del Tempo



- Modificare lo strumento ONS per renderlo utilizzabile nelle psicosi
- intervista strutturata che valuta:
 - ✓ Storia lavorativa
 - ✓ Occupazione attuale, istruzione , lavoro volontario
 - ✓ Tempo libero, sports, hobbies, vita sociale
 - ✓ Faccende domestiche, cura dei figli
- Fornire un quadro di tutti gli aspetti legati all'impiego del tempo
 - ✓ Recupero sociale non significa per forza lavorare!
 - Dato Significativo – ore per settimana

Uso del tempo nei partecipanti allo studio Eden

Lavoro:

- 18% lavoravano al momento della **valutazione baseline**
 - Confrontati con il 47% popolazione generale
- 70% hanno lavorato in qualche momento della loro vita

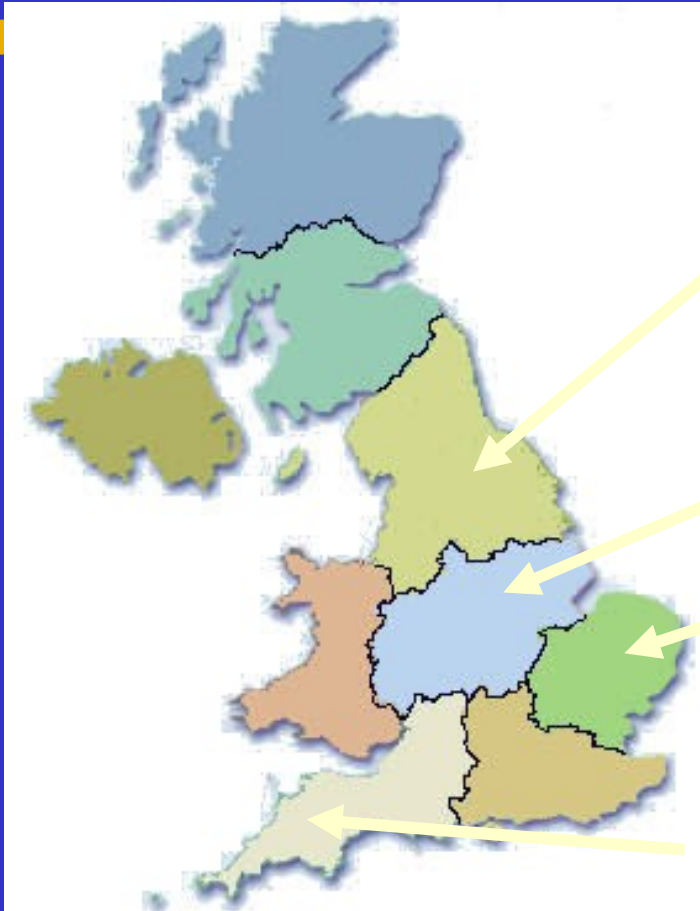
Istruzione:

- 22% in formazione al **baseline**
 - Confrontato con il 28% popolazione generale
- 75% hanno ottenuto il diploma di scuola secondaria o anche di più
- 44% hanno frequentato livelli di istruzione più elevati

Uso del tempo nella popolazione clinica e in quella generale (media delle ore per settimana)

	National Eden (N = 600)	UK Time Use* (N = 8800)
Lavoro	4.4	24.9
Istruzione /studio	3.4	5.4
Tener dietro alla casa	4.5	13.1
Tempo libero	5.5	10.9
Sports	3.3	1.9
Hobbies	8.7	4.1
Riposo	38.0	16.7
Sonno	64.1	61.3

Ci sono differenze tra le regioni nell'uso del tempo?



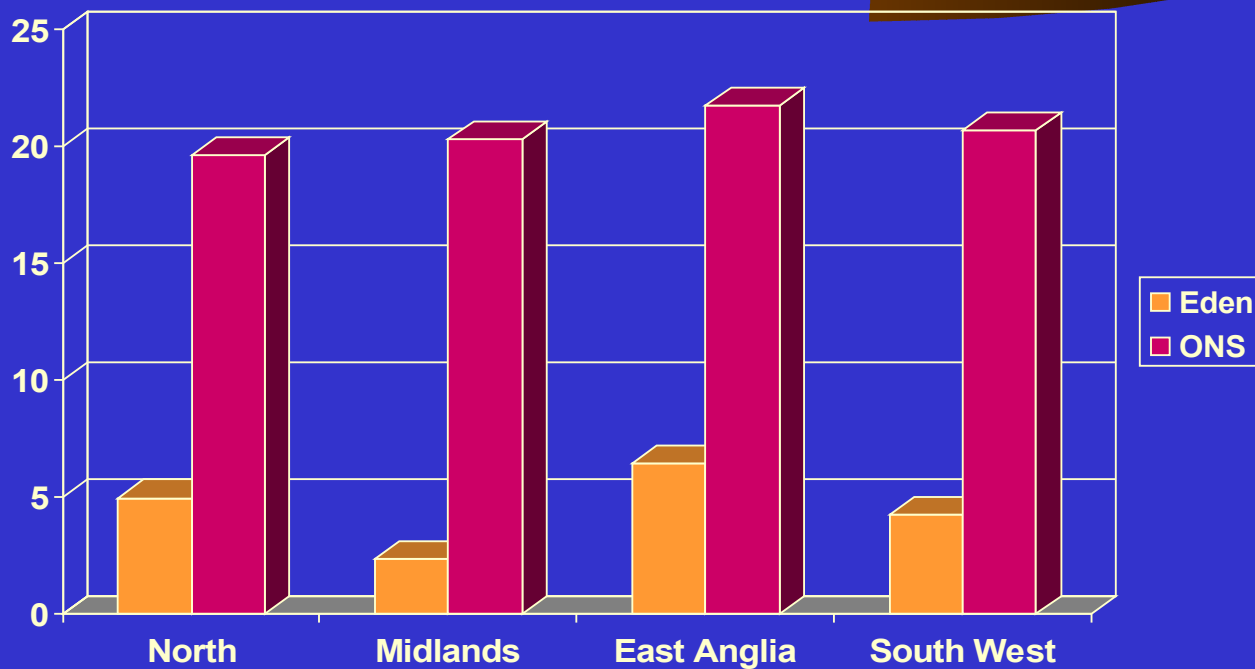
North
(Lancashire/Manchester)

