



L'impatto delle funzioni cognitive e della cognizione sociale sul funzionamento nella vita reale delle persone con schizofrenia

**Armida Mucci
Dipartimento di Psichiatria
Università di Napoli SUN**

Evoluzione degli obiettivi terapeutici per le persone con schizofrenia

'60 – '90

Risposta

'90 – 2000

Remissione

Oggi

«Recovery»

Riduzione Sintomi
Prevenzione
Ricadute

Sintomi di
modica
gravità

*Funzionamento nella
vita reale*

RECOVERY

TIME TO
COMMIT TO
POLICY
CHANGE



- Indipendenza
- Relazioni interpersonali
- Svago
- Lavoro/Studio
- ...



“Recovery non è remissione della malattia o assenza di sintomi ma vivere una vita piena, soddisfacente, che valga la pena di essere vissuta...

Deegan, Psychosoc Rehabil J 1996; Roe et al, Psychosoc Rehabil J 2007

Schizophrenia—Time to Commit to Policy Change

W. Wolfgang Fleischhacker^{*,1}, Celso Arango², Paul Arteel³, Thomas R. E. Barnes⁴, William Carpenter⁵, Ken Duckworth⁶, Silvana Galderisi⁷, Lisa Halpern⁸, Martin Knapp⁹, Stephen R. Marder¹⁰, Mary Moller¹¹, Norman Sartorius¹², and Peter Woodruff¹³

Disabilità: tra le 10 cause principali in tutto il mondo

Disoccupazione: solo il 10–20% ha un lavoro retribuito

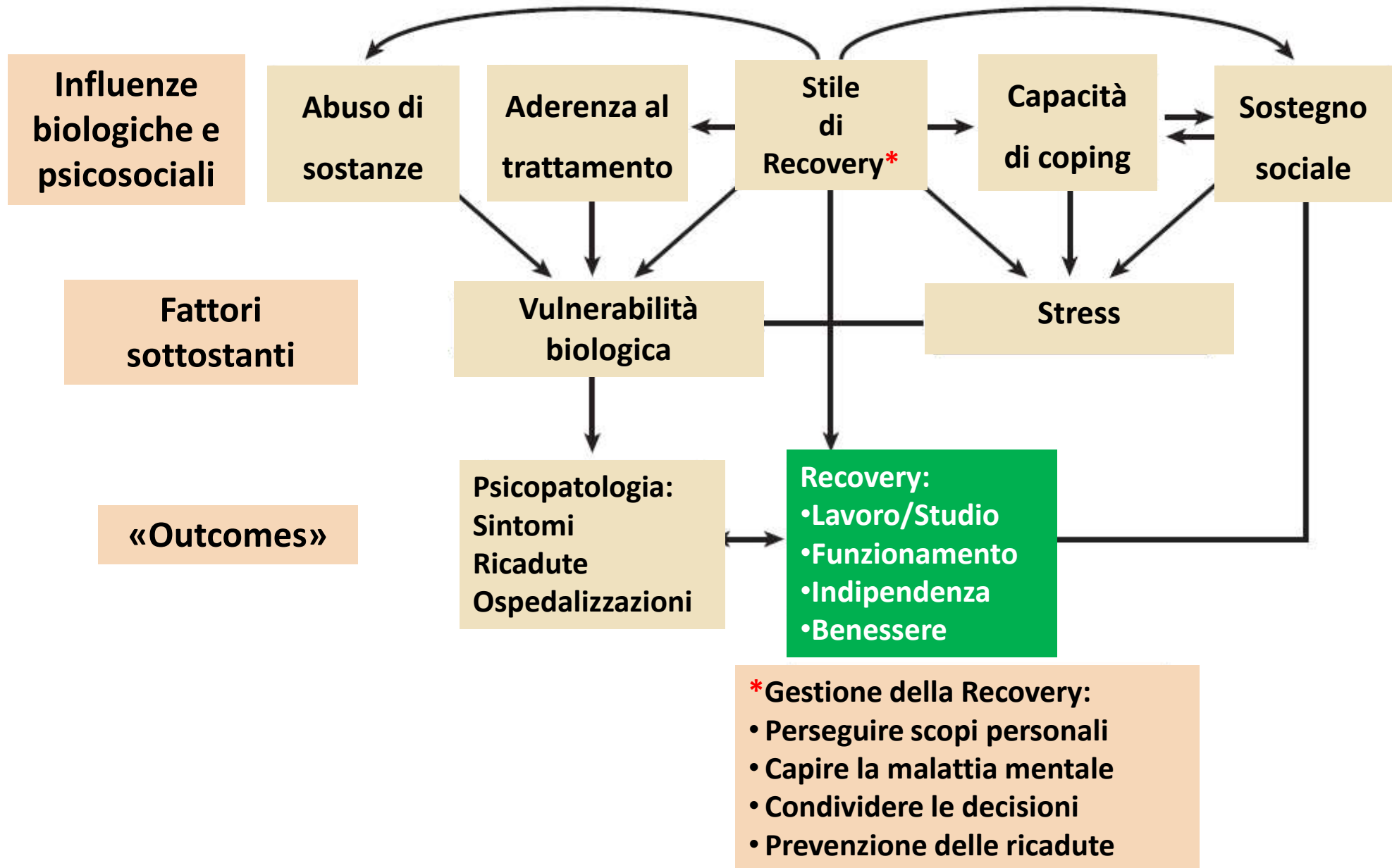
Suicidio: 5–10% dei soggetti muore per suicidio

Senzatetto: 15% delle persone con schizofrenia in Europa

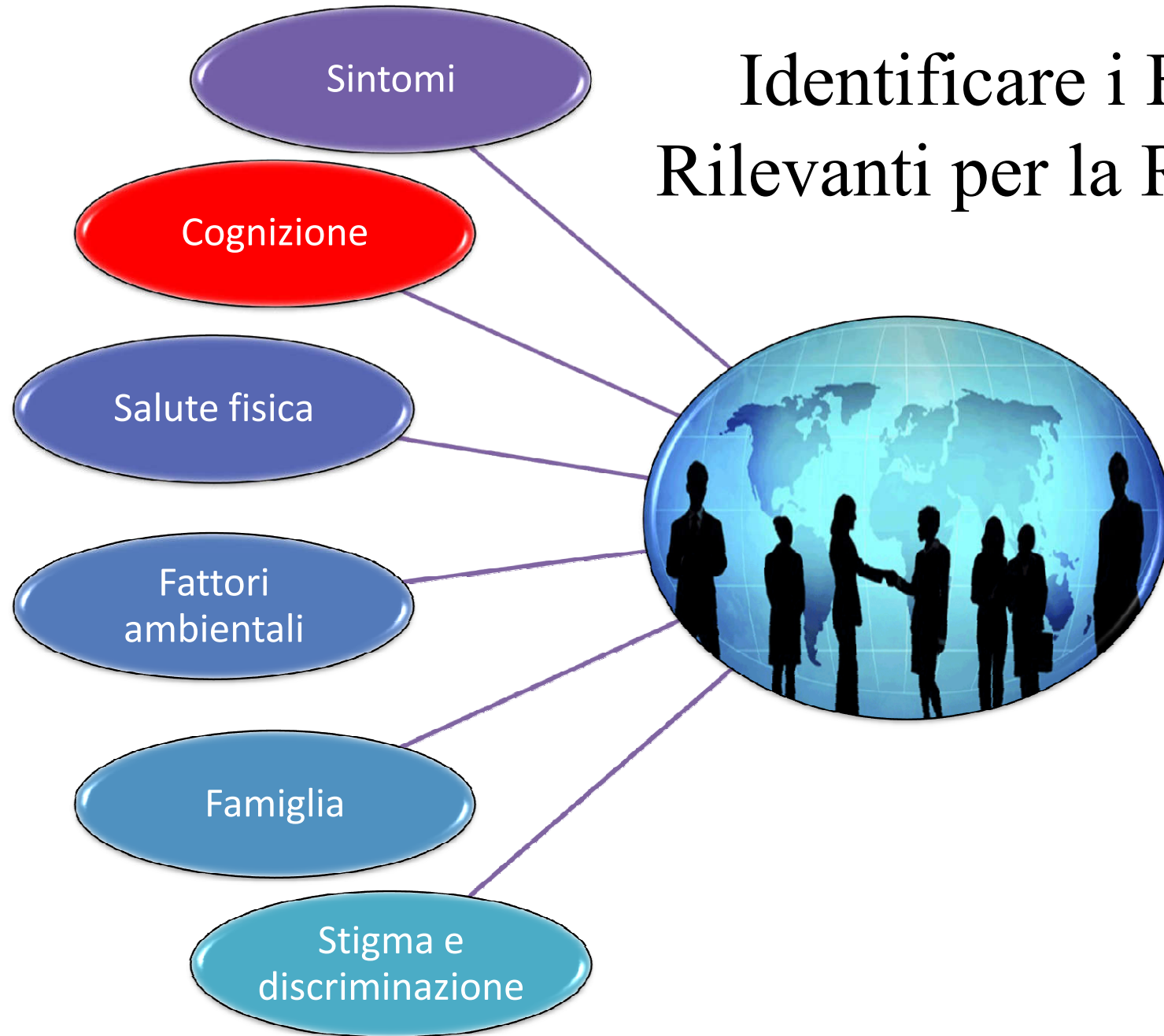
Morte prematura: riduzione della vita media di 15–20 anni rispetto alla popolazione generale

