

# Intervento Familiare Psicoeducativo (IPF)

- Intervento psicologico ad orientamento cognitivo-comportamentale che ha lo scopo di migliorare la qualità di vita del paziente e del suo nucleo familiare
- Tiene conto dei fattori biologici e psicologici implicati nei disturbi mentali gravi
- Segue i principi dell'approccio biopsicosociale per la cura dei disturbi mentali gravi

# Approccio biopsicosociale per la cura dei disturbi mentali

## Scopi

- Aumentare le abilità individuali e familiari di affrontare le situazioni problematiche
- Riequilibrare gli aspetti biologici associati ai disturbi mentali
- Aumentare i punti di forza familiari e sociali su cui un individuo vulnerabile può contare
- Ridurre le tensioni nell'ambiente di vita

## IPF – Componenti dell'intervento

- Valutazione
- Informazione
- Intervento sulle abilità di comunicazione
- Intervento sulle abilità di risolvere problemi/raggiungere obiettivi

## IPF - Caratteristiche

- Orientamento cognitivo-comportamentale
- Coinvolgimento del paziente come esperto del suo disturbo
- Uso di materiale scritto
- Esercizi di verifica
- Uso da parte di operatori sanitari con ruoli diversi
- Dimostrata efficacia ed efficienza clinica e sociale

# Intervento Psicoeducativo Familiare

## Influenze

- Studi su:

Emotività familiare espressa

Carico familiare

Strategie per far fronte allo stress

- Teoria della vulnerabilità genetica alla schizofrenia

## Expressed Emotion (EE)

Valutazione delle relazioni interpersonali attraverso la CFI

- criticismo
- ostilità
- eccessivo coinvolgimento emotivo
- comprensione empatica
- commenti positivi

## E.E.: Analisi dei commenti critici (Brown, 1972)

1/3 per comportamenti e sintomi produttivi  
(aggressività, deliri, allucinazioni)

2/3 per comportamenti e sintomi negativi (apatia,  
inerzia, appiattimento affettivo)

## E. E.

Vaughn e Leff: studi su EE e ricadute a nove mesi dalla dimissione in pazienti con schizofrenia:

HEE 51-58% vs. LEE 13-16%

HEE + contatto diretto <35 ore alla settimana: 28%

HEE + farmaci: 25%

HEE + contatto diretto <35 ore alla settimana + farmaci: 15%

Tasso medio di ricadute basato su 23 studi naturalistici:

HEE 48% vs. LE 21% a 12 mesi

HEE 61% vs. LEE 27% a 24 mesi



## De-istituzionalizzazione e assistenza psichiatrica territoriale in Europa - 1980

- Diminuzione dei posti letto
- Riduzione dei tempi di degenza
- Modelli territoriali di cura
- Famiglie come principali *caregivers*

## Disturbi mentali e coinvolgimento familiare

- Tra il 40 e l'80% dei pazienti con disturbi mentali sono in stretto contatto o vivono con le famiglie di origine
- Dopo un primo ricovero, il 60% dei pazienti torna a vivere in famiglia
- Metà dei pazienti con schizofrenia ha contatti con almeno un familiare, 1/3 li incontra almeno 1 volta alla settimana

## Carico Familiare

**Difficoltà legate all'assistenza e alla convivenza con un congiunto malato**

Difficoltà pratiche:

lavorative  
economiche  
nelle attività ricreative  
nei rapporti sociali  
nelle relazioni familiari

Problemi psicologici:

senso di colpa  
sentimento di perdita  
ansia  
depressione  
tensione  
disturbi psichiatrici minori  
stigma

## Morbidity associated with *caregiving*

- Più disturbi fisici e mentali nei familiari
- Sintomi quali insonnia, cefalea, irritabilità, affaticamento, dolori muscolari
- Alto utilizzo di servizi di medicina di base e specialistici
- Alta prevalenza di disturbi depressivi

## Carico familiare nelle psicosi

- Metà dei familiari presenta livelli di stress da moderati a gravi stabili nel tempo
- I familiari sono soprattutto preoccupati quando il paziente ha irrequietezza, disturbi del sonno, ostilità verbale e fisica, idee di suicidio, depressione
- I familiari riferiscono maggiori difficoltà quando il paziente ha scarse abilità sociali, pochi interessi, scarsa cura di sé