Midlands
(Birmingham)

Eastern
(Norwich/
Cambridge)

South West
(Bristol/Cornwall)

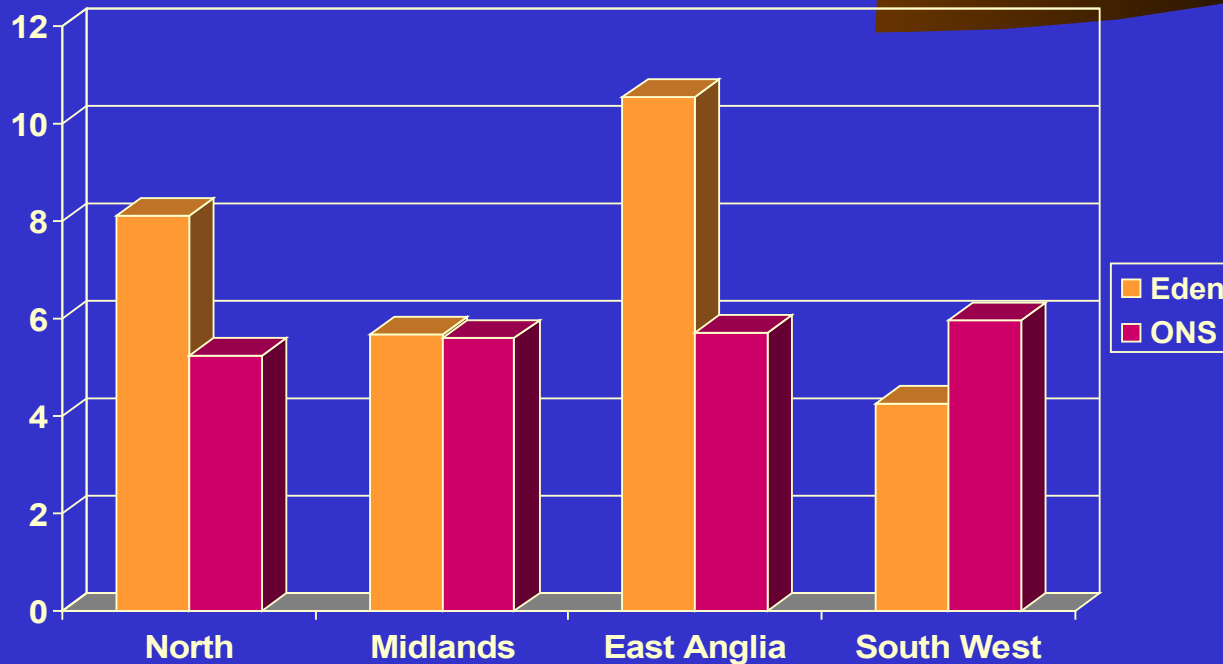
Media settimanale delle ore trascorse lavorando



Media settimanale delle ore spese nelle attività del tempo libero



Media settimanale delle ore spese nelle attività strutturate del tempo libero



Analisi della Choorte di Eden

- ✓ Ci sono miglioramenti che indicano un netto miglioramento degli esito sociali derivanti dall'uso di EIS per i casi di esordio psicotico
- ✓ Comunque, c'è un 36% del campione che ha un recupero ritardato con meno di 25 ore di attività settimanali impegnate in attività e problemi mentali complessi
- ✓ I quadri clinici includono ritiro sociale, mancanza di motivazione, abuso di droghe, sintomi positivi persistenti, depressione e ansia sociale

Discussione



- ✓ Oltre il 50% dei casi può essere aiutato ad ottenere un pieno recupero sociale dopo un episodio psicotico. Coloro che recuperano possono essere assistiti nella reintegrazione nei ruoli sociali
- ✓ 40-50% continuano ad avere difficoltà al recupero sociale che includono sintomi psicotici ed affettivi, deficit cognitivi ed uso di droghe
- ✓ Possiamo migliorare il recupero sociale di coloro che continuano ad avere problemi attraverso mirati e specifici interventi psicologici?

Problemi nella fase di recupero

“mi sento ancora malato” “c’è qualcosa di sbagliato in me”
“non mi sento in forma” “mi sento diverso da prima”
“sto bene ” “sono ok ” “non voglio aiuto” “voglio solo andare
avanti con la mia vita”

- ✓ Nessuna motivazione
- ✓ Depressione e perdita di speranza
- ✓ Abuso di sostanze
- ✓ Ansia sociale, evitamento e ritiro sociale
- ✓ Sintomi schizotipici: esperienze anomale e paranoia

NB: questi problemi sono spesso sottovalutati in persone che apparentemente sembrano funzionare bene

Pensieri di Guarigione



- ✓ *“mi sento costantemente come avessi una barriera di pensieri negativi e mi colpevolizzo e sono infastidito da questa condizione ... c'è questa completa perdita di controllo nella mia vita... Io non so perchè pensavo in quel modo... ora lo sento irrilevante... Trovo abbastanza angosciante il fatto di poter aver pensato in questo modo...”*