Carcerazione: 8% delle persone carcerate soffre di psicosi

Modello stress-vulnerabilità esteso



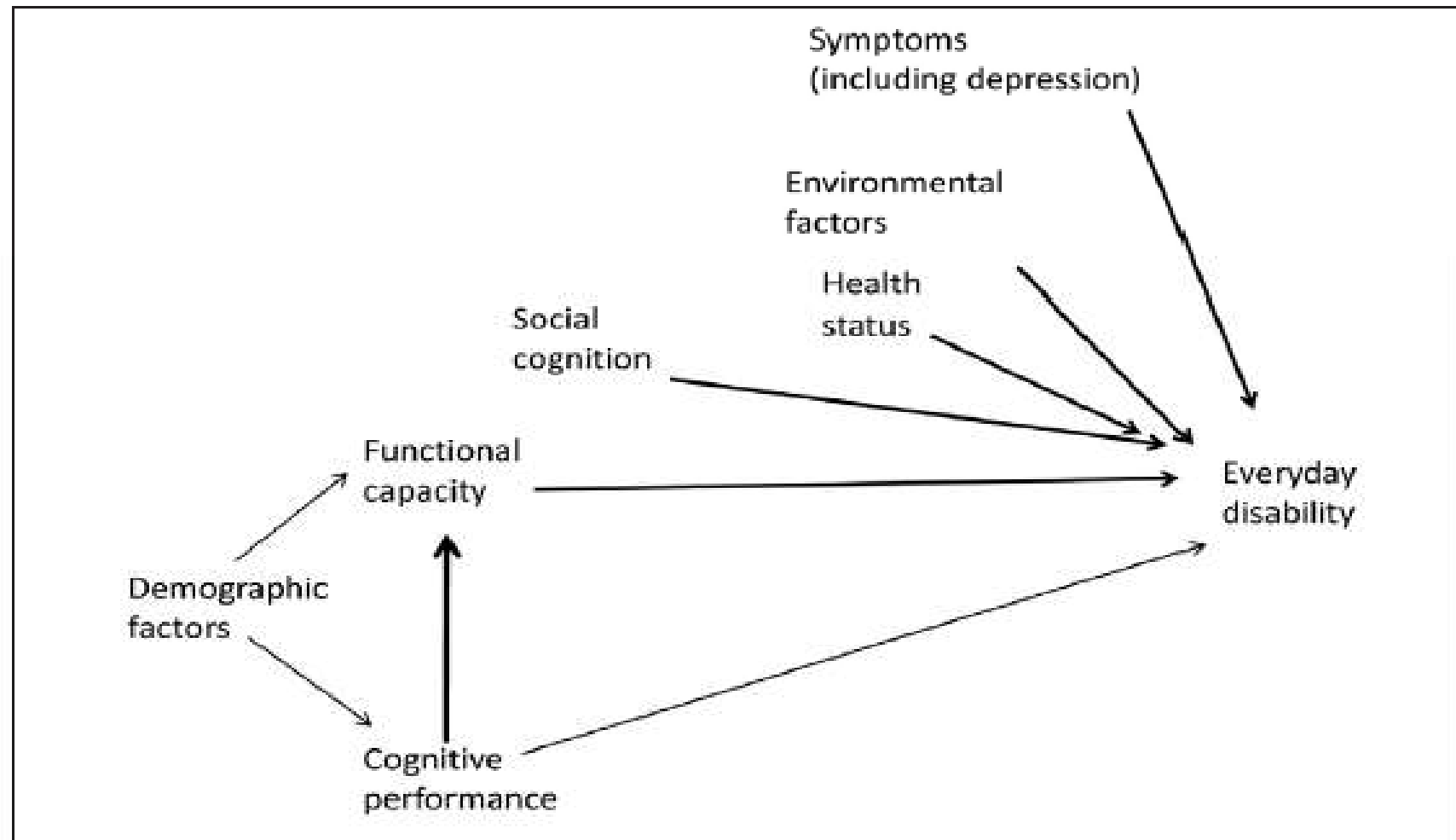
Identificare i Fattori Rilevanti per la Recovery



Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status

PHILIP D. HARVEY, MARTIN STRASSNIG

(World Psychiatry 2012;11:75-79)

