

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

L'efficacia della terapia individuale e la terapia di gruppo nel trattamento della schizofrenia

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice si basa su una revisione sistematica della ricerca, intitolata L'efficacia della terapia individuale e della terapia di gruppo, nel trattamento della Schizofrenia¹, pubblicata dal Joanna Briggs Institute. Le referenze primarie sulle quali si basa questo foglio informativo sono disponibili nel report della revisione sistematica.

Introduzione

Si stima che approssimativamente, l'1% della popolazione mondiale soffre di schizofrenia. The National Institute of Mental Health indica che solo negli Stati Uniti ogni anno oltre 2 milioni di persone manifestano questa malattia.

La schizofrenia può comparire nell'infanzia, ma è più probabile che insorga, nei maschi, nella tarda adolescenza, nelle femmine, tra i venti e i trent'anni.

Le persone che soffrono di schizofrenia sperimentano una gamma di sintomi che includono disturbi nella percezione della realtà, allucinazioni, illusioni, manie, disturbi del pensiero e delle emozioni.

Non esiste un'unica causa per la schizofrenia e alcune di queste non sono ancora conosciute. Perciò non esiste un singolo trattamento per il disturbo e gli attuali approcci si basano su ricerche cliniche ed empiriche. Le terapie farmacologiche rappresentano la cura più utilizzata, tuttavia, dal 5% al 25% dei pazienti continua a manifestare sintomi nonostante il trattamento; inoltre, le cure hanno spesso effetti collaterali indesiderati. Infine, anche se i farmaci sono utili per controllare i sintomi del disturbo, essi non forniscono capacità di adattamento alla malattia. Queste capacità si

Questo foglio informativo di Best Practice riguarda i seguenti concetti:

- **L'effetto della terapia individuale sui sintomi della schizofrenia**
- **Comparazione della psicoterapia di gruppo con quella individuale per il trattamento della schizofrenia**
- **Psicoterapia di gruppo per il trattamento della schizofrenia**
- **L'effetto della psicoterapia di gruppo sui comportamenti schizofrenici**

acquisiscono attraverso diverse forme di psicoterapia.

Obiettivi

L'obiettivo di questo foglio informativo di Best Practice è presentare le migliori informazioni disponibili sull'uso della terapia di gruppo (TG) e della terapia individuale (TI) nel trattamento della schizofrenia. Questa revisione riassume gli esiti di tutti gli studi rilevanti relativi a questi interventi.

Livelli di evidenza

Tutti gli studi sono stati categorizzati secondo la forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione.

- **Livello I** Evidenza ottenuta da una revisione sistematica di tutti i trials randomizzati controllati rilevanti.
- **Livello II** Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato disegnato in modo appropriato.
- **Livello III.1** Evidenza ottenuta da trials controllati ben disegnati senza randomizzazione.
- **Livello III.2** Evidenza ottenuta da studi analitici di coorte o caso controllo ben disegnati preferibilmente eseguiti da più di un centro o gruppo di ricerca.
- **Livello III.3** Evidenza ottenuta da serie multiple nel tempo con o senza intervento. Risultati rilevanti in esperimenti non controllati.
- **Livello IV** Opinione di autorità riconosciute, basate su esperienze cliniche, studi descrittivi, o reports di comitati di esperti.

L'effetto della terapia individuale sui sintomi della schizofrenia

Numerosi studi si sono occupati dell'efficacia di alcuni tipi di terapia individuale sul miglioramento degli esiti dei soggetti sofferenti di schizofrenia.

Terapia cognitivo-comportamentale Individuale

L'utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale (TCC) individuale con pazienti schizofrenici è stata recentemente oggetto di una revisione sistematica² della Cochrane. Questa revisione sistematica ha comparato la TCC accompagnata a cure standard versus sole cure standard. La definizione di cure standard per questi studi

include l'uso di farmaci antipsicotici e un case-management a bassa intensità.

Tra tutti gli studi fu riportato un solo caso di morte. I revisori hanno riscontrato una differenza nel tasso di ricaduta a favore della TCC associata ad una cura di base rispetto alla sola cura di base.