“Social Brain”, “emotional processing” e social recovery

Il recupero sociale nelle persone con psicosi può essere limitata alle abilità di cognizione sociale ma è spesso mediata giorno per giorno dall’elaborazione delle emozioni

Ci sono due tipi di modalità di emotional processing:

- ✓ Emotional processing positivo (speranza, motivazione, pensieri positivi su sè e sugli altri)
- ✓ Emotional processing negativo (minaccia, pensieri su sè e sugli altri estremamente negativi, vissuto di pericolo e vulnerabilità nei contesti sociali)

Il ruolo della CBT orientata al Social Recovery nella psicosi precoce

- ✓ Abbiamo bisogno di nuovi trattamenti che promuovano abilità sociali e si focalizzino sulla promozione di sentimenti di speranza, di possibilità positive sul futuro per sé, e autostima, cercando di far fronte all'ansia sociale e alla paranoia.
- ✓ La chiave può essere una combinazione di tecniche comportamentali (e.g. ristrutturazione cognitiva, esperimenti comportamentali) con assertive outreach case management (per esempio aiuto per il lavoro; intervento sulla gestione del tempo)

*Improving Social Recovery in Psychosis
(ISREP): Un trial randomizzato sulla CBT
orientata al Recupero Sociale
(Fowler et al, Psych Med 2009; Barton et al,
Schiz Res, Online)*

**David Fowler, Jo Hodgekins, Michelle Painter, Tony Reilly, Patrick Wymbs,
Carolyn Crane, Iain Macmillan, Miranda Mugford, Tim Croudace, Peter
Jones.**

**University of East Anglia and Norfolk Early Intervention team University of
Cambridge and CAMEO**

**Funded by the Medical Research Council
Supported by Eastern Region MHRN**

d.fowler@uea.ac.uk
j.hodgekins@uea.ac.uk

Approccio SRCBT

- ✓ Convalida la reale esistenza delle barriere alla guarigione
- ✓ Conferma il ruolo delle circostanze avverse sperimentate dalle persone con social recovery ritardato
- ✓ Promuove l'immagine di sè come 'eroe' in una lotta attiva, sviluppa una visione positiva di sè e del futuro
- ✓ Formula obiettivi individuali specifici e barriere al recupero sociale, e percorsi che possono portare al cambiamento
- ✓ Lavora "in vivo" promuovendo cambiamenti nelle attività
- ✓ Incoraggia test comportamentali per stabilire un senso positivo di sè come colui che attivamente partecipa alla gestione della propria vita

Repertorio di specifiche strategie cognitive e comportamentali usate per promuovere il social recovery:

- ✓ Sintomi negativi: testare se il soggetto si aspetta di non sperimentare piacere o padronanza nelle situazioni sociali
- ✓ Ansia sociale e paranoia: superare l'evitamento in risposta a preoccupazioni sulle proprie abilità sociali, usando esperimenti comportamentali specifici e mirati
- ✓ Sintomi schizotipici: diminuisce la tendenza ad una valutazione catastrofica del significato di eventuali ricadute associata con minori esperienze psicotiche

ISREP (MRC funded trial platform study)

Grantholders: Fowler, Jones, Macmillan, Mugford

- Criteri di inclusione: persone all'esordio psicotico con ritardo nel recupero sociale (disoccupato ad 8 anni dall'esordio della psicosi e con storia di fallimenti degli interventi di social recovery, esempio lavoro assistito)
- Esclusi soggetti con >PANSS 4 item psicosi
- Norfolk and Cambridge Centres
- N=77 recruited
- 35 treatment 42 controls
- Assessed at baseline and 9mths
- Pilot – feasibility and effect sizes

Condizioni di controllo



Trattamento di routine: recupero sociale svolto attivamente dall'operatore chiave, con supporto al lavoro

Interventi di social recovery forniti dall'operatore-chiave (15 sessioni in media)