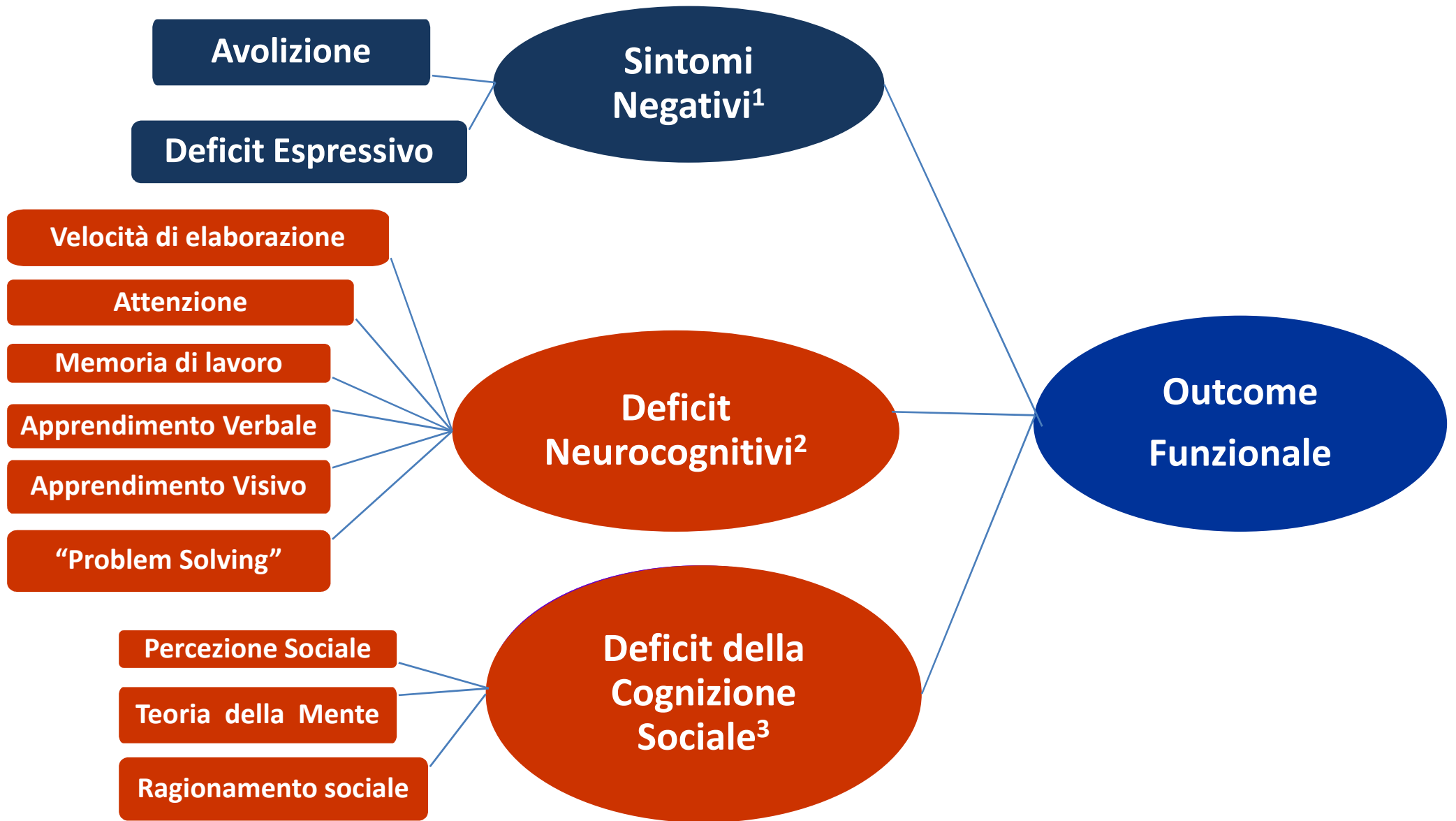


Variabili che influenzano il funzionamento nella vita reale nei soggetti con schizofrenia

Variabili inerenti alla malattia

Risorse Personali

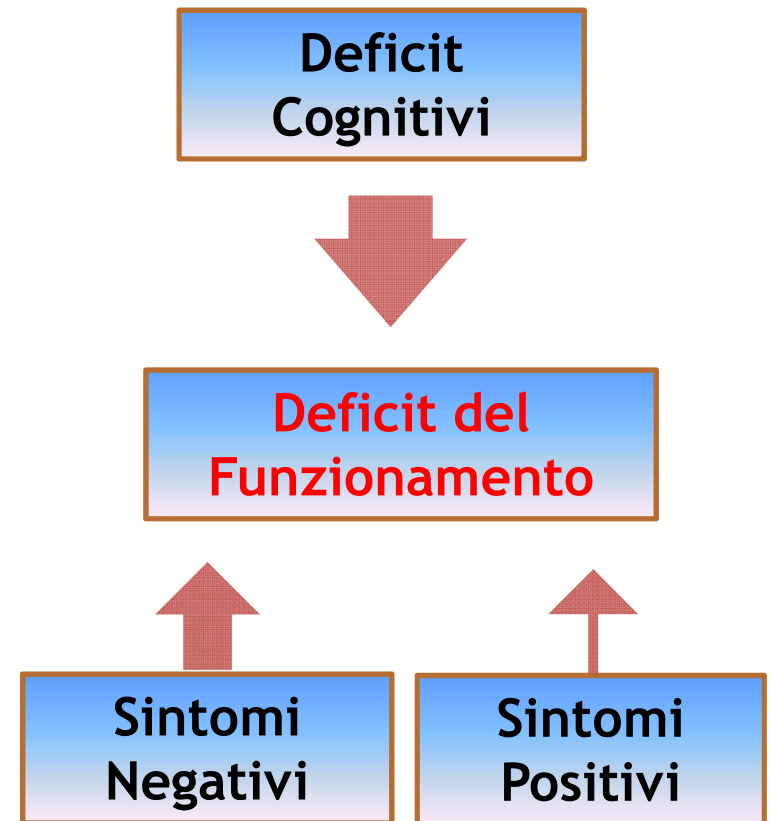
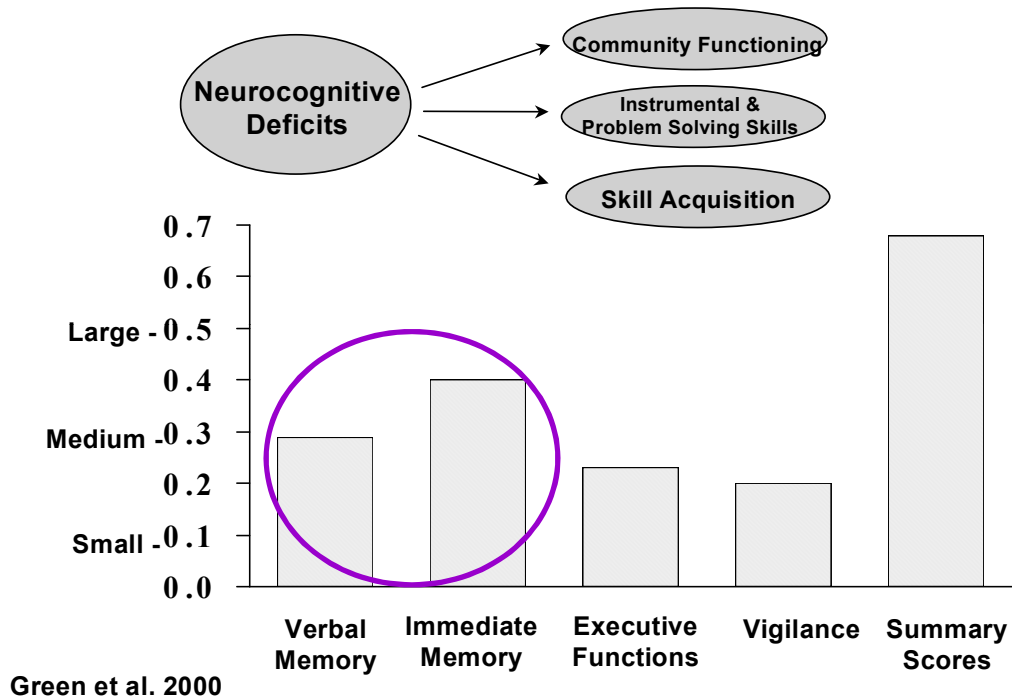
Variabili inerenti al contesto



¹Addington et al. Can J Psychiatry 2003; ¹Harvey & Strassnig World Psychiatry 2013; ¹Galderisi et al, Schizophr Res 2013; ¹ Mucci et al Eur Psychiatry; ^{1,2,3}Galderisi et al, World Psychiatry; ²Dickerson F, et al. Schizophr Res 1999; ²Green MF, et al. Schizophr Bull 2000; ³Couture et al. Schizophr Bull 2006; ³Green et al, Arch Gen Psychiatry 2012; ³Harvey & Strassnig World Psychiatry 2013; ³Reickmann et al, Schizophr Res 2005.

