



**ABILITĂȚILE SENZORIALE, MOTORII ȘI DE PROCESARE
LA PACIENȚII ADULȚI CU SCHIZOFRENIE,
ÎN COMPARAȚIE CU SEVERITATEA SIMPTOMELOR**

2 noiembrie, 2021_România

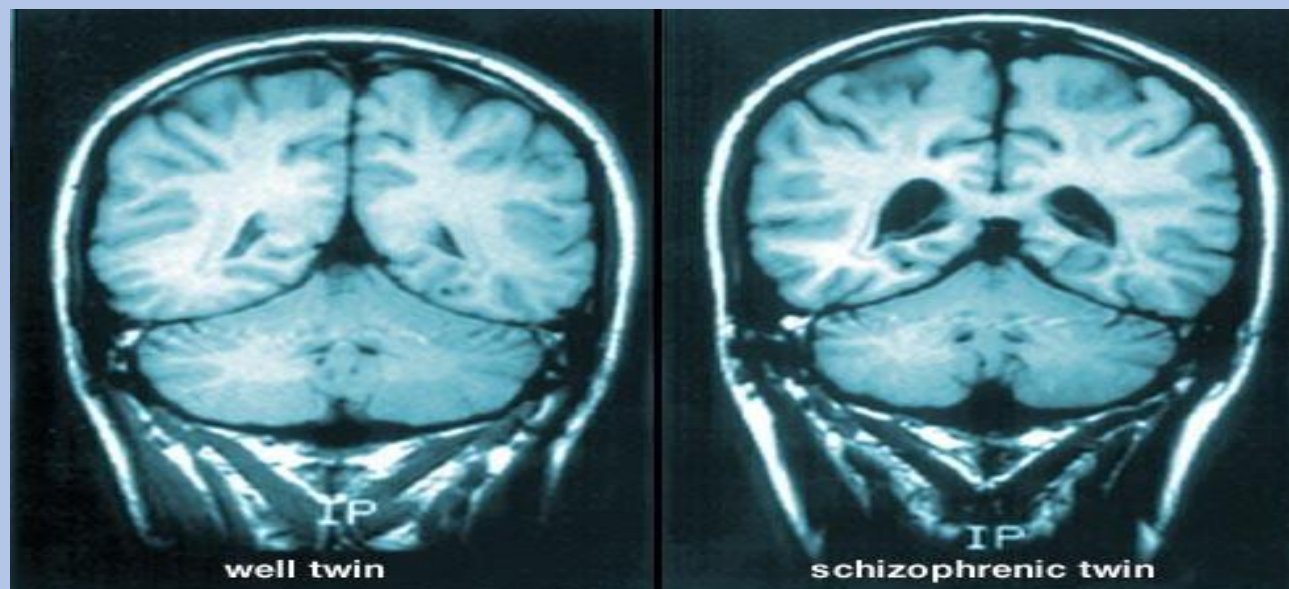
Prof. LOLA HALPERIN, OTR/L, Ed. D., Universitatea Sacred Heart_Connecticut, SUA

Traducerea: Mera Ruxandra (Alba-Iulia), Liliana Vidican (Oradea), Mirela Burlău (Oradea)

**ABILITĂȚILE SENZORIALE, MOTORII ȘI DE PROCESARE
LA PACIENȚII ADULȚI CU SCHIZOFRENIE,
ÎN COMPARAȚIE CU SEVERITATEA SIMPTOMELOR**

Partea I-a

Prof. LOLA HALPERIN, OTR/L, Ed.D., Universitatea Sacred Heart_Connecticut, SUA



Schizofrenia(limba greacă: *skhizō* = tăiat, rupt + *phrēn* = minte, creier)

_Definiția Asociației Americane de Psihiatrie (APA, 2013)

- ***Simptome pozitive***
- ***Simptome negative***
- ***Tulburări cognitive***
- ***Disfuncții sociale și ocupaționale***

Afectează 2,4 milioane de americani cu vârsta de peste 18 ani și persistă în ciuda numeroaselor modalități de tratament disponibile, supunând familiile și societatea la costuri de miliarde de dolari!

Depresia, problemele de sănătate și tentativele de suicid sunt comune în această boală.