Valutazione

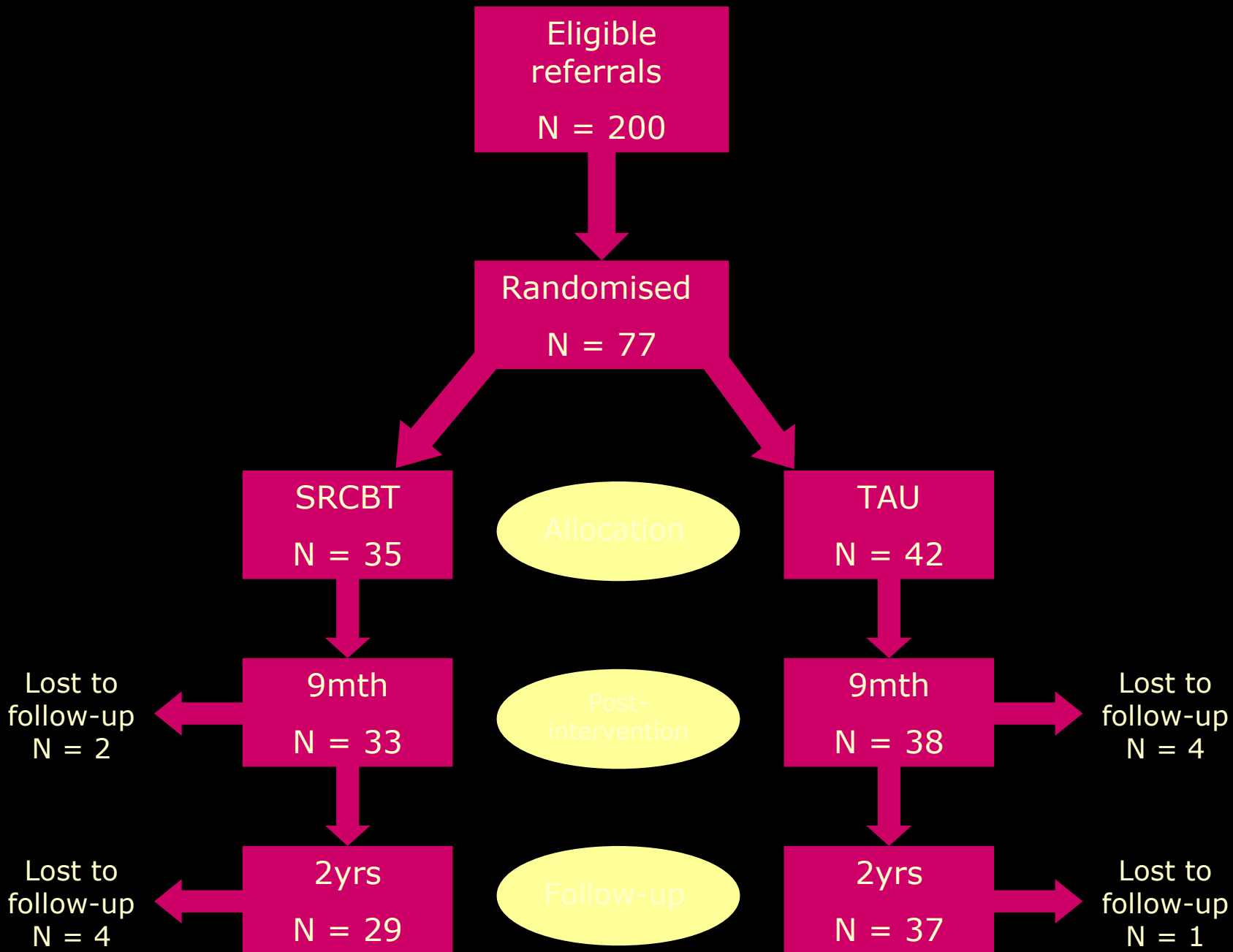


- ✓ Esito primario: uso del tempo (ore settimanali in attività strutturate – adattate da ONS)
- ✓ Esiti secondari: Disperazione (BHI), Depressione (BDI), PANSS
- ✓ Mediatori: convinzioni su sè e sugli altri positive e negative (BCSS), Paranoia, ansia sociale (SSI)

Ipotesi ISREP



1. le strategie ISREP porterebbero ad un incremento nelle attività strutturate e retribuite, e della speranza di poterle svolgere, senza aggravamento di psicosi
1. Persone con psicosi affettive possono avere un esito migliore rispetto alle psicosi non affettive
1. L'aumento delle attività sarà mediato dalle convinzioni positive su sè e sugli altri e dall'ansia sociale



Dati socio demografici

	Control (N = 42)	Treatment (N = 35)
Mean Age in yrs (SD)	29.95 (7.15)	27.80 (6.12)
Gender (%)		
- <i>Male</i>	30 (71.4%)	25 (71.4%)
- <i>Female</i>	12 (28.6%)	10 (28.6%)
Diagnosis (%)		
- <i>Non-Affective</i>	27 (64.3%)	23 (65.7%)
- <i>Affective</i>	15 (35.7%)	12 (34.3%)
Mean illness length in yrs (SD)	4.8 (2.4)	4.9 (2.2)
Mean unemployment length in wks (SD)	214.8 (209.2)	202.4 (146.0)

Risultati – campione di pazienti con psicosi affettive e non

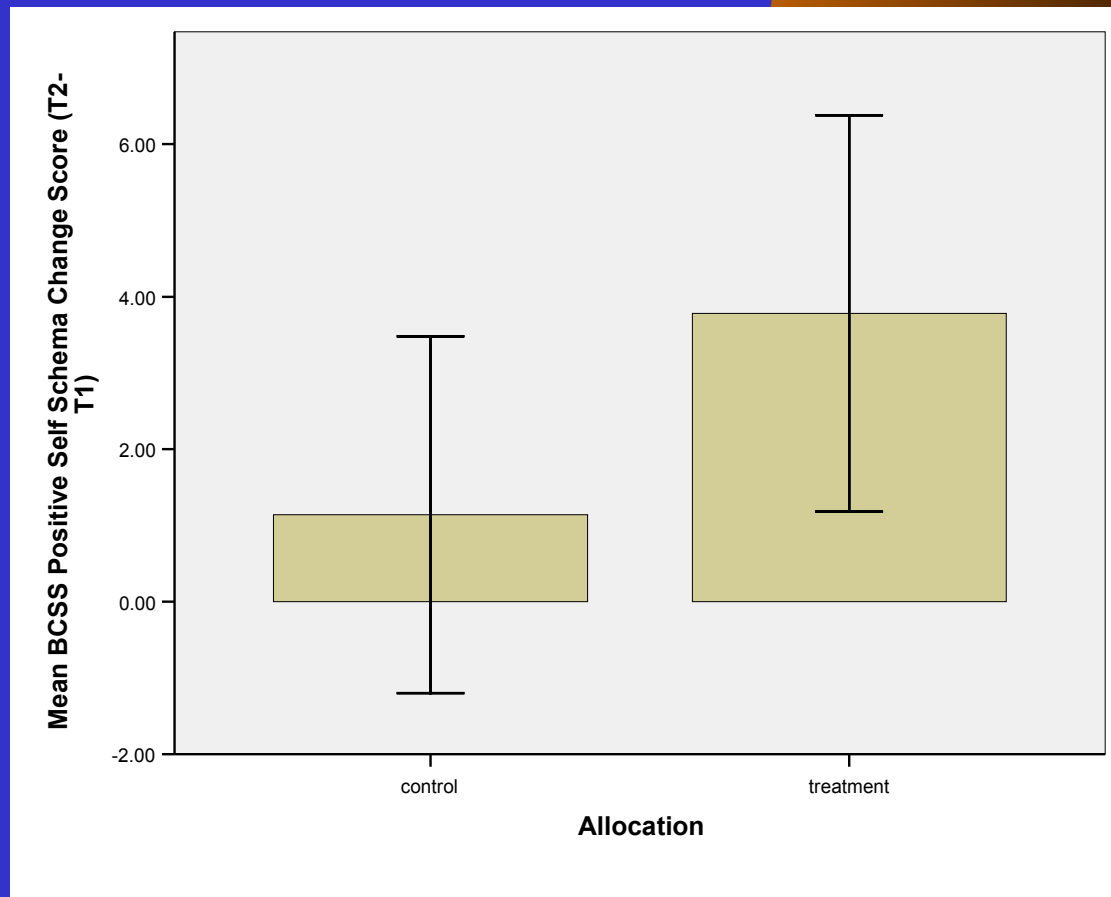
Ipotesi 1: le strategie ISREP porterebbero ad un incremento nelle attività strutturate e remunerative , e della speranza di poterle svolgere, senza aggravamento della psicosi