Per quanto riguarda la funzionalità complessiva misurata con la GAS, i pazienti nel gruppo TCC mostrarono un miglioramento significativo nel funzionamento

mentale rispetto ad una terapia standard. La misurazione dello stato mentale compiuta con il Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), ha dimostrato differenze non significative nel breve e medio termine fra i gruppi in trattamento. Quindi, la TCC individuale può essere raccomandata ed è ritenuta efficace nel migliorare lo stato mentale complessivo dei soggetti con diagnosi di schizofrenia. (livello 1)

Le implicazioni per la pratica come dichiarato dagli autori della revisione sono:

Scale di Valutazione

Breve Scala di Valutazione Psichiatrica (BPRS)

Il BPRS è usato per valutare la severità di una serie di sintomi psichiatrici. E' una scala con 16 voci dove ciascuna consiste in una scala con 7 punti che vanno da "assente" a "estremamente severo". Il punteggio va da 24 a 168 e più alto è il punteggio maggiore è la severità.

Scala di Valutazione Globale (GAS)

La GAS è una valutazione globale delle funzioni nel soggetto ed ha una scala che va da 1 (necessità di costante sorveglianza) a 100 (assenza di sintomi).

Scala di Valutazione Psichiatrica (PAS)

Anche la PAS valuta i sintomi del soggetto e consta in 8 categorie, ciascuna con una scala di 4 punti. Più' alto è il punteggio maggiore è la severità dei sintomi.

Il questionario Personale è uno strumento di automisurazione che valuta le idee ossessive e le preoccupazioni.

Modulo di Valutazione Psichiatrica (PEF)

La PEF consta di 19 scale psicopatologiche e di una scala di severità globale di malattia che valuta lo stato psichiatrico del soggetto da 1 (nessuno) a 6 (estremo).

Scale di Valutazione Globale Clinica (VGC)

È usata per valutare la severità generale della malattia prima del trattamento (CGI-S) e il miglioramento post-trattamento (CGI-I). Il punteggio totale possibile è 7. Minore è il punteggio VGC, maggiore è il miglioramento nella severità globale di malattia.

Scala di Qualità di Vita (QLS)

È usata per valutare i cambiamenti della qualità di vita dei pazienti durante le fasi di trattamento. Il punteggio totale possibile è 126. Più alto è il punteggio maggiore nella capacità di relazione interpersonale.

Scala Modificata per la Valutazione dei Sintomi Negativi (SANS)

È utilizzata per la valutazione del peggioramento dei sintomi durante il periodo di trattamento. Il punteggio totale possibile è 100. Minore è il punteggio, minore è la severità del peggioramento dei sintomi negativi

Esercizio di Valutazione del Comportamento (BAT)

Si tratta di un programma su videotape che presenta diversi scenari al fine di valutare con precisione la percezione sociale e identificare i pazienti con diverse abilità sociali. Il massimo punteggio possibile è 18. Più' alto è il punteggio maggiore è il miglioramento delle competenze sociali

Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (GAF)

È usata per valutare il funzionamento psicosociale complessivo ed il livello dei sintomi. Il massimo punteggio possibile è 90; più alto è il punteggio, maggiore è il miglioramento del funzionamento psicosociale e dei sintomi.

Scala di Sindrome Positiva e Negativa per la Schizofrenia (PANSS)

È usata per determinare la presenza di sintomi della schizofrenia.

Raggiungimento Abilità'

Si determina attraverso una serie di test di role-playing. Le performance del soggetto sui test di role-playing sono valutate usando la scala Likert a 4 punti che vanno da 1 (scarso) a 4 (eccellente).

Scala di Raggiungimento degli obiettivi (GatS)

Usata per misurare il raggiungimento degli obiettivi del trattamento. La GatS consiste in una scala che parte da -2 (regressione dal raggiungimento degli obiettivi) a 0 (raggiungimento degli obiettivi) a 2 (raggiungimento eccellente degli obiettivi).

Distinzione delle Unità Verbalì

Separazione mediante una pausa di silenzio tra un discorso e l'altro e/o modifica del contenuto della discussione

“La TCC è associata ad una sostanziale riduzione del rischio di ricadute.... I miglioramenti dello stato mentale e della funzionalità globale che possono essere raggiunti superano quelli previsti in una terapia standard”.