## Carico nei minori

- difficoltà pratiche: nelle relazioni sociali e nella vita scolastica
- problemi psicologici: sensi di colpa, imbarazzo, difficoltà a comunicare con i congiunti ammalati
- difficoltà a comprendere la natura dei disturbi dei genitori
- sostegno professionale disponibile solo nella metà dei casi in cui sarebbe utile
- Esclusione dei bambini dai piani terapeutici

# Fattori di rischio di carico familiare

## Caratteristiche socio-demografiche dei familiari

- sesso femminile
- basso livello di istruzione
- essere il coniuge del paziente

# Fattori di rischio di carico familiare

## Caratteristiche cliniche della malattia

- funzionamento sociale scadente
  - lunga durata di malattia
- presenza di sintomi negativi e di comportamenti disturbanti
  - numero elevato di ospedalizzazioni



## Fattori protettivi dal carico familiare

- Rete sociale
- Abilità dei familiari di affrontare il carico

## Coping

Come un individuo cerca di affrontare le situazioni sia da un punto di vista cognitivo che comportamentale

- Problem-oriented coping strategies
- Emotion-focused coping strategies

## Risultati studio BIOMED su carico familiare e coping nella schizofrenia

A distanza di un anno, il carico familiare cambia se:

- a) i familiari sono diventati più comprensivi verso il paziente
- b) è aumentato il sostegno sociale pratico
- c) sono migliorate le condizioni cliniche del paziente
- d) è diminuita la disabilità del paziente

# La situazione italiana: lo studio I-709

## Obiettivi

### Documentare

- gli interventi ricevuti dai pazienti con schizofrenia
- il carico familiare
- il sostegno sociale e professionale ricevuto dai familiari
- le opinioni dei familiari sulla schizofrenia

### Verificare

- differenze in relazione all'area geografica e alla densità di popolazione
- l'impatto della rete sociale, delle opinioni e degli interventi sul carico

## Metodologia

Coinvolgimento con campionamento casuale stratificato per area geografica e densità di popolazione di 30 CSM, in ciascuno dei quali sono stati selezionati:

25 pazienti

- Di età compresa tra 18 e 70 anni
- In carico al CSM da almeno 6 mesi
- Con una diagnosi ICD-10 di schizofrenia
- Con almeno un episodio psicotico negli ultimi 3 anni
- Non ricoverati nei 3 mesi precedenti
- Non conviventi con familiari affetti da disturbi mentali o fisici gravi

25 familiari

- Di età compresa tra 18 e 80 anni
- Conviventi col paziente per almeno 5 giorni alla settimana negli ultimi 9 mesi

## Caratteristiche cliniche dei 709 pazienti con schizofrenia

- Sintomi lievi-moderati alla BPRS
- Deficit da medio/moderato a marcato nelle relazioni sociali e nelle attività occupazionali, secondo AD
- disfunzione dell'area lavorativa: 95%
- disfunzione nelle relazioni affettive: 97%
- ipoattività, isolamento sociale, ridotta partecipazione alla vita familiare e diminuito interesse per le attività culturali e l'informazione: 80 - 86%

## Caratteristiche socio-demografiche dei 709 familiari

<b>Sesso, M %</b>	29
<b>Età, anni, m (sd)</b>	57.1 (12.6)
<b>Relazione con il paziente, %</b>	
Genitore	68
Coniuge	10
Altro	22
<b>Scolarità, anni, m (sd)</b>	7.2 (4.0)
<b>Occupazione, %</b>	28
<b>N° di anni con il paziente, m (sd)</b>	29.7 (12.5)
<b>Contatto quotidiano con il paziente, ore, m (sd)</b>	8.3 (3.4)

## Carico familiare oggettivo

	Sempre/spesso %
Ho dovuto svegliarmi di notte	22
Ho dovuto trascurare i miei hobby e le cose che mi piace fare nel tempo libero	45
Ho avuto difficoltà a fare gite di domenica	38
Ho avuto difficoltà ad invitare amici a casa	31
Ho avuto difficoltà ad incontrare i miei amici e le persone con cui mi piace passare il tempo libero	33
Ho avuto difficoltà a svolgere il mio lavoro o le faccende di casa o ho dovuto assentarmi da scuola o dal lavoro	22
Ho dovuto trascurare altri familiari	21
Ho avuto difficoltà ad andare in vacanza	47