- Il gruppo in trattamento ha ottenuto aumenti medi di 5.5 ore per settimana rispetto al TAU (CI -5.6 – 16 hrs)
 - Effect size of 0.2

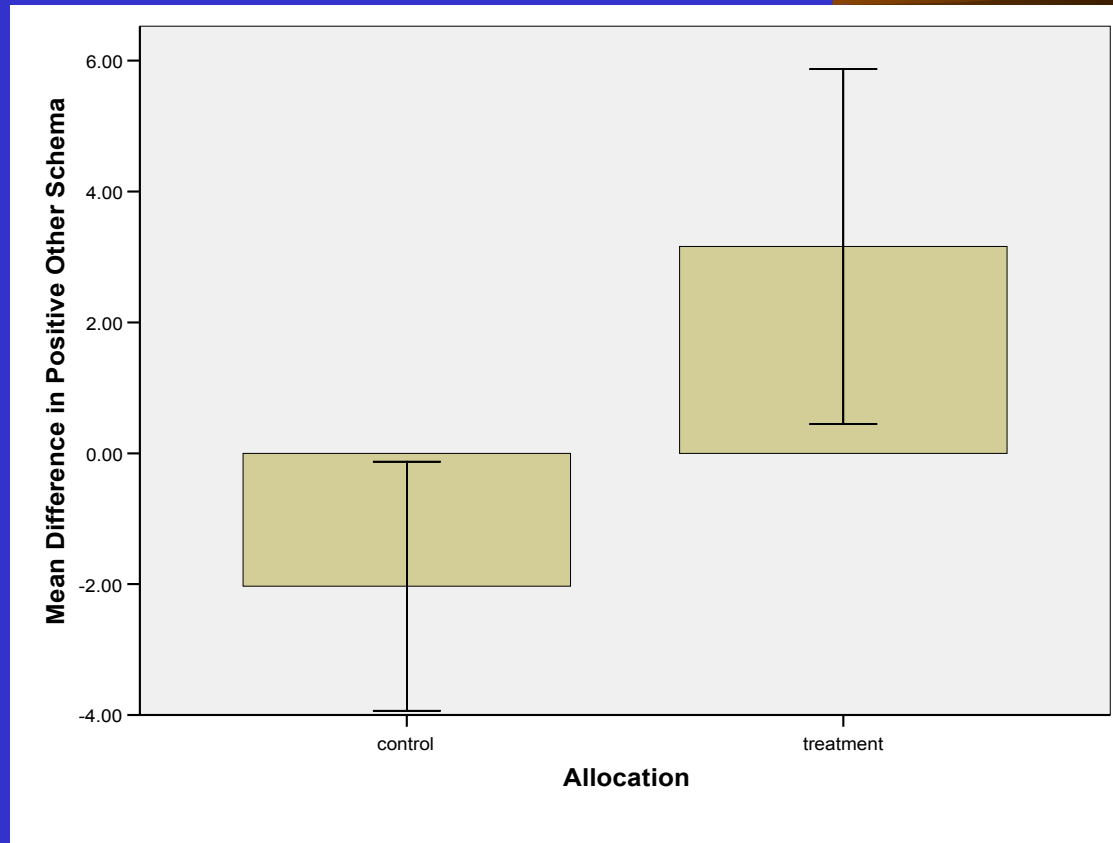
Le analisi sui costi sanitari mostrate, dimostrano una convenienza economica : sotto £20000 per QALY level (EQo1- 5D)

- Effetti positivi sulle convinzioni su di sè

Differenze medie nel campione rispetto ai pensieri positivi su di sè (T2-T1) tra gruppo di controllo e gruppo in trattamento



Principali credenze nel gruppo sulle Considerazioni Positive verso gli altri (T2-T1) tra il gruppo di Controllo ed il gruppo in trattamento