I ricercatori avvertono che, perché la TCC sia efficace, ci deve essere una attiva partecipazione sia del terapeuta che del paziente che riceve la terapia.²

La Terapia Individuale vs la Terapia Individuale e Familiare per la prevenzione delle ricadute

È stato esaminato l'effetto della Terapia Individuale e Familiare confrontata con la sola Terapia Individuale per la prevenzione delle ricadute, in soggetti con diagnosi di schizofrenia provenienti sia da famiglie ad alta che a bassa emotività espressa (EE).

Il concetto di EE è definito come la convinzione che gli atteggiamenti critici verso una persona con schizofrenia, e il coinvolgimento eccessivo con quella persona, possono predire ricadute.

Per esempio, i membri di una famiglia con atteggiamenti critici e/o iperprotettivi verso una persona schizofrenica possono stimolare una ricaduta di quel soggetto.

E' stato provato che soggetti provenienti da famiglie con un'alta EE hanno più probabilità di ricadute rispetto a soggetti provenienti da famiglie con bassa EE, anche se questa differenza non è significativa. Nello studio nessuno dei due trattamenti ha avuto più successo dell'altro nel prevenire le ricadute. La mancanza di significatività tra i due gruppi di trattamento, tuttavia, può essere un risultato dovuto al basso numero di soggetti usati nello studio.

Per questo motivo, devono essere effettuati studi più grandi e accuratamente disegnati, prima che si possano consigliare l'una o l'altra terapia per i soggetti che soffrono di schizofrenia.

Confronto di gruppi trattati con psicoterapia individuale per il trattamento della schizofrenia

Anche se l'efficacia della TCC individuale su soggetti con schizofrenia può essere affermata, è stata raramente ricercata l'efficacia della psicoterapia di gruppo rispetto alla terapia individuale.

Psicoterapia di gruppo vs psicoterapia individuale

Un esame dell'efficacia della psicoterapia di gruppo vs quella individuale, sugli outcome, sui sintomi e sull'efficacia sociale, in soggetti con schizofrenia, concluse che

la psicoterapia di gruppo è significativamente più efficace che la terapia individuale nel migliorare gli esiti a 12 e 24 mesi dall'inizio del trattamento. Nessuno dei due trattamenti è stato ritenuto più efficace nella prevenzione delle ricadute, della riospedalizzazione o delle probabilità di dimissione.

Tuttavia, l'assenza di descrizioni del regime di trattamento implica che questi risultati devono essere trattati con cautela. Quindi, in base a questo studio, non può essere effettuata nessuna raccomandazione per l'uso di entrambe le terapie.

Un confronto dell'efficacia della terapia di gruppo e della terapia di supporto, sulle percentuali di ricaduta e sulla funzionalità sociale, nei soggetti con schizofrenia, ha determinato che brevi cicli di entrambi i trattamenti erano meno efficaci rispetto ai trattamenti a lungo termine.

Tuttavia, a causa delle modalità di presentazione dei dati, questi risultati non possono essere valutati in modo indipendente e non può essere compiuta nessuna raccomandazione sulla utilità di entrambe queste terapie.

Quindi, il confronto dell'efficacia della psicoterapia individuale e di gruppo nel trattamento dei soggetti con schizofrenia ha condotto a risultati non conclusivi, a causa dell'incompletezza della documentazione dei trattamenti o dei dati disponibili in letteratura.

Psicoterapia di gruppo per il trattamento della schizofrenia

Numerosi studi hanno tentato di confrontare l'efficacia delle diverse forme di terapia di gruppo alle altre, a gruppi di controllo o a soggetti in lista d'attesa.

Gruppo di psicoterapia vs controllo

L'efficacia della psicoterapia di gruppo sui sintomi psichiatrici, nei soggetti con schizofrenia, è stata confrontata sia ad una attività di gruppo orientata allo svolgimento di compiti, sia ad un gruppo di controllo.