Deficit cognitivi nei pazienti affetti da schizofrenia

Effects Sizes (Cohen's r): Neurocognitive Deficits and Functional Outcome



Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi

(Coordinatore: M. Maj)

- 1 - Torino (*F. Bogetto, P. Rocca*)
- 2 - Novara (*P. Zeppegno*)
- 3 - Milano (*C.A. Altamura*)
- 5 - Brescia (*E. Sacchetti, A. Vita*)
- 6 - Genova (*M. Amore*)
- 7 - Padova (*P. Santonastaso*)
- 8 - Bologna (*D. De Ronchi*)
- 9 - Parma (*C. Marchesi*)
- 10 - Firenze (*S. Pallanti*)
- 11 - Firenze (*C. Faravelli*)
- 12 - Pisa (*L. Dell'Osso*)
- 13 - Siena (*A. Fagiolini*)
- 14 - L'Aquila (*M. Casacchia, R. Roncone*)
- 15 - L'Aquila (*A. Rossi*)
- 16 - Chieti (*M. di Giannantonio*)
- 17 - Roma La Sapienza (*M. Biondi*)
- 18 - Roma La Sapienza (*P. Girardi*)
- 19 - Roma Tor Vergata (*A. Siracusano*)
- 20 - Napoli SUN (*S. Galderisi*)
- 21 - Napoli Federico II (*G. Muscettola, A. De Bartolomeis*)
- 22 - Salerno (*P. Monteleone*)
- 23 - Bari (*A. Bertolino, O. Todarello*)
- 24 - Catania (*E. Aguglia*)
- 25 - Cagliari (*B. Carpinello*)
- 26 - Foggia (*A. Bellomo*)
- 27 - Pisa (*M. Mauri*)

Variabili inerenti alla malattia

1. Psicopatologia (PANSS, BNSS, CDSS)
2. Età di esordio psicotico
3. Trattamenti (antipsicotici tipici/atipici; integrato)
4. Adattamento premorbo (Premorbid Adjustment Scale, PAS, Fattore Sociale, Fattore Cognitivo)
5. Comorbilità e suicidalità
6. Sintomi extrapiramidali (St. Hans Rating Scale; parkinsonismo, discinesia, acatisia, distonia)
7. Funzioni cognitive (MCCB)
8. Cognizione sociale (TASIT, FEIT)

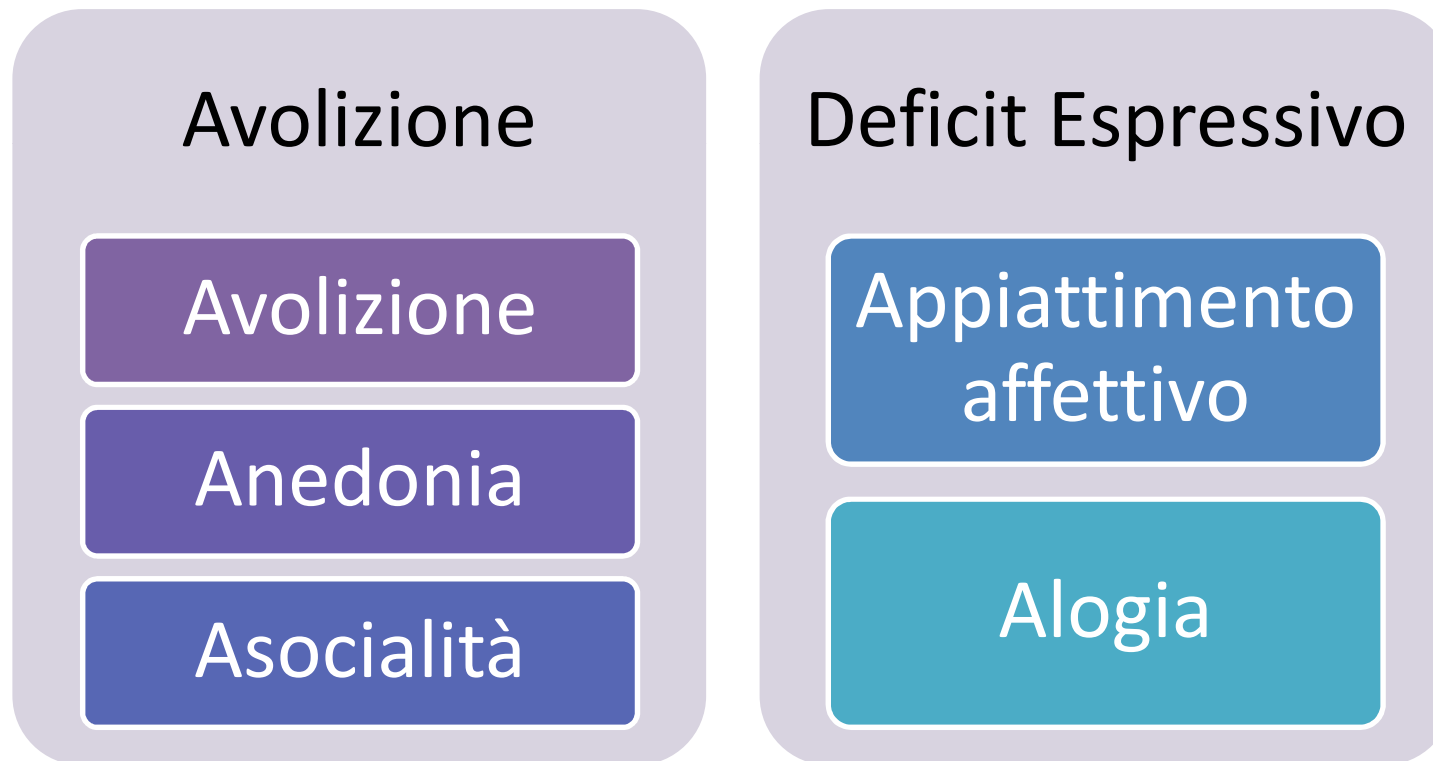
BRIEF NEGATIVE SYMPTOM SCALE (BNSS)

Kirkpatrick et al, Schizophr Bull 2011; Strauss et al, Schizophr Res 2012;

Mucci et al, Eur Psychiatry 2015

- 13 item - 5 domini dei sintomi negativi:

anedonia, asocialità, avolizione, appiattimento affettivo, alogia



La **MCCB** include **10 test neuropsicologici** per la valutazione della prestazione in **7 domini cognitivi**:



- ✓ Velocità di elaborazione
- ✓ Attenzione/Vigilanza
- ✓ Memoria di lavoro
- ✓ Apprendimento verbale
- ✓ Apprendimento visivo
- ✓ Ragionamento e problem solving
- ✓ Cognizione sociale

The Awareness of Social Inference Test (TASIT)

Esamina sistematicamente la percezione sociale.

Il TASIT usa vignette videoregistrate di situazioni sociali progressivamente più complesse e include tre sezioni che valutano diverse componenti della percezione sociale. Sono disponibili forme per la ripetizione del test dopo riabilitazione o anche per il training della percezione sociale.



Facial Emotion Identification Test (FEIT)

Esamina il riconoscimento di emozioni in foto.

Per ogni faccia il soggetto deve valutare l'emozione dominante nell'espressione che vede. Si valuta il riconoscimento di emozioni di base: paura, felicità, disgusto, rabbia, sorpresa e tristezza.

The Awareness of Social Inference Test (TASIT)



Michele ha appena sfasciato la macchina del capo.

Gianni (collega di lavoro) a Michele:

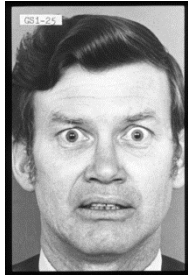
“Come sarà contento il capo! Scommetto che ti darà una promozione!”