Schizofrenia_ APA,2013 *(continuare)*

- **Simptome pozitive:** iluzii, halucinații, vorbire incoerentă, comportament dezorganizat sau catatonie.
- **Simptome negative (deficite):** aplatizarea afectivă, lipsa energiei, lipsa motivației.
- **Alte simptome/ deficite frecvent întâlnite:**
 - Anhedonia (*incapacitatea de a simți plăcere*) și/sau disforia (*tulburare de dispoziție, cu tristețe profundă și nemulțumire de sine*)
 - Abilități motorii anormale (*atitudini posturale de tip catatonic sau stuporul*)
 - Tulburări cognitive (*atenția, memoria, concentrarea*) și de percepție (*orientarea temporo-spațială*)
 - Tulburări sociale și vocaționale
 - Tulburări de somn
 - Abuzul de substanțe
 - Auto-agresiune și/ sau risc de hetero-agresivitate (10 -13% recurg la suicid)

* Inițial, se pune dg. de "*Episod psihotic de scurtă durată*„; după 6 luni, dg. este "*Tulburare schizofreniformă*„; "*Schizofrenia*" propriu-zisă apare ca diagnostic principal după 1 an.

* Poate fi precedată de "*Tulburările de personalitate*" de tip schizotipal, schizoid sau paranoid PD-s.

* Afectează 1% din populație.

* În combinație cu tulburările afective se pune dg. de "*Tulburare schizoafectivă*„ (psihoză).

* Psihoza se poate acompania cu alte afecțiuni din domeniul sănătății mentale, precum "*Depresia majoră*."

Deficite (*comune*) asociate în schizofrenie

- ✓ **De integrare senzorială** ↓
- ✓ **Abilități motorii** ↓
- ✓ **Abilități de procesare** ↓

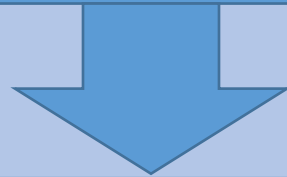
* Descrise frecvent ca "semne neurologice ușoare"

* Apar în timpul primului episod; se agravează ca urmare a efectelor secundare medicației prescrise.

King, 1974; Schwartz et al., 1996; Brekke et al., 1997, 2001; Andreasen et al., 1998, 2008; Green et al., 2000; Hans et al., 2000, 2005; Silverstein, 2000; Doniger et al., 2001; Fuller et al., 2002; Murray & Dazzan, 2002; Silver et al., 2002; MacDonald et al., 2005; Milev et al., 2005; Putzhammer et al., 2005; Shergill et al., 2005; Exner et al., 2006; Jahn et al., 2006; Nowak et al. 2006; Delevoye-Turrell et al., 2007; Frantseva et al., 2008; Thomann, et al., 2008; Reichenberg et al., 2010; Tsuang et al., 2010; Brekke et al., 2011; Lesh et al., 2011; Thakkar et al., 2011; Cuesta, et al., 2012; Jahshan et al. , 2012; Keedy et al. (2015); Chrobak et al. (2016)

ETIOLOGIA SCHIZOFRENIEI

Anomalii de dezvoltare a creierului
Reducerea exagerată a sinapselor
Procese neurodegenerative



Plasticitate cerebrală diminuată
Conexiuni neuronale perturbate
Disfuncții la nivel de neurotransmițători
Deteriorarea transmiterii stimulilor senzoriali

Mijloace terapeutice/ Servicii de suport în comunitate pentru persoanele diagnosticate cu schizofrenie

- Medicație psihotropă (*compliance* clientului este, frecvent, o problemă)
- Programe de integrare în comunitate (*ateliere protejate, centre de zi, sistem rezidențial pe termen lung etc.*)
- Programe de instruire prevocațională/ vocațională
- Psihoterapie: *Terapia cognitiv-comportamentală (CBT)*_aparent cea mai eficientă
- Terapie de grup
- Reabilitare cognitivă
- Educație pentru încetarea fumatului și prevenția abuzului de substanțe
- Educație și consiliere a familiei
- Îngrijire medicală pentru monitorizarea stării de sănătate fizică și dentară, compromise în mod frecvent (memoria deficitară).