Il miglioramento della funzionalità globale dei soggetti con schizofrenia (misurato con il punteggio GAS) non era significativamente diverso per nessuno dei tre gruppi di studio.

Tuttavia, il Punteggio Globale sulla Severità di Malattia (una sottoscala del Modulo di Valutazione Psichiatrica PEF), ha mostrato

differenze significative tra gruppi di trattamento, dalla prima alla seconda valutazione, con il punteggio dei soggetti sottoposti al trattamento di gruppo molto più basso rispetto al gruppo di controllo. Sia il braccio della terapia di gruppo, che quello della terapia di gruppo rivolta ai compiti, hanno dimostrato un numero simile di soggetti con punteggi più bassi nella valutazione post trattamento (con la PEF) che nella valutazione di ammissione.

Quindi, tre ore di terapia di gruppo a settimana sono risultate inefficaci, se non dannose, sui pazienti con schizofrenia, dopo i primi venti giorni dalla loro ammissione, quando confrontate con le condizioni del gruppo di controllo, là dove tutte le modalità di interazione con lo staff e gli altri erano possibili.

E' stato suggerito che le 8 sessioni da un'ora, possono non essere state sufficienti per lo sviluppo appropriato del gruppo. Quindi, queste forme di psicoterapia di gruppo devono essere valutate per periodi di tempo più lunghi, prima di poter essere raccomandate come forme di trattamento efficaci per le persone sofferenti di schizofrenia.

Educazione comportamentale interattiva vs lista di attesa

Fu confrontata l'efficacia dell'educazione comportamentale interattiva (IBT) sulla severità dei sintomi e sulla qualità di vita, nei soggetti schizofrenici, con soggetti in lista di attesa.

Per determinare il livello globale di funzionalità sociale complessivo sono state utilizzate la scala di Impressioni Globali Cliniche (CGI), la scala di Qualità di Vita, la scala modificata per la Valutazione dei Sintomi Negativi (SANS), l'esercizio di Valutazione del Comportamento (BAT), la scala Globale del Funzionamento (GAF), la BPRS (precedentemente descritta) e la scala di sindrome positiva e negativa per la schizofrenia (PANSS). Solo la misura della GAF ha dimostrato qualche miglioramento nei punteggi post-trattamento per il gruppo IBT. Tutte le altre misure non hanno dimostrato significativi cambiamenti a seguito del trattamento. I soggetti in lista d'attesa non hanno dimostrato significativi cambiamenti nei punteggi dal pre al post trattamento.

Da questo studio si può concludere che le forme di esercizio comportamentale interattivo descritte, sono inefficaci sul miglioramento della funzionalità sociale e non possono essere raccomandate. (Livello II)

Gruppo di psicoterapia vs esercizio di abilità modulare

Uno studio su soggetti schizofrenici ha confrontato l'efficacia dell'esercizio di abilità modulari con la psicoterapia di gruppo, nel migliorare le abilità di gestione farmacologica e sintomatica, oltre che dei sintomi della schizofrenia. L'esercizio di abilità modulari è stato trovato essere significativamente più efficace nel migliorare le abilità di gestione farmacologica e dei sintomi rispetto alla psicoterapia tradizionale. Quando i soggetti di entrambi i gruppi di trattamento furono riuniti per esaminare l'efficacia della terapia generale, sono stati riscontrati significativi miglioramenti nei punteggi ottenuti con la BPRS e la SANS dopo 6 mesi di follow up rispetto ai valori pretrattamento.

Pertanto, l'esercizio di abilità o la psicoterapia di gruppo possono essere efficaci nel miglioramento dei sintomi psicologici complessivi. Il programma di addestramento è di ulteriore beneficio attraverso il miglioramento delle abilità di vita dei soggetti con schizofrenia. (Livello II)

Addestramento alle abilità di adattamento vs addestramento al problem solving di gruppo

Per determinare l'efficacia delle abilità di coping e dell'approccio di problem solving, nell'ottenimento degli obiettivi di trattamento e nei tassi di ospedalizzazione, fu condotto un piccolo studio su 14 soggetti.

