



CONGRESSO NAZIONALE SIDIN 2019

“Qualità di Vita e paradigmi scientifici. Modelli, misure, esiti”.

Rivalutazione clinica e testale di un paziente schizofrenico con sintomi di disattenzione e iperattività: ri-orientamento del percorso terapeutico-riabilitativo sul modello del neurosviluppo e della qualità di vita

J. Santambrogio^{1*}, G. Nevoso², J. Maissen³, M. Santini⁴, A. Giancontieri⁵, B. Perera⁵, A. Bianco⁶, M. O. Bertelli¹, M. Clerici¹, P. R. Cavalleri¹

¹ Fondazione AS.FRA., CPA “Casa San Paolo”, Vedano al Lambro
² Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza
³ Centro Ricerca E Ambulatori (CREA), Fondazione San Sebastiano, Firenze
⁵ Barnet, Enfield and Haringey Mental Health Trust, Haringey LD partnership, River Park House, London

INTRODUZIONE e SCOPO DELLO STUDIO

Crescenti evidenze mostrano come i disturbi del neurosviluppo siano misdiagnosticati come «Schizofrenia», questo accade per la Disabilità Intellettiva (DI) i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) e anche per l'ADHD che possono presentare in comorbidità cluster sintomatologici dell'area psicotica, senza però giustificare una diagnosi primaria di Schizofrenia. Questo processo avviene per lo più per il passaggio di pazienti con disturbi del neurosviluppo dalla Neuropsichiatria infantile (NPI) alla Psichiatria che tende ad «etichettare» come «Schizofrenia» quadri diagnostici che secondo il DSM-5 vedono un proprio ambito specifico di appartenenza. L'ADHD è un disturbo di base con una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che condiziona le modalità di accesso dell'individuo ad interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti, all'analisi delle reazioni emotive. Vi sono diverse presentazioni cliniche: disattento, iperattivo/impulsivo, combinato. I tassi di comorbidità sono elevati e vedono principalmente la presenza di disturbi dello spettro ansioso, depressivo, DI, ASD, psicosi (Anker et al. 2018). L'assessment diagnostico prevede l'utilizzo di diverse tipologie di strumenti auto ed etero somministrati. In presenza di DI la DIVA-5-ID è il gold-standard, con una sezione specifica per il funzionamento psichico fino ai 12 anni ed una sezione per l'età adulta, come previsto dal DSM-5. I trattamenti finalizzati alla cura del disturbo sono di tipo farmacologico e riabilitativo. I primi vedono l'utilizzo di stimolanti o atomoxetina, i secondi prevedono la strutturazione di interventi psico-educativi finalizzati ad una conoscenza del disturbo, un miglioramento nella capacità di organizzarsi, riduzione dell'impulsività e della disattenzione, all'instaurarsi di legami positivi. Tali interventi devono essere multimodali e multidisciplinari, comprendendo un approccio cognitivo-comportamentale, un coaching specifico sul soggetto affetto da ADHD ed una dimensione informativa per i familiari (Kooij et al, 2019). Obiettivo del lavoro è presentare un caso-singolo di paziente misdiagnosticato come schizofrenico per cui è stata fatta rivalutazione diagnostica clinica e testale nell'ipotesi di disturbo ADHD con ri-programmazione degli interventi riabilitativi.