## Carico familiare soggettivo

	Sempre/spesso %
Sento di non riuscire a reggere questa situazione ancora a lungo	38
Ho pianto o mi sono sentito depresso	45
Sono preoccupato per il futuro di altri familiari	40
Quando sono in un luogo pubblico con P, sento che tutti ci guardano	21
Mi sento in colpa per aver trasmesso la malattia a P	9
Penso che se P non avesse questi problemi, tutto andrebbe bene nella nostra famiglia	62
Quando penso a come P era prima e come è adesso, provo un grande dolore	83

## Risultati - Interventi psicosociali

- L'80% dei familiari è in contatto con il CSM
- L'8% dei familiari segue un intervento psicoeducativo
- Un intervento paziente-famiglia è riferito nel 31%
- Nel 49% la famiglia è in contatto col servizio ma il paziente non riceve alcun intervento riabilitativo
- Il 35% dei pazienti riceve un intervento riabilitativo

- Nel 4% dei casi, agli interventi riabilitativi forniti al paziente non si associa un contatto familiare
- Il 40% dei familiari afferma di avere avuto poche informazioni dagli operatori su cosa fare se il paziente ha comportamenti disturbanti
- Il 76% è sicuro o quasi di ricevere aiuto dagli operatori psichiatrici in situazioni di emergenza

## I- 709

### Il carico è più marcato nei familiari

- di pazienti con più disabilità e sintomi psichiatrici
- con meno sostegno sociale pratico e affettivo
- che riconoscono meno diritti e competenze ai pazienti
- con minor sostegno professionale
- Che sono genitori o di pazienti disoccupati
- Che vivono al Sud
- Se il paziente riceve un intervento solo farmacologico

## Teoria della vulnerabilità genetica alla schizofrenia

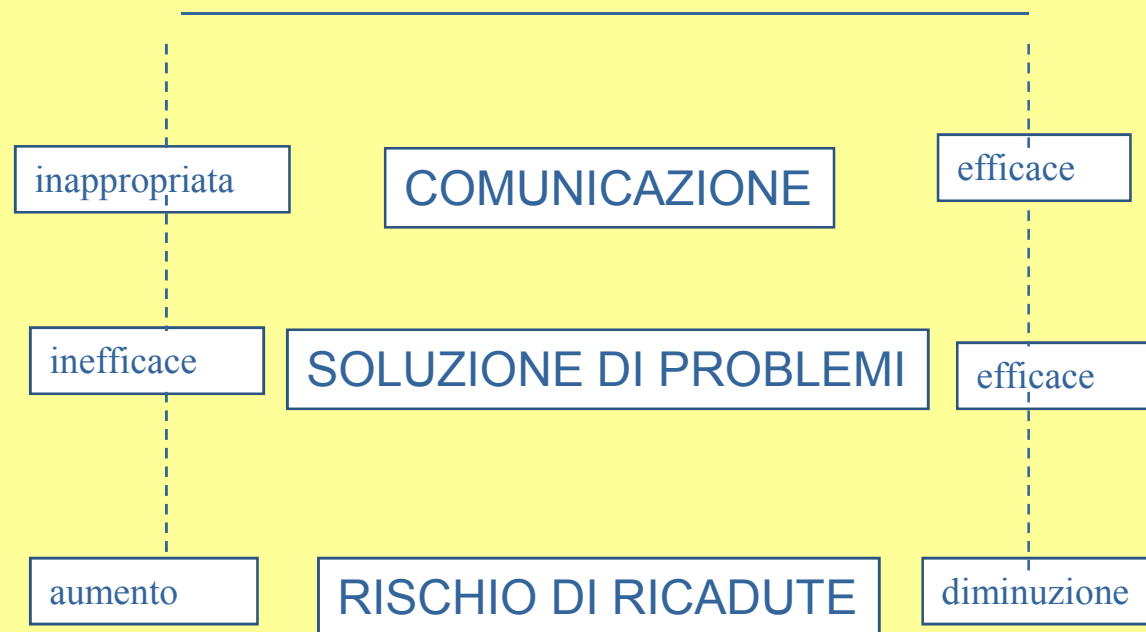
La schizofrenia si rende evidente in individui portatori di una vulnerabilità genetica (in parte ereditaria e in parte acquisita) in seguito all'intervento di "eventi stressanti". Essa tende ad avere un decorso episodico e può cronicizzarsi prevalentemente sotto l'influsso di fattori socio-ambientali