Domande:

- 1. Gianni sta cercando di rassicurare Michele?**
- 2. Cerca di sdrammatizzare la situazione?**
- 3. Pensa che il capo sarà comprensivo?**
- 4. È sarcastico verso Michele?**

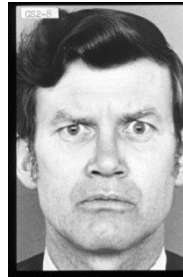
Facial Emotion Identification Test - FEIT

PAURA



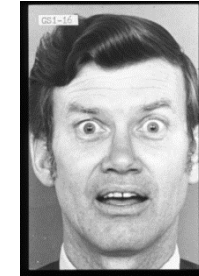
6

RABBIA



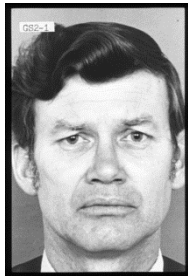
1

SORPRESA



4

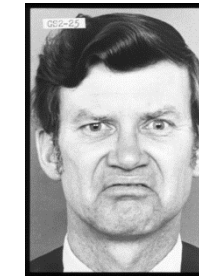
TRISTEZZA



7

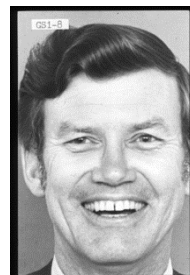
- Il test consiste nella **identificazione di emozioni di base** in immagini statiche di volti
- Il soggetto deve scegliere quale delle emozioni descrive meglio **l'espressione del volto** appena visto

DISGUSTO



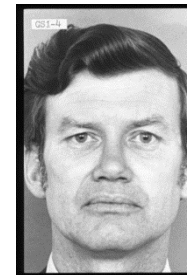
2

FELICITÀ



5

NEUTRALE



3

Valutazione della capacità funzionale

Valutazioni basate su dati osservabili (prestazione durante l'esecuzione di un compito)

- Condotte in contesti “controllati”, che non necessariamente rispecchiano il funzionamento nella vita reale

UCSD - VALUTAZIONE DELLE ABILITA' BASATA SULLA PRESTAZIONE VERSIONE BREVE (UPSA-B)

- 1A. ABILITA' FINANZIARIE: Contare i soldi e calcolare il resto

ISTRUZIONE:
Mi mostri cinque euro e tre
centesimi in monete



UCSD - VALUTAZIONE DELLE ABILITA' BASATA SULLA PRESTAZIONE VERSIONE BREVE (UPSA-B)

■ 1B. ABILITA' FINANZIARIE: Pagamento di bollette

Materiali: Bolletta Elettricità e Facsimile di un bollettino postale

<i>Fatturazione del periodo dal 5 dicembre 2007 al 5 febbraio 2008</i>			
Quadro Sintetico punto n. 9910018605			
- <i>Fornitura Intestata a:</i> ROSSI LUIGI VIA VITRUVIO 13 20124 MILANO (MI)			
<i>Cadenza di fatturazione bimestrale</i> - Deposito Cauzionale 0,00 Euro			
Tariffa : D2 residente 3 kW			
Tensione : 220 Volt - Potenza impegnata 3,00 kW a disposiz. 3,30 kW			
Totale Costi Fornitura			32,05 Euro
Totale Imposte			0,00 Euro
Totale Fornitura Energia Elettrica e Imposte			32,05 Euro
Totale I.V.A. su base imponibile di 32,05 Euro			3,21 Euro
Totale Oneri Diversi			-0,26 Euro
Totale Bolletta			35,00 Euro
Pagamento			
<i>Effettuare un versamento sul conto corrente postale 12375 intestato a "AEM Spa" e indicando nella causale: fornitura elettricità.</i>			
Consumi e letture			
- <i>Codice Presa:</i> IT012E00721563			
Contatore n. 237417012Z00005269			
- <i>Letture presunta</i>	del 04.12.2007	70315,00	
- <i>Letture presunta</i>	del 05.02.2008	70559,00	244 kWh
Consumo Energia Attiva			244 kWh

ISTRUZIONE:

Immagini di ricevere questa bolletta per posta dalla compagnia elettrica.
Compili il bollettino postale in tutte le sue parti.

La valutazione del funzionamento nella vita reale

- **Specific Level of Functioning Assessment Scale (SLOF)**
 - Cura di sé
 - Relazioni interpersonali
 - Accettabilità sociale
 - Attività
 - Capacità lavorative

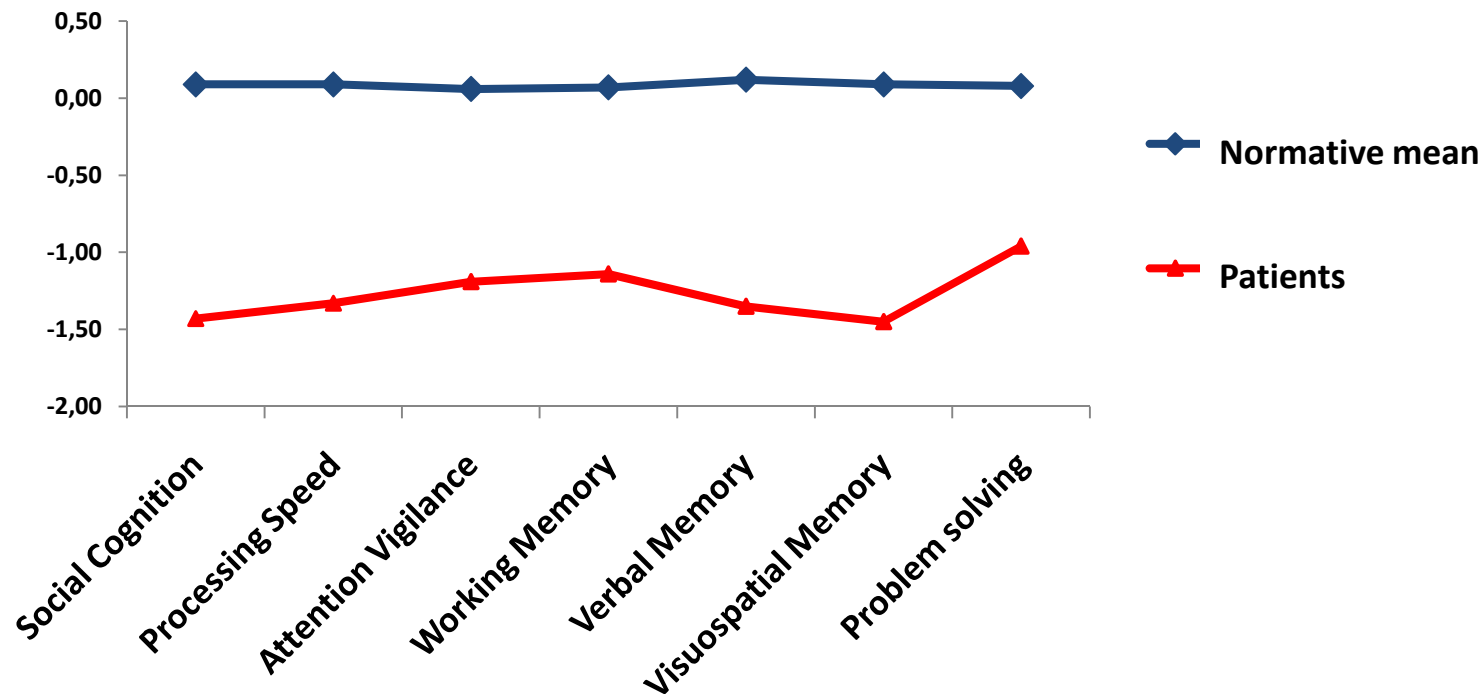
**Schneider & Struening, Social Work Res Abs 1983;
Mucci et al, Schizophr Res 2014.**