Medicația psihotropă folosită în tratarea simptomelor schizofreniei



- **Antipsihotice de primă generație** (Thorazine/ Chlorpromazin, Haldol/ Haloperidol, Prolixin /Flufenazin, etc.) blochează receptorii D2 de dopamină (*hormonul "fericirii"*) și tratează **primele simptome pozitive**.
- Posibile **efecte secundare**: sedarea, fotosensibilitatea, xerostomia (gura uscată), vedere încețoșată, constipație, disfuncții sexuale, hipertensiune ortostatică, acatisie (*neliniște, anxietate, disconfort, etc. prin activarea norepinefrinei „hormonul stresului”*), reacții distonice acute (*mișcări involuntare ale corpului, cauzatoare de posturi anormale – catatonie/stuporul*) și diskinezia tardivă (mișcări aleatorii la nivelul mușchilor capului, feței, membrelor, trunchiului, după luni/ ani de tratament antipsihotic)

Medicație psihotropă utilizată în tratarea simptomelor schizofreniei (*continuare*)



- **Generația a 2-a de antipsihotice** (*Clozapine, Risperidone, Zyprexa, Seroquel, Geodon și Abilify*) blochează receptorii de dopamină D1 și serotonină (hormonul "stării de calm/ bunăstare"), tratând simptomele pozitive, negative și tulburările cognitive.
- Posibile **efecte adverse**: xerostomia, vederea încețoșată, constipația, creșterea în greutate, diabet și agranulocitoză (*scăderea leucocitelor (neutrofilelor) și creșterea riscul infecțiilor*); diskinezia tardivă este mai puțin întâlnită.

Tendențe actuale în prevenția, tratamentul și reabilitarea schizofreniei

- În SUA, persoanele cu schizofrenie trăiesc mai puțin decât media generală a populației, fiind (de obicei) incapabile de a trăi independent; se raportează o calitate scăzută a vieții acestora, comparativ cu populația generală și persoanele cu tulburări fizice (neurologice).
- Întrucât nu există vreun tratament curativ pentru schizofrenie, **reabilitarea** devine esențială (dezvoltarea unor abilități de management a bolii, îmbunătățirea calității vieții personale și accesul la un sens al existenței personale în comunitate).

(Lieberman et al., 2001 , 2008; Jarskog et al., 2007, Tsuang et al .,2010)

Tendențe actuale în prevenția, tratamentul și reabilitarea schizofreniei (*continuare*)

- Rezultatele funcționale în schizofrenie sunt adeseori afectate în sens negativ de stigmatul social, comorbidități și abuzul de substanțe.
- Sprijinul adecvat acordat persoanelor /familiilor afectate încă de la debutul bolii, precum și adaptarea mediului în care aceștia trăiesc, permit obiectivelor, precum: viață independentă, acces la educație și chiar obținerea unui loc de muncă, să devină realizabile.
- Depistarea precoce și tratamentul medicamentos încă din faza inițială a bolii, asociate intervenției psiho-sociale sunt cruciale pentru acest segment de populație.

(Lieberman et al., 2001, 2008; Jarskog et al., 2007, Tsuang et al., 2010)

MODEL DE REABILITARE/RECUPERARE

Promovează managementul simptomelor și suportul mediului (contextul comunitar al familiei și a serviciilor medico-psiho-sociale), pentru a încuraja integrarea bolnavilor cronici „psihiatrici /mentali,, în societate, respectiv îmbunătățirea calității vieții acestora.

(Lieberman et al., 2008)

IMPLICAȚIILE (CERCETĂRI) TERAPIEI OCUPAȚIONALE ÎN SCHIZOFRENIE_ANGAJAMENTUL OCUPAȚIONAL

Chugg & Craik (2002):

- Simptomele fizice/mentale, medicația și stima de sine scăzută, afectează negativ implicarea ocupațională
- Suportul și ***rutina constantă generează efecte pozitive în implicarea ocupațională***
- Provocările pot motiva sau pot fi percepute ca presiune inutilă de către persoanele cu schizofrenie
- „A face ceva” (***sarcini → activitate → ocupație***) ***poate diminua simptomele.***
- Persoanele cu schizofrenie funcționează diferit pe parcursul unei zile /săptămâni.
- Absența unui loc de muncă este o problemă importantă.
- Persoanele cu schizofrenie pot fi influențate pozitiv de o anumită sarcină.

Bejerholm & Eklund (2007):

- Niveluri de implicare ocupațională sunt corelate cu niveluri crescute a relațiilor personale, de exemplu mai puține simptome psihiatrice și o creștere constantă a calității vieții.
- Severitatea simptomelor negative, precum absența coerenței și a locusului de control extern (*MOHO Model) contribuie la absența angajamentului ocupațional.