ANAMNESI E PRESENTAZIONE CLINICA

Odisseo, seguito privatamente da uno psicoterapeuta di Milano, viene a contatto con il CPS nel 1986 (età: 20 anni), ma la presa in carico si realizza dopo 9 anni (età: 29 anni) L'esordio della malattia – stando al racconto dei genitori – si verifica all'età di 10 anni con manifestazioni ossessive: Odisseo bacia compulsivamente il pavimento e mette in atto rituali di pulizia. «Era un piccolo genio, leggeva Cesare Pavese a 10 anni» dice il padre, affermando le spiccate doti intellettuali di Odisseo bambino che però «non riusciva a stare fermo nel proprio banco e tendeva a prevaricare sugli altri già nel periodo elementari-medie». Il crollo psichico è avvenuto in IV ginnasio, periodo di insuccesso scolastico e grande frustrazione, definito da Odisseo «l'anno della paranoia (78-79)». A 17 anni viene formulata la diagnosi di “schizofrenia paranoide” giustificata dal corteo sintomatologico: preoccupazioni persecutorie, pensieri megalomani, rituali ossessivo-compulsivi, attacchi di panico, difficoltà nel controllo degli impulsi, fasi di espansività dell'umore, e, talvolta, agiti aggressivi etero-diretti nei riguardi dei familiari. Odisseo non ha mai svolto alcuna attività lavorativa, se non tirocini terapeutici con il CPS. Viene ritenuto idoneo alla visita di leva, tuttavia dopo i primi sei mesi di servizio militare viene riformato. Tra il '94 e il 2000 viene ricoverato in SPDC e in TSO più volte (dai 30 ai 36 anni) con diverse diagnosi: disturbo ipercinetico della condotta, disturbo esplosivo di personalità, disturbo di personalità, psicosi non specificata, schizofrenia residuale, schizofrenia paranoide. Dal '95 al 2010 trascorre 15 anni in CRA e in CPA a Besana Brianza. Viene ricoverato a causa dell'alta conflittualità con i genitori, in particolare con il padre, che tende sempre a svalvolizzare il figlio, non riconoscendone la malattia psichiatrica e le difficoltà conseguenti sul piano comportamentale, e a non sopportare l'esuberanza di Odisseo in relazione al quadro psicopatologico. Ancora oggi il padre fatica a riconoscere la patologia del figlio e interpreta la sintomatologia come una: “mancanza di educazione”. Durante questi anni viene seguito principalmente da uno psicologo (dott. P). Viene dimesso per questioni amministrative (scadenza dei termini). Nel giugno 2010 viene preso in carico dalla CPA “Atlantis” di Lipomo, dove non si integra nel gruppo della Comunità: dopo un mese e mezzo, infatti, la Struttura esprime difficoltà nel gestirlo rispetto agli altri ospiti, soprattutto per la sua logorrea e intrusività. Il passaggio (dopo 15 anni) ad un'altra Struttura è stato un cambiamento traumatico che ha determinato uno scompenso in Odisseo con conseguente ricovero in SPDC e dimissione dalla Comunità; in seguito, a dicembre dello stesso anno, viene portato in Clinica Zucchi, dove rimane poche settimane. Nel 2011 la presa in carico presso AS.FRA. prima in CRA (Casa Iris) con un intervallo presso La Cima a Milano di 4 anni e poi nel 2017 entra in CPA - Casa san Paolo. Durante la permanenza in CPA “Pi” sono avvenuti due ricoveri in SPDC: il primo a maggio 2018 e il secondo a dicembre 2018, a causa delle difficoltà nella gestione di Odisseo sia per quanto riguarda la relazione con gli operatori, sia per quanto riguarda quella con gli altri pazienti. Manifesta spesso lamentele rispetto alla sua storia psichiatrica e all'attuale ricovero in Comunità; polemiche, rivendicazioni e critiche che riversa sull'interlocutore in modo logorrico e vischioso, non riconoscendo le proprie condizioni psicopatologiche e di compromissione nelle autonomie di base. Desidera ardentemente di tornare a casa. Fino al 9 maggio 2019 assumeva la seguente terapia:
CLOZAPINA 550 MG
ACIDO VALPROICO 1000 MG
AMITRIPILINA 30 GTT

MATERIALI e METODI

Alla luce dell'osservazione clinica, che farebbe pensare per un quadro di disabilità intellettiva associata ad ADHD, ci si è proposti, a partire da dicembre 2018, di ri-considerare la diagnosi di Odisseo (schizofrenia paranoide) tramite i seguenti strumenti testali, finalizzati ad approfondire:

disabilità intellettiva
WAIS
Vineland Adaptive Behavior Scale (funzionamento adattivo)