Cognitive impairment in schizophrenia

from the Italian Network for Research in Psychoses

Normative Italian sample: N=780 subjects representative of the Italian general population stratified for age, gender, educational level and geographical area

Patients: N=922 community dwelling, stabilized patients with schizophrenia



All pairwise comparisons $p < 0.001$

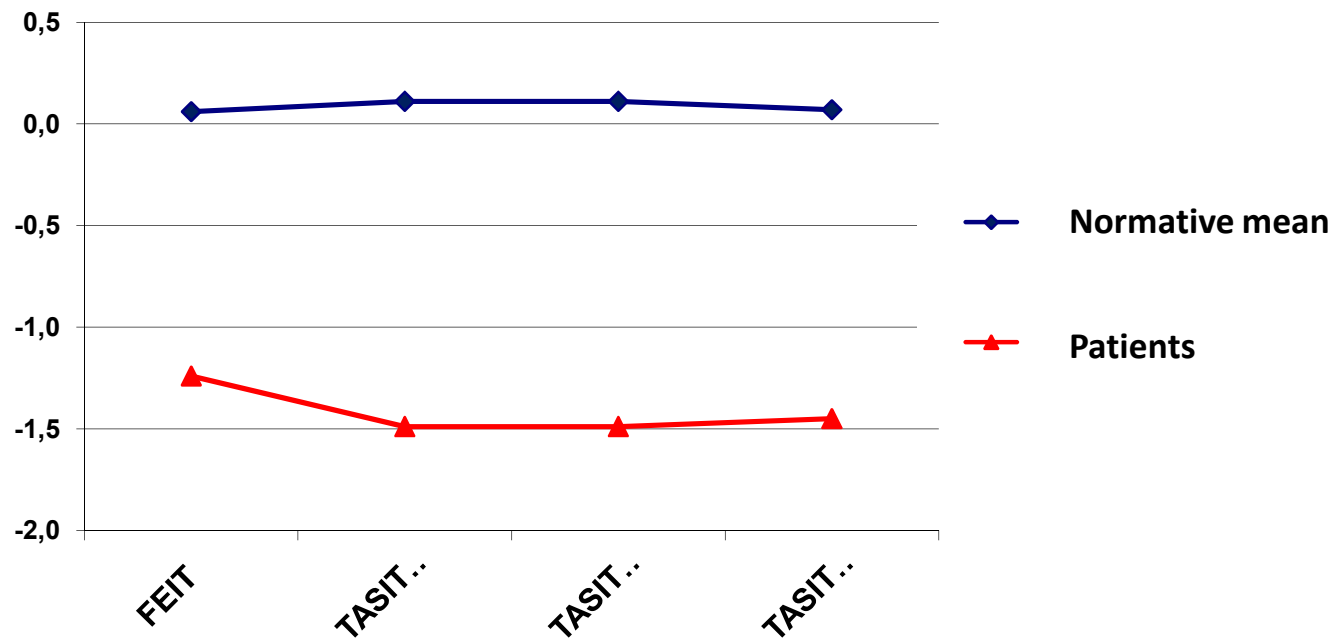
(Mucci et al, in preparation)

Social Cognition impairment in schizophrenia

from the Italian Network for Research in Psychoses

Normative Italian sample: N=780 subjects representative of the Italian general population stratified for age, gender, educational level and geographical area

Patients: N=922 community dwelling, stabilized patients with schizophrenia

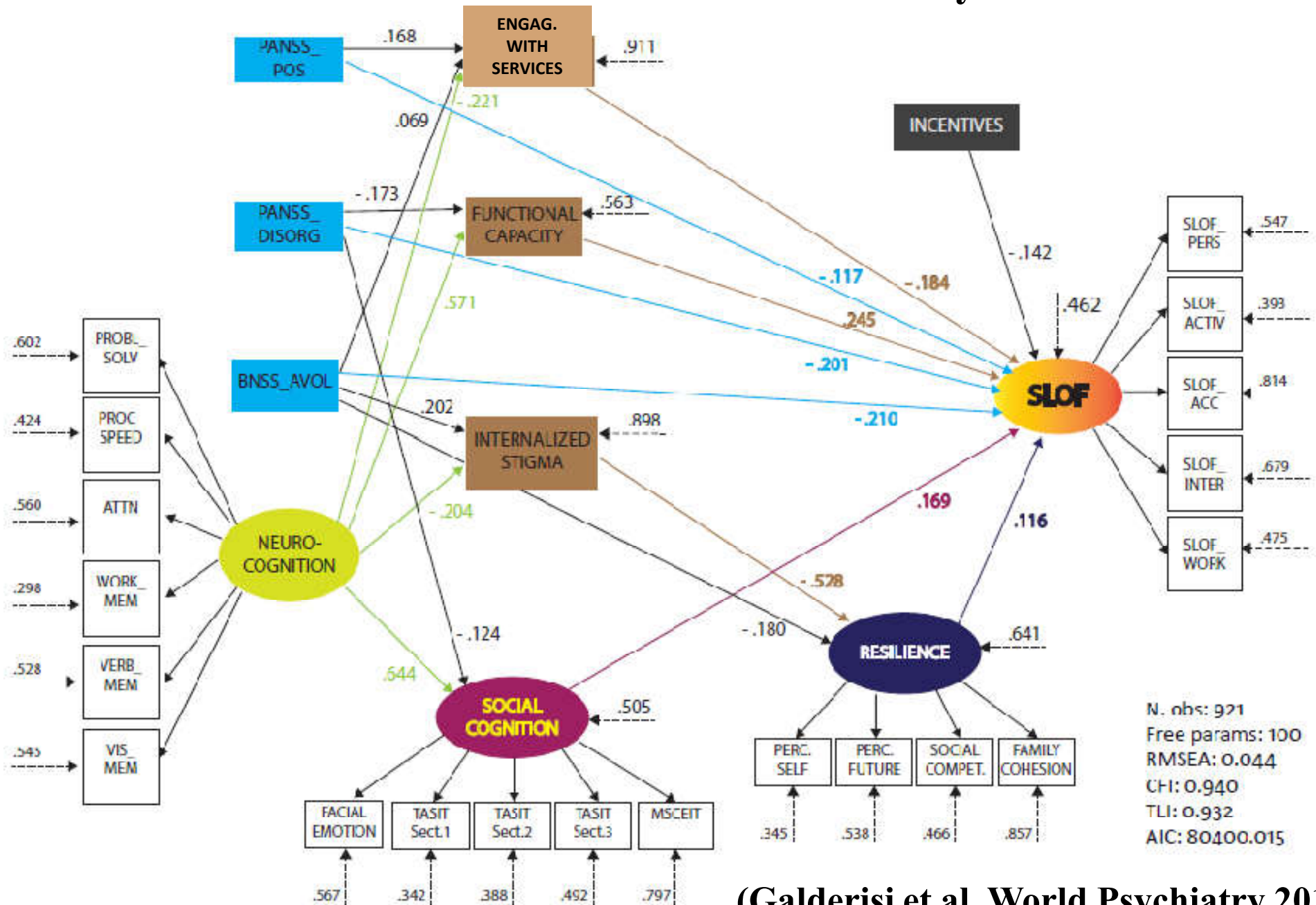


FEIT=static emotion recognition; TASITS1=dynamic emotion recognition; TASITS2=theory of mind-basic; TASITS3=theory of mind-enriched.