# Intervento Psicoeducativo Familiare (IPF)

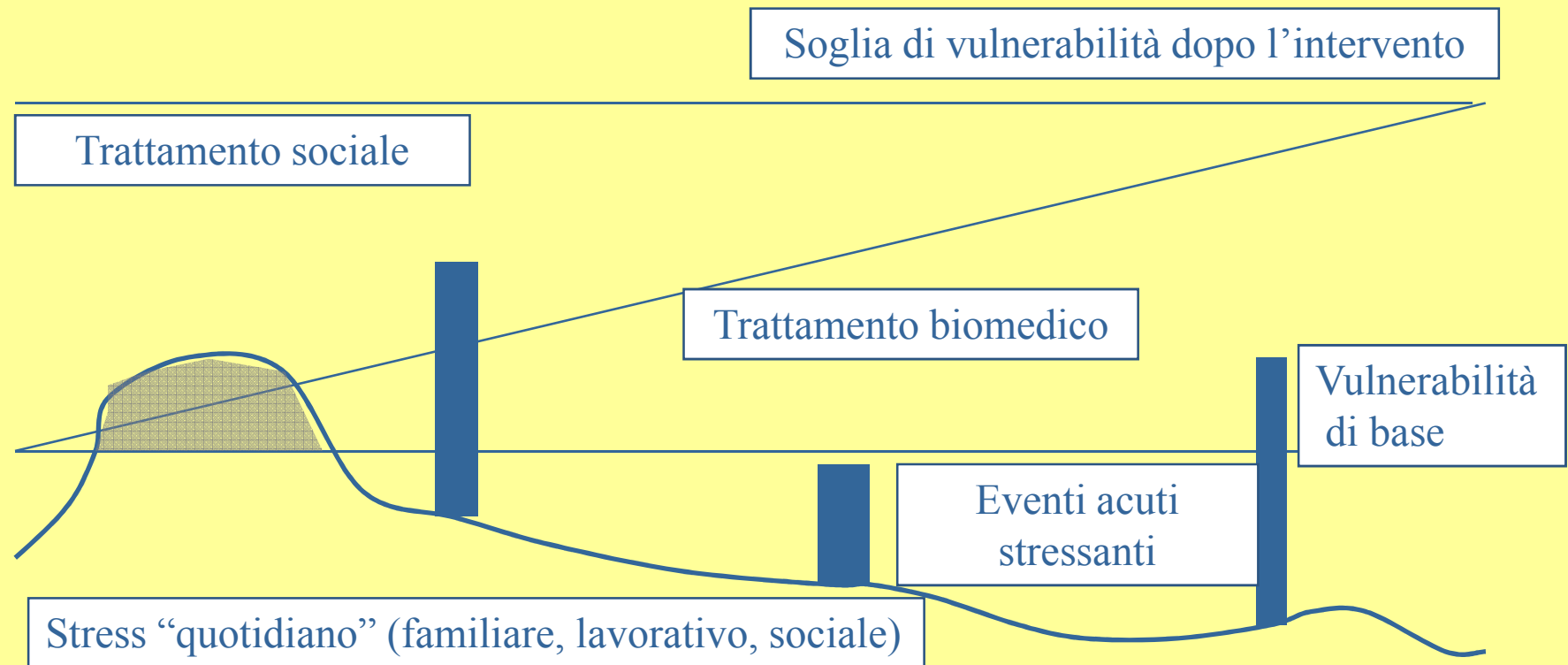
## Obiettivi

- Informare i familiari sui disturbi del paziente e le cure disponibili
- Aiutare i familiari a migliorare le abilità di comunicazione
- Aiutare i familiari ad affrontare le situazioni problematiche
- Incoraggiare i familiari a mantenere una buona rete sociale

# Tensione intrafamiliare + Eventi stressanti



# Modello di integrazione stress e vulnerabilità nella genesi degli episodi di schizofrenia



## **Caratteristiche comuni “di successo” degli IPF nella schizofrenia**

- Adesione al modello stress-vulnerabilità alla schizofrenia
- Uso di terapia farmacologica
- Inizio dell'intervento durante o subito dopo un episodio acuto
- Sviluppo di una alleanza costruttiva tra famiglia e operatore di riferimento
- Partecipazione del paziente ad almeno alcuni degli incontri familiari
- Conduzione di almeno alcuni degli incontri a domicilio
- Conduzione di almeno qualche seduta informativa
- Orientamento cognitivo-comportamentale con enfasi su temi quotidiani
- Miglioramento delle abilità familiari di problem solving
- Cambiamento nelle modalità di comunicazione