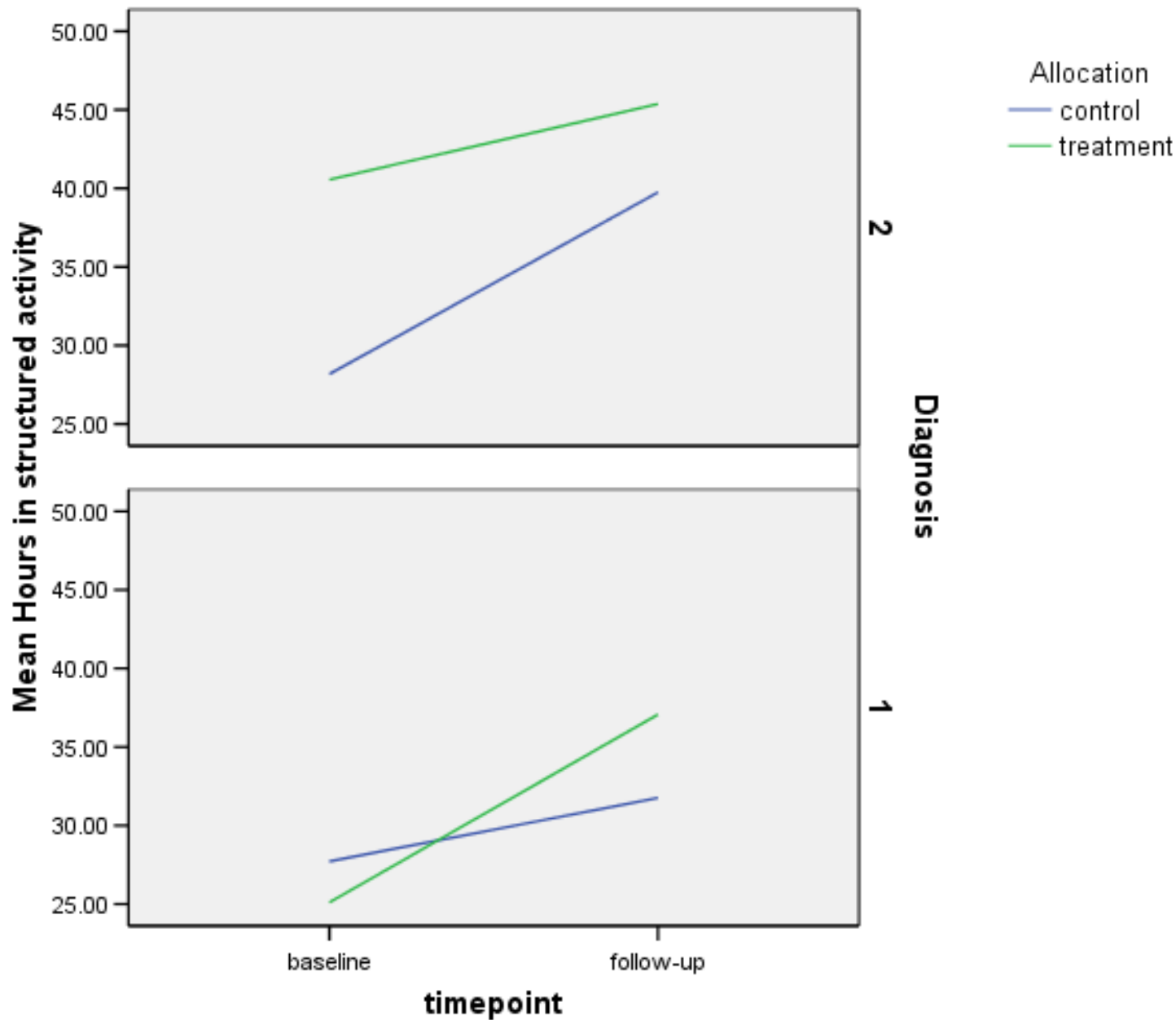


Risultati – effetti diversi nelle psicosi affettive e non affettive

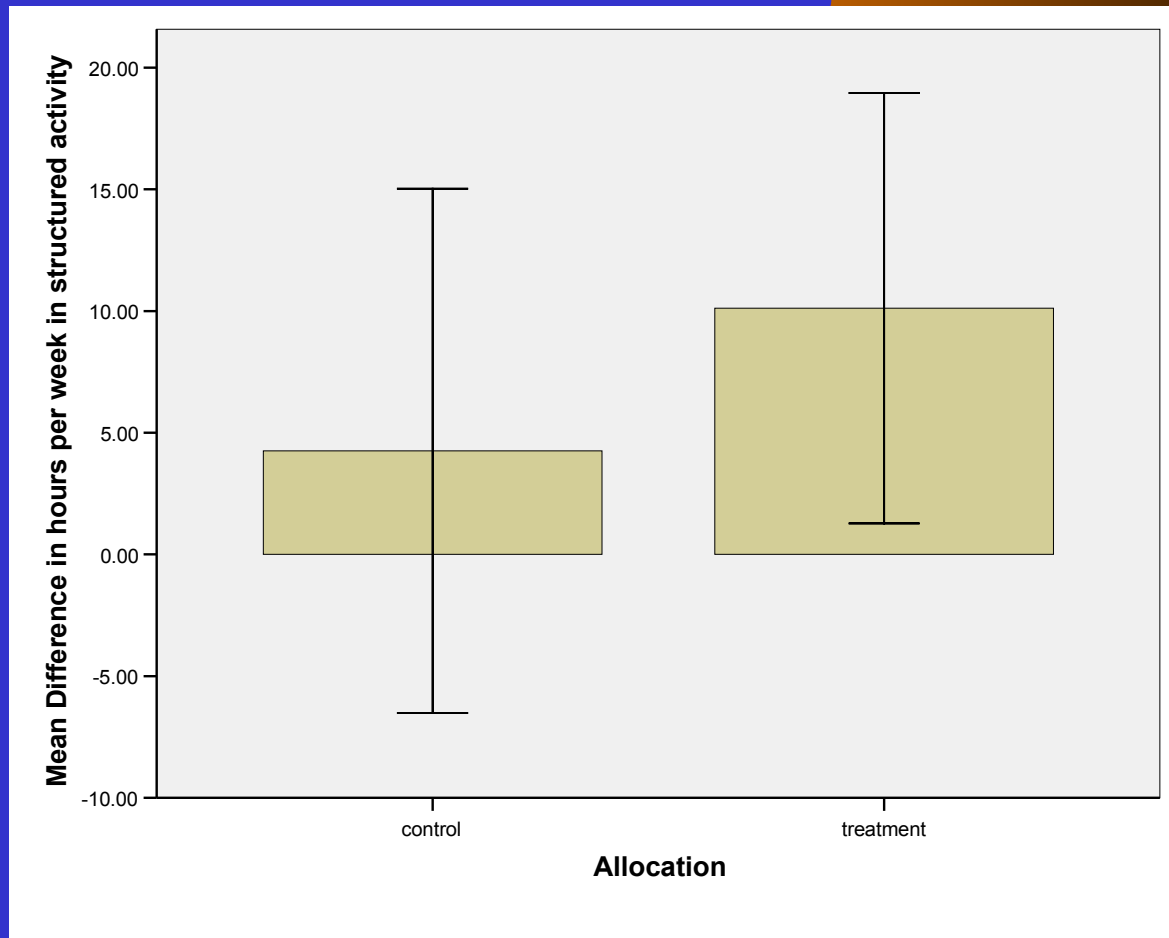
Ipoetsi 2: le psicosi affettive possono avere un esito migliore di quelle non affettive