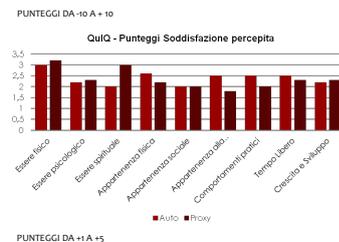
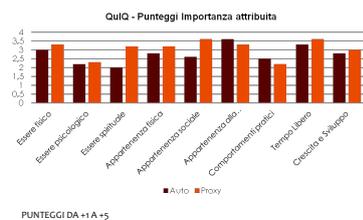
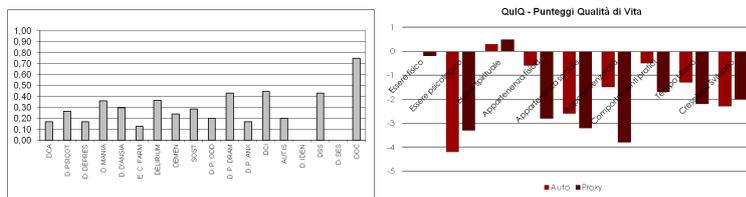
comorbidità psichiatriche nella disabilità intellettiva
SPAIDD-G (Bertelli et al, 2012)
SPAIDD-U (spettro dell'umore)
SPAIDD-P (spettro psicotico)

Assessment diagnostico specifico per ADHD
DIVA-5-ID (Kooij JJS et al, 2017)

qualità di vita del paziente
BASIQ (Strumento di indagine della Qualità di vita) (Brown I. et al, 2006)

RISULTATI

WAIS: QI tot 95; QI verb 102; QI non verb 87 scarsa performance nelle prove aritmetiche e di associazione simboli-numeri
VINELAND: COMUNICAZIONE 172/266 < alla media
ABILITA' QUOTIDIANE 224/402 nella media
SOCIALIZZAZIONE 92/268 < alla media
ABILITA' MOTORIE 99/144 < alla media
DIVA-5-ID: ADHD a tipologia presentazione combinata disattento + iperattivo-impulsivo, grado severo
SPAIDD-G: area diagnostica prevalente OSSESIVO-COMPULSIVA
Da ulteriormente approfondire le possibili comorbidità dello spettro autistico/personalità paranoide.



Le BASIQ tramite operatore di riferimento (Proxi 1) e coordinatore (Proxi 2) hanno evidenziato bassi livelli di qualità di vita del paziente (QdV Proxi 1: -1,4; QdV Proxi 2: -2,1) negativi su tutti gli item eccetto l'Essere Spirituale (che non si riferisce solo alla fede religiosa ma riguarda, con un'accezione estensiva, tutto ciò che ha a che fare con il significato soggettivo dell'esperienza). Il Proxi 2 ha attribuito punteggi di QdV più bassi (discrepanza IMPORTANZA/SODDISFAZIONE) all'area «Appartenere alla Comunità» (-1,5 Vs. -3,8) che comprende l'aver accesso ad un'educazione in comunità, un lavoro, l'aver professionisti da cui andare, avere il proprio denaro da spendere, andare in ristoranti, partecipare ad eventi; in particolare, sottolinea come il paziente non sia mai soddisfatto rispetto alle sue attese. Il Proxi 1 ha evidenziato come le Opportunità per il paziente in Comunità possano essere molte ma poi, per la patologia dirompente, in particolare sul piano relazionale, sono notevolmente ridotte e prevale un atteggiamento di esclusione da parte di pazienti e operatori. Alla luce dei risultati ottenuti sul piano diagnostico è stata introdotta in terapia Atomoxetina al dosaggio di 18 mg incrementata a 40 mg dopo 3 settimane, da portare poi a 60 mg. Non si sono sviluppati effetti collaterali né interazioni con la terapia in atto. Il paziente – che nella fase precedente all'introduzione del farmaco ha presentato conflittualità con gli operatori e umore espanso – con l'incremento di Clozapina di 100 mg (tot: 650 mg) e l'introduzione di Atomoxetina appare più stabile clinicamente.

L'intervento psicoeducativo ha seguito due linee guida principali:

- 1) progettazione di attività che si basassero su interessi e risorse personali del soggetto, in un'ottica di valorizzazione e rafforzamento delle abilità interpersonali, facendo riferimento al modello della Qualità di Vita.
- 2) interventi che supportassero le capacità di autoregolazione del paziente.