Il punteggio della Scala di Raggiungimento Medio degli Obiettivi (GAtS) per il gruppo di Addestramento Delle Abilità Di Coping (CST), fu significativamente migliore rispetto al punteggio dell'Esercizio di Gruppo Sul Problem Solving (PSGT), sia dopo il trattamento che nel follow-up; tuttavia entrambi i trattamenti hanno mostrato buoni miglioramenti nel punteggi dal pre al post trattamento.

Solo il CST ha mostrato miglioramenti significativi sul punteggio GAtS dal post-trattamento a 6 mesi di follow-up. Quindi CST sembra avere un'efficacia più lunga sul miglioramento del raggiungimento degli obiettivi rispetto al PSGT nei pazienti con schizofrenia.

I tassi di ospedalizzazione, tra i due gruppi di trattamento, non dimostrarono differenze significative. A causa della dimensione dello studio, la significatività dei risultati deve essere considerata con cautela. Prima che i metodi CST e il PSGT possano essere raccomandati per il loro uso nel migliorare le abilità di raggiungimento degli obiettivi nei soggetti con schizofrenia, deve essere effettuato uno studio accuratamente disegnato, controllato e di dimensioni più grandi.

L'effetto della psicoterapia di gruppo sui comportamenti schizofrenici

La psicoterapia di gruppo può essere utilizzata anche nel trattamento dei problemi comportamentali specifici dei soggetti con schizofrenia.

Addestramento psico-educativo di gruppo e adesione alla terapia medica

I soggetti con diagnosi di schizofrenia in fase di remissione dei sintomi sono stati trattati o con addestramenti psico-educativi, per migliorare l'adesione alla terapia farmacologica, oppure sono stati posti in un gruppo di controllo. È suggerito che questo programma non sia utilizzato per pazienti in fase acuta o sofferenti di deterioramento cognitivo.

Tra coloro che conclusero lo studio, l'adesione al trattamento da parte del gruppo sperimentale fu significativamente più alta dopo l'intervento, rispetto alla fase pre-trattamento, e rispetto al gruppo di controllo.

Tuttavia, il successo della cura è dipendente anche dal fatto che il soggetto completi il trattamento. Molti soggetti non lo completarono e quando furono valutati i loro risultati, sia che fossero appartenenti al gruppo sperimentale che al gruppo di controllo, non furono riscontrati significativi miglioramenti nell'adattamento alla terapia medica.

Una maggiore percentuale di soggetti nel gruppo sperimentale, attraverso un'auto valutazione soggettiva, dichiarò di essersi sentita meno a proprio agio con la gestione autonoma della terapia, di quanto non fece il gruppo di controllo, sia nel pre che nel post trattamento. Queste differenze tuttavia non furono significative.

La valutazione dello stato psicologico nel pre e post-addestramento, effettuata usando la Breve Scala di Valutazione Psichiatrica (BPRS) e la Scala di Raggiungimento degli Obiettivi (GAS), non ha dimostrato differenze significative tra i gruppi di trattamento, o qualsiasi cambiamento significativo nell'ambito dei due gruppi nel pre e nel post trattamento. Ad un anno di follow-up nessun effetto dell'addestramento psico-educativo sull'adattamento alla terapia medica era scomparso e non furono rilevate significative differenze tra i due gruppi per tutte le misurazioni effettuate.

Quindi l'efficacia degli esercizi di addestramento psico-educativo non è stata ancora ritenuta utile nel migliorare l'adesione alla terapia medica o nel migliorare i sintomi

e la funzionalità psicosociale nei soggetti con schizofrenia e non può essere raccomandata.

Gruppo di psicoterapia e auto-scoperta

Si ritiene che la stimolazione della interazione verbale sia la chiave per evitare una delle caratteristiche primarie della regressione nei soggetti con schizofrenia, ossia l'isolamento sociale.