- ✓ Il campione delle p. affettive sembra avere un esito migliore in generale, traendo benefici da entrambi gli interventi
 - ✓ Consistente con i nostri precedenti risultati in EI (Macmillan et al, Early Intervention, 2007)
- ✓ SRCBT ha avuto un effetto maggiore nel campione di p. non affettive

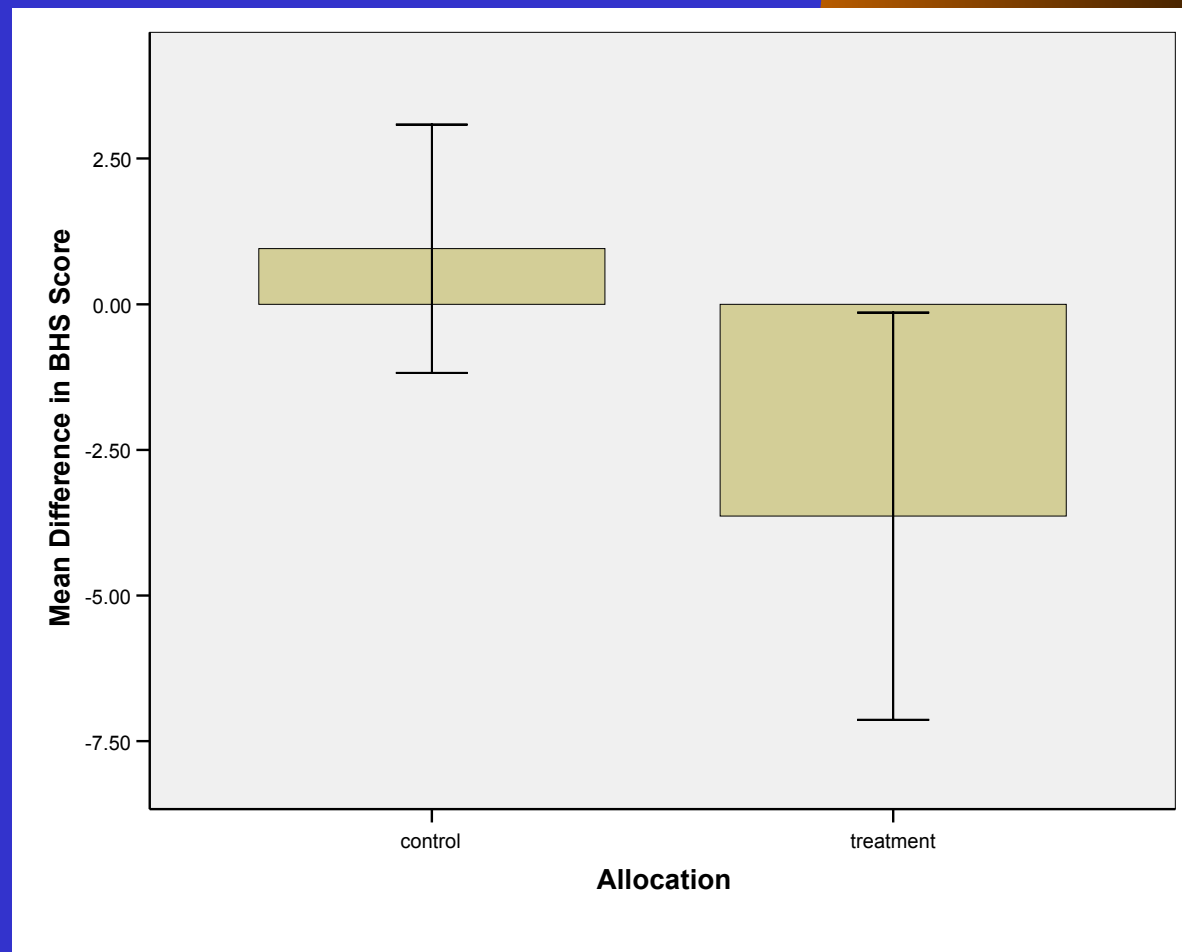
Change in Hours in Structured Activity between T1 and T2 in Control and Treatment arms in Non-Affective (1) and Affective (2) Psychosis Samples