Risultati dell'intervento psicoeducativo:

- 1 → La progettazione si è declinata da un lato, attraverso l'identificazione di un'attività elettiva quale il teatro e la presentazione alla Comunità di un intervento sulla storia della musica «New Wave» e «Punk», dall'altro attraverso la costruzione di uscite finalizzate ad obiettivi concreti e definiti quali il noleggio di CD musicali in Biblioteca. Sono stati messi in atto ulteriori interventi legati al sostegno nella cura dei propri oggetti personali e alle modalità comunicative e relazionali del paziente.
- La presentazione musicale è stata apprezzata da pazienti e operatori, svalutata dal padre. E' stata una buona occasione di riflessione con operatore (Proxi 1) sull'area musicale ma ha portato ad un incremento della maniacalità. Tuttavia, ha permesso all'equipe di individuare l'area precipua di intervento e di ristrutturare delle modalità più adeguate (uscite individuali in Biblioteca e ascolto CD con relativa fase di tranquillizzazione)
- 2 → E' stato stabilito un momento strutturato di incontro con i familiari ogni 15 giorni, in affiancamento ad un operatore che funga da punto di riferimento nell'autoregolazione comunicativa, al fine di attenuare gli stressor e di creare un contesto in cui il paziente possa vivere relazioni sociali più appaganti. Tali incontri mediati da operatore stanno portando i primi risultati nel senso di una attenuazione dell'emotività espressa intra-familiare e pertanto Odisseo può godere la vicinanza dei genitori in modo meno disfunzionale.
- 3 → Per quanto riguarda le uscite finalizzate e la cura dei propri oggetti personali, sono stati condivisi punti di riferimento orari e orientativi, sia in forma scritta e in forma verbale e il paziente è stato affiancato da un operatore di riferimento al fine di interiorizzare tali indicazioni, per poi procedere con autonomia crescente.

CONCLUSIONI

Il lavoro di ridefinizione diagnostica, clinico e testale, ha permesso di guardare il paziente sotto una luce nuova: da persona «disturbante, logorrica, vischiosa, ingestibile», riferita all'area diagnostica schizofrenica, a persona portatrice di un disturbo del neurosviluppo (ADHD) con specifiche problematiche comportamentali e vulnerabilità psicopatologiche associate. E' stato pertanto introdotto un farmaco (Atomoxetina) mirato per la patologia che, associato a Clozapina, sta dando iniziali buoni risultati; unitamente, gli interventi non-farmacologici di tipo psico-educativo, modulati sulla base della tipologia specifica di paziente, stanno vedendo in prima linea il Proxi 1 negli affiancamenti mirati a potenziare quelle aree di Qualità di Vita che hanno mostrato maggiore discrepanza tra importanza attribuita e soddisfazione percepita. E' stato evidenziato come la patologia che crea un notevole disadattamento nella vita quotidiana porta intrinsecamente ad una riduzione delle opportunità da potere sperimentare nella vita di Comunità ed occorre svolgere una riflessione su come favorire una maggiore inclusione del paziente nei contesti gruppal, prendendo ad esempio le attività dove è più integrato (gruppo di teatro). Il lavoro con i familiari è una parte altrettanto rilevante del lavoro specifico per paziente con ADHD, in questo caso si tratta di persone anziane, che sono state informate sulla rivalutazione diagnostica e ne hanno preso parte fornendo informazioni tramite DIVA-5-ID sezione infantile. I colloqui preliminari agli incontri con Odisseo servono a ridurre il clima ad alta emotività espressa e, in particolare, il criticismo mostrato dal padre. Tale lavoro ad ampio raggio sta portando effetti benefici sull'equipe che riflette sulle modalità di intervento stimolo/limitazione e sulla conoscenza dei familiari. In tal modo il paziente «cronico e istituzionalizzato» che vive in sé dinamiche di «prisonizzazione» e ne fa una continua lamentela, può riscoprire un luogo accogliente di cura e pensare al suo progetto di vita. Ha accolto in modo disponibile la comunicazione sulla rivalutazione diagnostica e il percorso riabilitativo in atto per lui.