ROLUL TERAPIEI OCUPAȚIONALE ÎN REABILITAREA PERSOANELOR CU SCHIZOFRENIE

- Abordarea *holistică*
 - Evaluarea și intervenția terapeutică *bazată-pe-ocupație*
 - Modificări ale mediului/ adaptări pentru facilitarea sarcinilor
 - Conștientizarea modului în care anomaliile de dezvoltare a creierului, simptomele, abilitățile deficitare și schemele comportamentale inadecvate influențează ADL-urile.
- * Înțelegerea cauzelor (abilități deficitare) și a legăturii acestora cu simptomele din schizofrenie poate îmbunătăți conceptul de rehabilitare a persoanei dg. cu schizofrenie.**

King, 1974, 1990; Jorstad et al., 1977; Bailey, 1978; Rider, 1978; Falk-Kessler & Quittman 1990; Dunn, 2001; Brown et al., 2002; Chugg & Craik, 2002; Falk-Kessler & Bear-Lehman, 2003; Bejerholm & Eklund, 2007; Champagne & Frederick, 2011; Olson, 2011; American Occupational Therapy Association (AOTA), 2014; Lipskaya-Velikovsky et al. (2016)

PROCESAREA SENZORIALĂ ȘI ABILITĂȚILE MOTORII ÎN SCHIZOFRENIE

Persoanele cu schizofrenie manifestă posturi și mișcări anormale (King, 1974, 1990):

- căderea în flexie a capului
- membre superioare în rotație internă și adducție
- „mîna plată,, și dexteritate limitată
- lordoză lombară
- genu-recurvatum (genunchi în hiperextensie) sau genunchi instabil/ hiperlax
- amplitudine de mișcare scăzută și hipotonie musculară
- mers "tărșâit,,
- disocierea cap - ochi și urmărirea cu privirea, deficitare
- dificultăți în traversarea liniei mediane a corpului
- percepție spațială, planificare motorie și praxis, deficitare
- stare alterată a stării de veghe

PROCESAREA SENZORIALĂ ȘI ABILITĂȚILE MOTORII ÎN SCHIZOFRENIE *(continuare)*

- Îmbunătățirea motivațională/participării, a comunicării verbale, a afectivității, a schemelor de mișcare și a activităților de îngrijire personală au fost observate la pacienții cu schizofrenie, după 2 - 3 săptămâni de intervenție terapeutică bazată pe activități funcționale (ADL-uri). (*King, 1974*)
- Studiul a fost replicat cu succes de către Jorstad și colaboratorii (*1977*), Rider (*1978*) și Bailey (*1978*).
- Validitatea cercetărilor TO la acea vreme fost atenuată de aspecte ce țin de fidelitate, proiectarea cercetării / instrumente statistice depășite .

PROCESAREA SENZORIALĂ ȘI ABILITĂȚILE MOTORII ÎN SCHIZOFRENIE *(continuare)*

- Localizarea ***stimulilor tactili*** prin utilizarea "Testului de Integrare Senzorială" _California de Sud, evidențiază o corelație între simțul tactil și ***funcționarea vocațională, socială și recreațională***, la persoanelor cu boli cronice mintale. (Falk-Kessler & Quittman, 1990)
- Literatura indică faptul că, persoanele diagnosticate cu schizofrenie prezintă o ***diminuare evidentă în funcționalitatea mâinii***. (Falk-Kessler & Bear-Lehman, 2003)

PROCESAREA SENZORIALĂ ȘI ABILITĂȚILE MOTORII ÎN SCHIZOFRENIE *(continuare)*

- Subiecții cu schizofrenie au o forță a mâinii scăzută și încetinită în folosirea unilaterală, iar mișcările bilaterale sunt mai puțin coordonate față de grupurile de control; aceste deficite devin și mai evidente când se folosesc obiecte de dimensiuni mari. (Wang et al., 2014)
- Sarcinile bazate pe coordonarea motorie fină (dexteritate) și bi-manualitate îmbunătățesc ADL-urile persoanelor cu schizofrenie iar, adaptarea prin simplificarea sarcinii/ contextului permite acomodarea pacienților cu deficit de atenție și dexteritate. (Lin et al., 2015)

PROCESAREA SENZORIALĂ ȘI ABILITĂȚILE MOTORII ÎN SCHIZOFRENIE *(continuare)*

- Persoanele cu schizofrenie au tendința de a omite informațiile senzoriale disponibile. Odată ce stimulii au fost înregistrați există tendința de a-i evita. (Brown et al., 2002)
- Simptomele pozitive se corelează cu înregistrare senzorială slabă și cu hipersenzitivitate. Abordarea terapeutică senzorială poate fi o alternativă în cazul celor ce manifestă izolare și restricții. (Olson, 2011)

UNICITATEA STUDIULUI

Scopul acestui studiu descriptiv este de a evidenția relația dintre schemele de procesare senzorială, abilitățile motorii și de procesare și simptomele din spectrul tulburărilor de tip schizofrenie.