## IPF nelle psicosi

- **Sono di provata efficacia**

- Ricadute a 9 mesi: 6 - 23 % vs. 40 - 53 % vs. altro intervento
- Ricadute a 2 anni: 17 - 44 % vs. 59 - 83 % vs. altro intervento

- **Sono raramente disponibili nella routine**

- 0 - 15 % in Europa
- 8 % nei servizi di salute mentale italiani

Dati di un nostro studio in 23 DSM suggeriscono che gli interventi psicoeducativi familiari sono fattibili nei servizi pubblici e hanno un impatto significativo sugli esiti clinici e sociali delle patologie psicotiche

## Disabilità e rete sociale T 0 vs. T 6

Pazienti	Trattati (N= 36)		In attesa (N= 26)	
	T 0	T 1	T 0	T 1
DISABILITA', m (SD)	3.5 (0.9)	3.0 (0.8) <sup>c</sup>	3.7 (0.9)	3.4 (1.0)
Isolamento sociale	3.2 (0.8)	2.9 (0.8) <sup>a</sup>	3.0 (1.0)	2.9 (0.9)
Attrito nei contatti sociali	2.8 (0.8)	2.4 (0.6) <sup>a</sup>	2.4 (0.7)	2.4 (0.7)
Interesse per un lavoro	3.7 (1.2)	3.2 (1.1) <sup>b</sup>	4.3 (1.1)	3.9 (1.3)
Interessi	2.8 (0.8)	2.5 (0.8) <sup>a</sup>	3.0 (0.9)	2.7 (0.6)
SOSTEGNO PRATICO	3.0 (0.8)	3.3 (0.7) <sup>a</sup>	3.0 (0.8)	3.1 (0.8)

a = p<.05; b = p<.01; c = p<.001; d = p<.0001

## Carico e risorse familiari T0 vs. T 6

	Trattati (N= 57)		In attesa (N= 43)	
	T 0	T 1	T 0	T 1
Carico oggettivo, m (sd)	1.9 (0.7)	1.8 (0.6) <sup>a</sup>	2.0 (0.7)	1.7 (0.6) <sup>a</sup>
Carico soggettivo, m (sd)	2.4 (0.6)	2.2 (0.6) <sup>c</sup>	2.2 (0.6)	2.0 (0.5) <sup>b</sup>
Contatti sociali, m (sd)	2.2 (0.6)	2.4 (0.5) <sup>a</sup>	2.4 (0.7)	2.4 (0.6)
Aiuto sociale, m (sd)	2.1 (0.8)	2.3 (0.8) <sup>a</sup>	2.5 (0.8)	2.5 (0.8)
Aiuto professionale, m (sd)	2.9 (0.5)	3.2 (0.5) <sup>d</sup>	2.8 (0.7)	3.0 (0.6)

a = p<.05; b = p<.01; c = p<.001; d = p<.0001

## Risultati su tutti i casi trattati per sei mesi

	<b>T 0</b>	<b>T 1</b>
<b>Pazienti (n=48)</b>	M (sd)	M (sd)
BPRS ansia/depressione	2.6 (1.0)	2.3 (0.9) <sup>b</sup>
BPRS sintomi negativi	2.5 (1.0)	2.2 (0.9) <sup>a</sup>
BPRS sintomi positivi	2.4 (1.0)	2.2 (1.0) <sup>a</sup>
DISABILITA'	3.5 (0.9)	3.0 (0.8) <sup>c</sup>
SOSTEGNO PRATICO	3.0 (0.8)	3.3 (0.7) <sup>a</sup>
<b>Familiari (n=56)</b>		
CARICO OGGETTIVO	2.0 (0.7)	1.8 (0.6) <sup>a</sup>
CARICO SOGGETTIVO	2.4 (0.6)	2.2 (0.6) <sup>b</sup>
AIUTO SOCIALE	2.1 (0.8)	2.2 (0.8) <sup>a</sup>
AIUTO PROFESSIONALE	2.9 (0.5)	3.2 (0.5) <sup>c</sup>

a = p<.05; b = p<.01; c = p<.001

## IPF - Fasi principali

- Aggancio del nucleo familiare
- Valutazione individuale
- Valutazione familiare
- Sedute informative
- Sedute sulle abilità di comunicazione
- Sedute sulle abilità di risolvere problemi/raggiungere obiettivi