Quindi è stato esaminato l'effetto della psicoterapia sull'interazione verbale dei pazienti. Il confronto fu eseguito fra tre diversi tipi di terapie di gruppo (attività, rimotivazione, interazione sociale) in cui ognuna veniva impiegata come controllo per le altre. Il numero delle interazioni verbali nei gruppi di attività e di rimotivazione fu significativamente più alto rispetto al gruppo di interazione sociale e ai gruppi di controllo, e vi fu un numero di verbalizzazioni significativamente più alto di qualsiasi altra condizione nel gruppo delle attività. Il gruppo di rimotivazione dimostrò un numero significativamente più alto di interazioni verbali del gruppo sociale e del gruppo di controllo. Quindi dalla formazione di un gruppo di attività ci si può aspettare un significativo miglioramento dell'interazione verbale di un gruppo di soggetti maschi tutti sofferenti di schizofrenia. (Livello II)

Psicoterapia di gruppo e polidipsia

Nei soggetti schizofrenici la polidipsia (intossicazione autoindotta da acqua) è una complicanza.

Per migliorare la polidipsia, fu confrontato un trattamento ospedaliero ordinario con psicoterapia ad un trattamento ospedaliero ordinario.

L'assunzione di liquidi fu monitorata per 5 settimane pesando i soggetti 4 volte al giorno.

Durante lo studio, la polidipsia si ridusse significativamente nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia al secondo mese di follow-up, l'aumento medio del peso corporeo tornò ai livelli pre trattamento. Quindi la psicoterapia di gruppo non può essere raccomandata nel trattamento della polidipsia nei soggetti con schizofrenia, a meno che non sia prolungata indefinitamente. Necessita di essere determinato l'effetto di uno studio più lungo. (Livello II)

Protocolli di terapia

Terapia individuale cognitivo- comportamentale

Si compone delle seguenti fasi:

- 1) "Il destinatario stabilisce collegamenti tra i suoi pensieri, emozioni ed azioni rispetto i sintomi obiettivo"
- 2) "Correzione delle percezioni alterate, convinzioni irrazionali ed errori di ragionamento relativi ai sintomi obiettivo"
- 3) "Il destinatario monitorizza i propri pensieri, sentimenti e comportamenti rispetto ai sintomi obiettivo"
- 4) "promozione di modi alternativi di coping rispetto ai sintomi obiettivo".

Terapia individuale

Sviluppo interiore e controllo dei sintomi attraverso l'educazione ed il supporto, per adattarsi agli agenti di stress della vita e per riconoscere l'inizio dello stress. Continua per 12 mesi con 3 mesi di trattamenti quotidiani e 9 mesi di trattamento domiciliare.

Terapia familiare

Psicoeducazione, addestramento alla comunicazione e addestramento al problem solving. Continua per 12 mesi con 3 mesi di trattamento quotidiano e 9 mesi di trattamento domiciliare.

Terapia di supporto

Comprende l'ascolto attivo, l'empatia corretta, l'appropriata rassicurazione, il rinforzo di iniziative di promozione della salute del paziente e il sostegno del terapeuta per il supporto ed il

problem solving nei momenti di crisi.

Mediamente sono effettuate da 1.9+/- 0.7 sessioni per mese (anno 1) fino a 1.5+/-0.6 per mese (anno 3). Tutte le sessioni di terapia hanno una durata media di 30-45 minuti.

Terapia di gruppo personale

Incoraggia i soggetti a identificare le esperienze affettive, cognitive e psicologiche stressanti, per permettere l'adattamento personale e sociale attraverso l'identificazione e la gestione degli squilibri affettivi. Vi sono tre stadi di trattamento: a) la fase di base, b) la fase intermedia, c) la fase avanzata.

Accresce l'equilibrio personale e sociale attraverso l'identificazione e la gestione di momenti di squilibrio.

1) Fase di base (primi mesi dopo la dimissione):

- a) Costituzione di un contratto di trattamento
- b) Provvedere alla determinazione del minimo dosaggio efficace
- c) Psicoeducazione di base riguardo la natura e il trattamento della schizofrenia
- d) Tecniche di terapia di supporto
- e) Piano step by step per la ripresa dei ruoli attesi
- f) Coping interiore

2) Fase intermedia (primi 18 mesi dopo la dimissione):

- a) Psicoeducazione avanzata
- b) Strategie di coping interiore, rilassamento e tecniche di ristrutturazione cognitiva
- c) Addestramento di abilità

3) Fase finale (ultimi 18 mesi di trattamento):

- a) Favorire la distribuzione temporale di iniziative sociali di comunità
- b) Consapevolezza dei prodromi personali
- c) Uso di tecniche di rilassamento progressivo
- d) Consapevolezza delle proprie caratteristiche
- e) Principi di gestione critica e risoluzione dei conflitti
- f) Uso di situazioni di vita reale

Le sessioni di terapia di gruppo personale sono state calcolate in media da 2.9+/-0.7 al mese (anno 1) a 2.1+/-0.9 al mese (anno 3). Tutte le sessioni di terapia hanno una durata media variabile dai 30 ai 45 minuti.