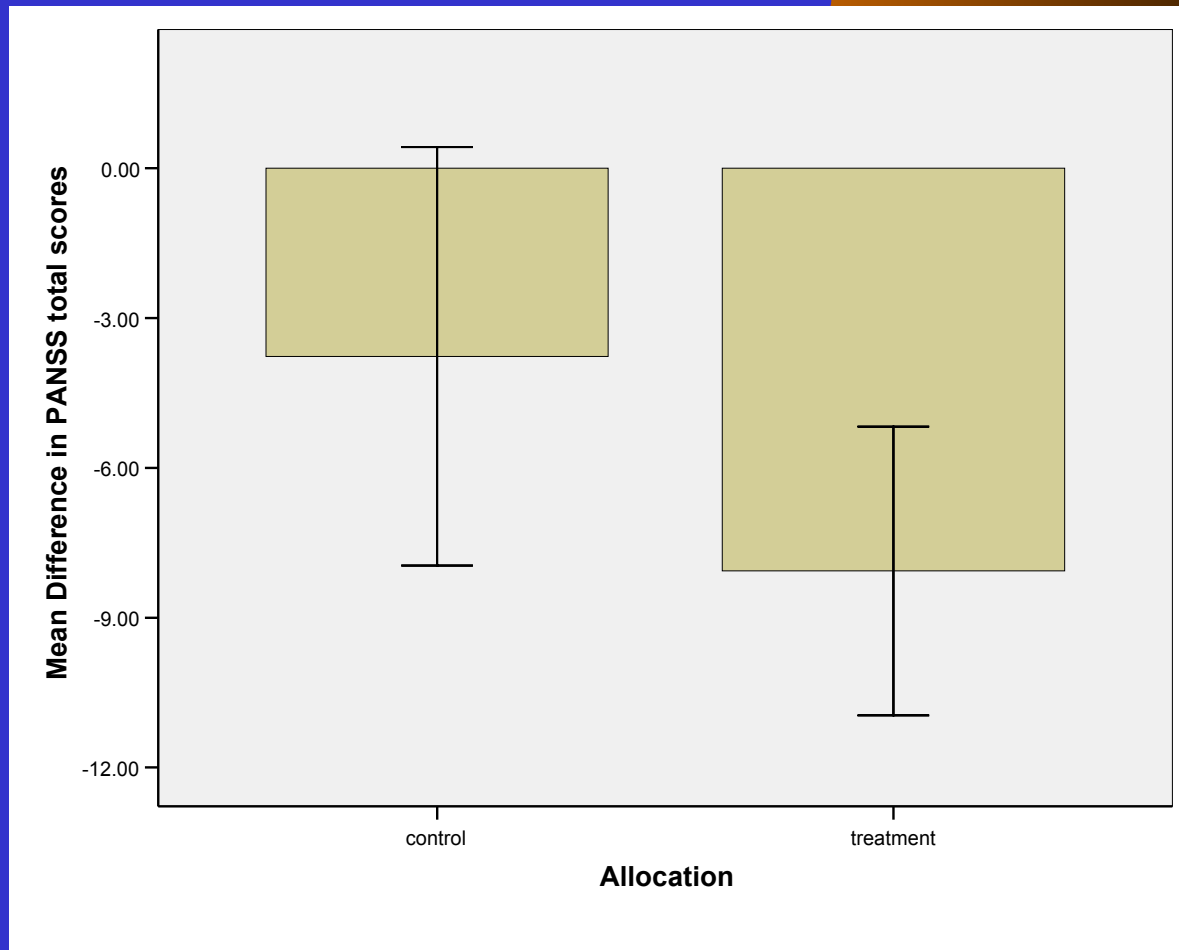
Differenze medie nel tempo speso in attività strutturate (T2-T1) tra gruppo controllo e gruppo in trattamento per il campione con psicosi non-affective



Maggiori differenze nel senso di disperazione (T2-T1) tra Control e Treatment groups per il campione con psicosi non-affettiva



Differenze medie nella PANSS Totale (T2-T1) tra gruppo Controllo e Trattamento per il campione con psicosi non-affettiva



*Risultati dell'ISREP sul lavoro nel FU a 2
anni nel gruppo combinato
(affective and non-affective psychosis)*

32% CBT vs 17% controlli ha trovato lavoro remunerato a 2 anni.


Gruppo CBt ha una media di 98.2 ore di lavoro (SD 233) verso controlli 31.2 ore (SD 92).

Effect size = 0.41.

*Risultati dell'ISREP sul lavoro nel FU a 2 anni nel
gruppo combinato
(affective and non-affective psychosis)*

- 26% di persone con psicosi non affettiva nel gruppo CBT ha lavorato, rispetto a nessuno nel gruppo di controllo (0%)
- Quelli nel gruppo CBT hanno lavorato una media di 43 ore (SD 95)
- Effect size 0.45

Possiamo migliorare il social recovery nelle psicosi?



- ✓ Le evidenze dell' EIS sembrano promettenti nel rendere più intenso quello che sarebbe il miglioramento naturalistico
- ✓ SRCBT può essere utile per il 40% dei soggetti che ritardo nella guarigione
- ✓ Abbiamo bisogno di più evidenze, ulteriori studi (ISREP; EDEN 2) sono già stati programmati.....

Early Psychosis Social Anxiety Research Clinic (SARC)
Fowler, Gega, Hodgekins, Mackintosh, Turner, Hoppitt
NIHR RISC

- ✓ Un trial pilota di CBT per l'ansia sociale negli esordi della psicosi usando operatori della salute mentale che fanno riferimento ai manuali CBT (n=50)
- ✓ Risultati preliminari mostrano interessanti possibilità di ottenere miglioramenti da trattamenti a breve termine focalizzandosi su esperimenti strettamente comportamentali
- ✓ Inoltre sperimentare lo sviluppo di metodi basati sull'uso del pc (psicoeducazione, training alla modificazione dei bias cognitivi, realtà virtuale)