All pairwise comparisons $p < 0.001$

(Rocca et al, in preparation)

The Italian Network for Research in Psychoses

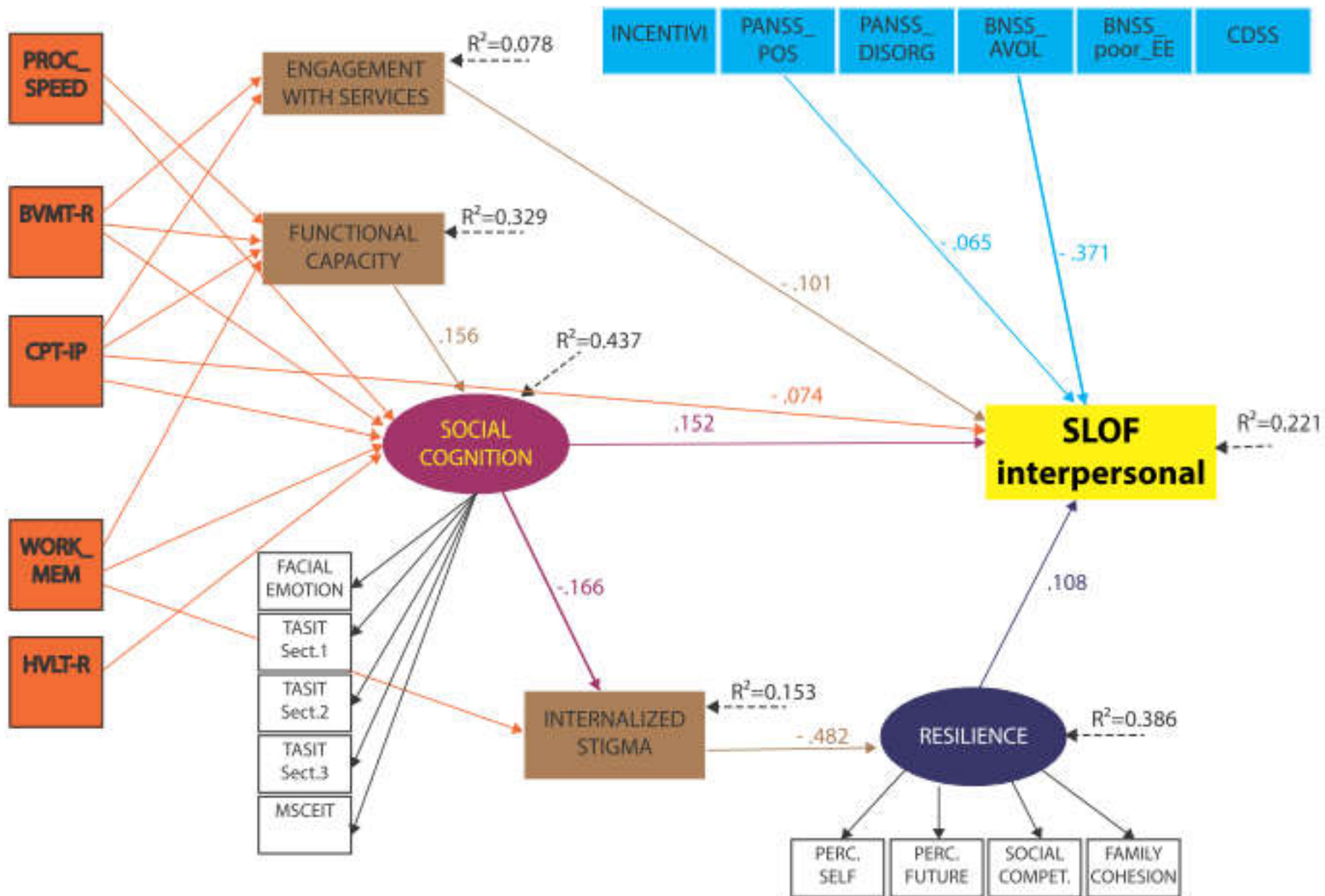


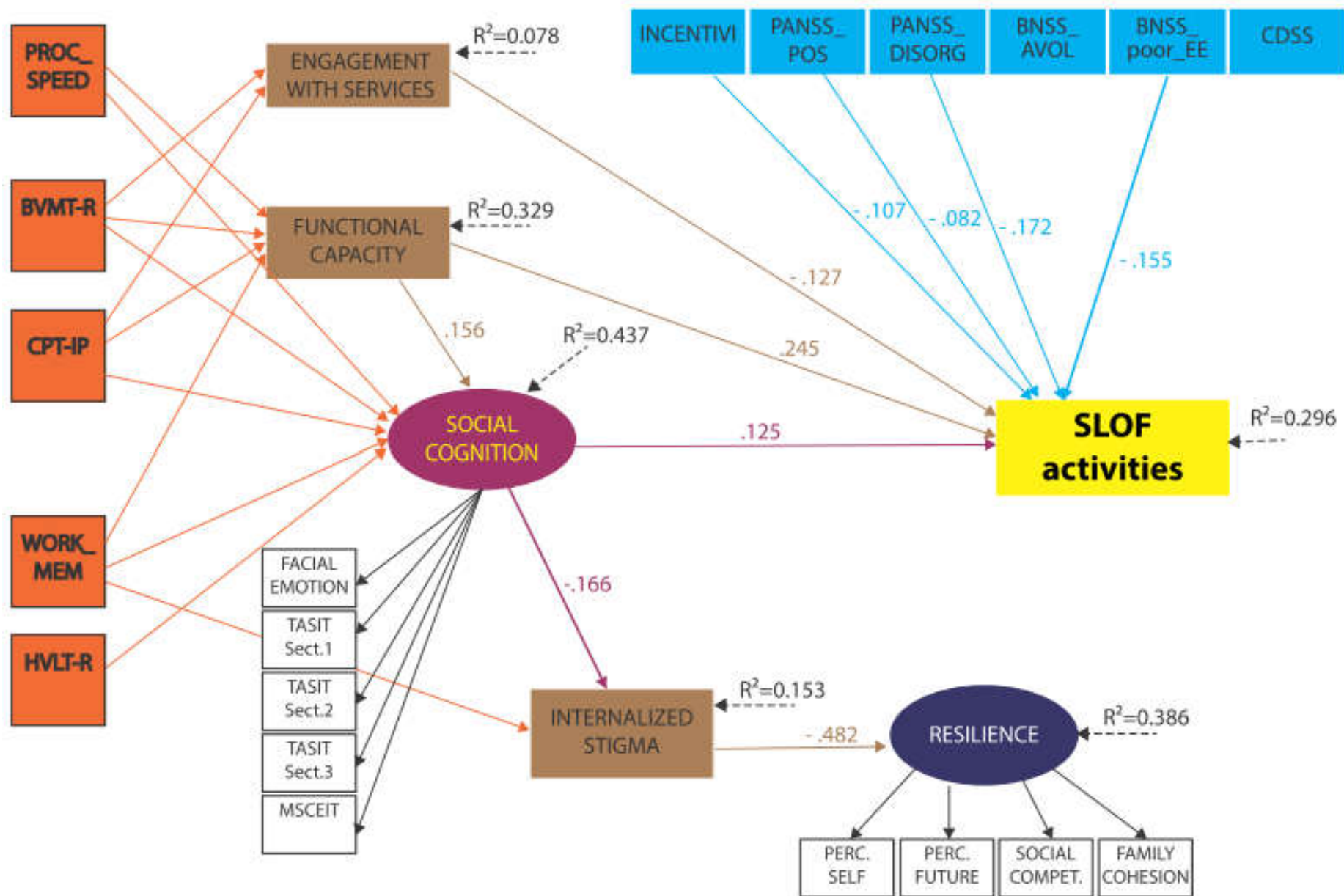
(Galderisi et al, World Psychiatry 2014)