Psicoterapia di gruppo

I soggetti trattati "guadagnano introspezione per le difficoltà intrapsichiche ed interpersonali, focalizzandosi sul qui ed ora, in interazioni di gruppo ed espressione dei sentimenti" Tre sessioni da un'ora alla settimana per 3 mesi.

Oppure:

Processo di gruppo orientato al supporto ed all'introspezione che comprende informazioni sulla schizofrenia e l'importanza di aderire al trattamento. Sessioni di 90 minuti due volte a settimana per 6 mesi. Durante il periodo di follow-up, che dura un anno, il gruppo continua ad incontrarsi mediamente una volta a settimana.

Oppure:

Due sessioni terapia di gruppo psicoeducative a settimana per 4 mesi con arte-terapia, illustrazione della quantità di acqua consumata e discussione psicologica dei rischi di assunzione eccessiva di acqua. Follow-up per ulteriori 2 mesi.

Gruppo di lavoro

I soggetti lavorano insieme ad un progetto comune “senza la discussione intra-psichica e sui problemi interpersonali”. Tre sessioni da un'ora a settimana per 3 mesi di studio.

Terapia Interattiva comportamentale

Sono utilizzate strategie comportamentali cognitive, simili ad istruzioni, modelling e rovesciamento comportamentale, combinate con strategie di processo di gruppo. Consistono in 16 sessioni da 50 minuti, divise in 4 fasi.

- 1) **Lo studio di orientamento e interconnessione cognitiva** è progettato per incoraggiare le interazioni sociali tra i membri del gruppo.
- 2) Fase di **preparazione e condivisione**: enfatizza l'auto-rivelazione.
- 3) Fase di **approvazione**: i pazienti rappresentano una situazione interpersonale alla quale il resto del gruppo partecipa.
- 4) Fase di **affermazione**: il leader ed i membri del gruppo identificano e rinforzano verbalmente comportamenti socialmente adeguati.

Addestramento modulare di abilità'

Utilizza moduli identificati dal programma di abilità sociali e di vita indipendente UCLA:

Gestione dei sintomi

- 1) Identificazione dei segni di allarme di ricaduta
- 2) Gestione dei segni di allarme
- 3) Coping con i sintomi persistenti
- 4) Evitare assunzione di alcool e droghe

Gestione dei farmaci

- 1) Ottenere informazioni sui farmaci anti-psicotici
- 2) Conoscere la corretta autoassunzione e valutazione
- 3) Identificare gli effetti collaterali dei farmaci
- 4) Negoziare problemi relativi ai farmaci con gli operatori sanitari

90 minuti due volte a settimana per 6 mesi, seguiti da un gruppo di addestramento di abilità sociali di base una volta a settimana, per un anno di follow up.

Addestramento alle abilità di coping

Consiste in quattro moduli di trattamento, focalizzati sulle abilità richieste per integrarsi nella comunità. Include la definizione di obiettivi individuali, addestramento al rilassamento, gestione del tempo, ristrutturazione cognitiva, addestramento alle abilità sociali e tecniche di coesione di gruppo. Ogni modulo comprende una mini-lezione per presentare una abilità di coping, esercizi di gruppo per praticare l'abilità e assegnazione di compiti a casa insieme ad un compagno del gruppo.

I soggetti si incontrano settimanalmente per 90 minuti per le 24 settimane dello studio

Addestramento al problem solving di gruppo

Utilizza un approccio standardizzato di problem solving in cui i problemi sono introdotti dai membri e rivolti al gruppo.

Il problem solving ha sei elementi

1. Orientamento al problema
2. Definizione del problema in termini comportamentali
3. Sviluppare soluzioni utilizzando tecniche di brainstorming
4. Valutare le soluzioni per risultati potenziali
5. Scegliere la soluzione per risolvere il problema
6. Valutare i risultati.

I soggetti si incontrano settimanalmente per 90 minuti per 24 settimane di studio.

Addestramento psicoeducativo

Gruppi di 4-6 soggetti sono coinvolti in 10 sessioni da 90 minuti; le prime cinque sessioni sono tenute ogni settimana, le seconde cinque ogni quindici giorni. Ha quattro fasi

1. Sessioni 1-3: i membri del gruppo prendono familiarità reciproca e vengono a conoscenza dei propri problemi e delle possibilità terapeutiche.
2. Dalla sessione 4 in poi: i soggetti compiono la regolare registrazione dell'assunzione della terapia.

3. Sessioni 5-6: identificazione dei segni precoci di allarme di imminente ricaduta e determinazione della strategia farmacologica ottimale.

4. Sessioni 7-10: registrazione di tutti gli aspetti di benessere, compresi i farmaci, per individuare strategie di coping.

Attività di gruppo

Si basa in parte sulla verbalizzazione come strumento di terapia

Vita sociale di gruppo

Si basa fortemente sulla interazione verbale come forma di terapia.

Terapia motivazionale di gruppo

Si basa su alcune verbalizzazioni, ma in modo più limitato rispetto alla vita sociale di gruppo.

Controllo

Il gruppo definitivo, il controllo, è coinvolto in attività di svago di gruppo non strutturate.

Raccomandazioni

Per i soggetti sofferenti di schizofrenia, sottoposti a trattamenti come quelli descritti in questo foglio informativo di Best Practice:

- La Terapia Cognitivo Comportamentale Individuale può essere efficace nel migliorare lo stato mentale complessivo e la funzionalità globale (livello I).
- L'Addestramento Comportamentale Interattivo non è efficace nel migliorare la funzionalità sociale (livello II).
- La Psicoterapia di Gruppo a lungo termine o l'Addestramento Modulare di Abilità può essere efficace nel migliorare i sintomi psicologici complessivi (livello II).
- L'Addestramento Modulare di Abilità è efficace nel migliorare le abilità di vita (livello II).
- L'Addestramento Psicoeducativo di Gruppo non è efficace nel migliorare l'adesione alla terapia farmacologica (livello II).
- L'uso delle Attività di Gruppo può essere efficace nel migliorare le interazioni sociali (livello II).
- La Psicoterapia di Gruppo non è efficace nel produrre miglioramenti permanenti nei soggetti che presentano polidipsia (livello II).

1. Hodgkinson B, Evans D, O'Donnell A, Nicholson J, Walsh K. The Effectiveness of Individual Therapy and Group Therapy in the Treatment of Schizophrenia. Adelaide. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 1999 Report No.5
2. Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. In: The Cochrane Library; 1998.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
Adelaide, South Australia 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881

The series Best Practice is disseminated collaboratively by:



"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Acknowledgment

This publication was produced based on a systematic review of the research literature undertaken by the Joanna Briggs Institute under the guidance of a review panel of clinical experts, and was led by Mr. Brent Hodgkinson - Research Officer, The Joanna Briggs Institute; Mr. David Evans - Coordinator of Reviews, The Joanna Briggs Institute; Ms Ann O'Donnell, Acting Regional Director, Eastern Community Mental Health Service, and Dr Kenneth Walsh, Lecturer, Department of Clinical Nursing, The University of Adelaide. The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members whose expertise was invaluable throughout this activity. The review panel members were:

- Ms Ann O'Donnell
- Dr Kenneth Walsh
- Ms Samantha Jolly
- Ms Dene Iwanicki
- Mr Nick Robilliard
- Ms Jenny Nicholson
- Ms Sandra Matta
- Ms Raii Tanska
- Ms Irene Henley
- Ms Mellanie Fernandez
- Professor Robert Barrett
- Ms Carol Turnbull
- Mr Tony Halczuk