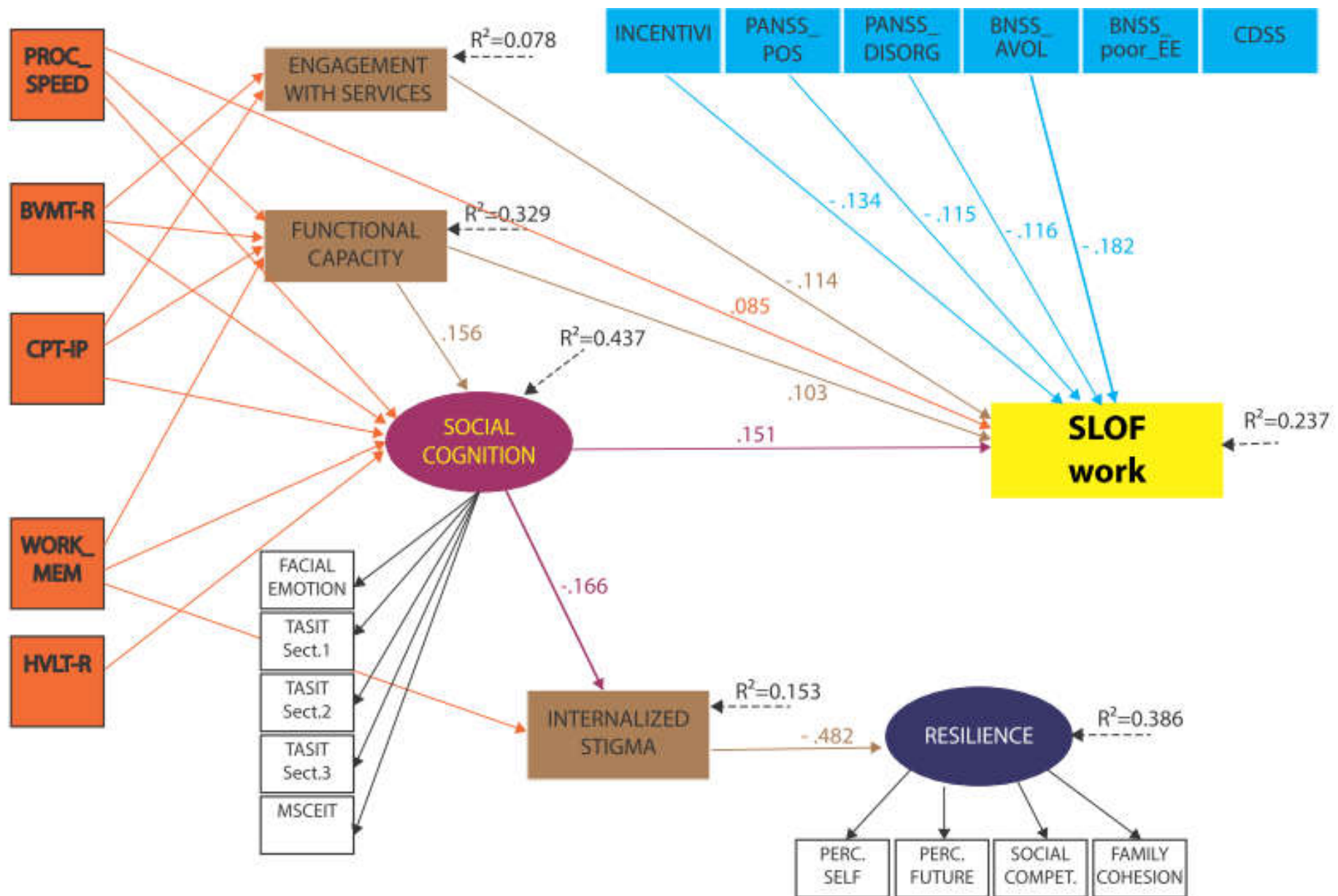
The Italian Network for Research in Psychoses

VARIABLES SHOWING SIGNIFICANT ASSOCIATION WITH FUNCTIONING	TOTAL (direct+indirect)
NEUROCOGNITIVE FUNCTIONING	0.30
PANSS DISORGANIZATION	-0.26
BNSS AVOLITION	-0.25
FUNCTIONAL CAPACITY	0.24
ENGAGEMENT WITH MENTAL HEALTH SERVICES	-0.18
SOCIAL COGNITION	0.17
PANSS POSITIVE	-0.15
INCENTIVES	-0.14
RESILIENCE	0.11
INTERNALIZED STIGMA	-0.06

(Galderisi et al, World Psychiatry 2014)







Conclusioni

- ▶ Le funzioni cognitive hanno un impatto notevole su diversi domini dell'outcome funzionale
- ▶ Per la scarsa efficacia dei trattamenti farmacologici e psicosociali non specifici sulle funzioni cognitive è necessario sperimentare altre strade
- ▶ Il rimedio neurocognitivo e della cognizione sociale dovrebbe essere previsto in ogni trattamento integrato

Centro per la cura e lo studio delle psicosi

Silvana Galderisi

Armida Mucci - Paola Bucci

Eleonora Merlotti - Giuseppe Piegari



Marcello Chieffi

Annarita Vignapiano

Davide Palumbo

Teresa Campana

Stefania De Simone

Valentina Montefusco

Giuseppe Plescia

Maria Reale

Anna Suraci

Teresa Tallerico

Giulia Maria Giordano

Federica Caputo

Grazie per l'attenzione

armida.mucci@gmail.com

Stile di guarigione e rapporti con i servizi: strumenti

Recovery Style Questionnaire (RSQ; Drayton et al., 1998)

L'RSQ è una misura self-report, studiata per rispecchiare le categorie sviluppate da McGlashan et al (1977).

Vengono classificati quattro stili di guarigione:

- integrazione
- un quadro misto in cui predomina l'integrazione
- un quadro misto in cui predomina il 'sealing over'
- sealing over.

Punteggi alti corrispondono a 'sealing over'

Resilience Scale for Adults (RSA)

L'RSA è costituita da 33 item che misurano le risorse protettive intrapersonali e interpersonali che possono facilitare l'adattamento e la tolleranza allo stress ed agli eventi di vita avversi.

Comprende 6 fattori:

1. **Forza Personale**, contenente due sottofattori 1a. Percezione Positiva di sé (6 item) e 1b. Percezione Positiva del futuro (4 item);
2. **Competenza Sociale** (6 item);
3. **Stile Strutturato** (4 item);
4. **Coesione Familiare** (6 item e
5. **Risorse Sociali** (7 item)

Services Engagement Scale (SES; Tait et al; 2002)

La SES è una misura composta da 14 item, dove punteggi alti indicano scarsi rapporti con i servizi.

Lo Stigma può essere definito come perdita di ruolo sociale e discriminazione dovuta a stereotipi negativi che sono stati associati, in un particolare ambiente socioculturale, ad una caratteristica umana, quale ad esempio la malattia mentale (Link and Phelan, 2001; Ritsher et al, 2003; Lysaker et al, 2007).

L'interiorizzazione dello stigma associato alla malattia mentale grave influenza l'autostima e il funzionamento nella vita reale (Link and Phelan, 2001; Ritsher et al, 2003; Lysaker et al, 2007).

“Internalized Stigma of Mental Illness”(ISMI)

(Ritsher et al, 2003; Lysaker et al, 2007)

L'ISMI è una scala che include 29 item e 5 sottoscale per l'autovalutazione dell'esperienza soggettiva dello stigma. Ogni item viene valutato su una scala Likert a 4 livelli, in cui i punteggi alti indicano un maggiore livello di stigma interiorizzato.

Le 5 sottoscale sono: Alienazione, Interiorizzazione degli stereotipi, Esperienze di discriminazione, Ritiro sociale e **Resistenza allo stigma**.