ÎNTREBĂRILE ce au stat la baza CERCETĂRII (studiului)

1. Care sunt deficitale în abilităților senzoriale la pacienții cu tulburări din spectrul schizofreniei?
2. Care sunt deficitale în abilitățile motorii și de procesare la pacienții cu tulburări din spectrul schizofreniei?
3. Care este legătura dintre abilitățile senzoriale, motorii și de procesare la pacienții cu tulburări din spectrul schizofreniei?
4. Care este legătura dintre deficitale abilităților identificate la pacienții cu tulburări din spectrul schizofreniei și severitatea simptomelor psihiatrice manifestate?

MODELE TEORETICE /IPOTEZE DE CERCETARE

1. Participanții la studiu vor prezenta deficite în abilitățile senzoriale, identificate și măsurate prin testul "***Adolescent/Adult Sensory Profile***" (AASP)
2. Participanții la studiu vor prezenta deficite în abilitățile motorii și de procesare, identificate și măsurate prin testul "***Assessment of Motor and Process Skills***" (AMPS).

MODELE TEORETICE /IPOTEZE DE CERCETARE (CONTINUARE)

3. Se va identifica, la participanții studiului, o relație semnificativă statistic, între deficitul abilităților senzoriale și deficiențele abilităților motorii și de procesare.

4. Se va identifica la participanții studiului, o relație semnificativă statistic, între deficiențele abilităților senzoriale, motorii și de procesare și severitatea simptomelor psihiatrice, măsurabilă prin "**Brief Psychiatric Rating Scale**" (BPRS).

STUDIUL

Locația: Centrul de sănătate comportamentală Sf. Vincent, Westport, CT; obținerea aprobărilor (spitalului IRB și TC Columbia)

Criteriile de includere în studiu:

- vârstă: 18 ani și peste
- comunicare: fluent în utilizarea limbii engleze
- istoric psihiatric de cel puțin 5 ani
- tulburare din spectrul schizofreniei
- stabilizat medicamentos/ abordabil pînă la externare
- fără istoric de alte condiții majore /abuz recent de substanțe

* Semnarea consimțămîntului de participare la studiu

* Păstrarea confidențialității

INSTRUMENTE DE EVALUARE FOLOSITE

Profilul senzorial al adolescentului/ adultului_Adolescent/Adult Sensory Profile (AASP)

- Raport standardizat a răspunsurilor comportamentale la senzațiile zilnice.
- 60 itemi, măsurați pe o scală de la 0 la 5 (de la „Aproape niciodată" pînă la „Aproape întotdeauna")
- Răspunsurile individuale sunt comparate cu media populației generale
- Grile de tipare, care grupează pragul senzorial (scăzut vs ridicat) și răspunsurile comportamentale (evitarea vs căutarea senzației)
- Program digital (software) specific pentru profilul senzorial care, notează, interpretează și stochează rezultatele.
- Evaluare validă și sigură (Brown et al., 2001)
- Realizat de investigatorul principal, în acest studiu

INSTRUMENTE DE EVALUARE FOLOSITE (CONTINUARE)

TESTUL AMPS "Evaluarea abilităților motorii și de procesare"

- Observarea structurată a efortului/eficienței/siguranței și independenței a două ADL/IADL-uri alese și familiare, dar dificile.
- 16 abilități motorii și 20 de abilități de procesare, evaluate pe baza unei scale cu 4 puncte
- Softul OTAP convertește scorul brut în logits, cu tăierea/izolarea de 2.0 pentru abilitățile motorii (efort) și 1.0 pentru abilitățile de procesare (eficiență)
- Necesită instruirea și calibrarea evaluatorului
- Test valid și sigur (Fisher, 2007; Fisher & Jones, 2010)
- Util în măsurarea abilităților funcționale și a asistenței necesare în schizofrenie (Girard et al. 1999; Fossey et al., 2006; Haslam et al., 2010; Moore et al., 2010; Merritt, 2011)
- Conducut de investigatorul principal, în acest studiu.

AMPS_Sarcinile realizate de către participanții la studiu

A face patul

A pune masa

A face un sandwich/ un sandwich și o băutură

A pune hainele și a porni mașina de spălat

A spăla manual

A spăla geamuri

A mătura podeaua

A spăla podeaua cu mopul

INSTRUMENTE DE EVALUARE FOLOSITE (CONTINUARE)

"Scala scurtă de evaluare psihiatrică" (BPRS)

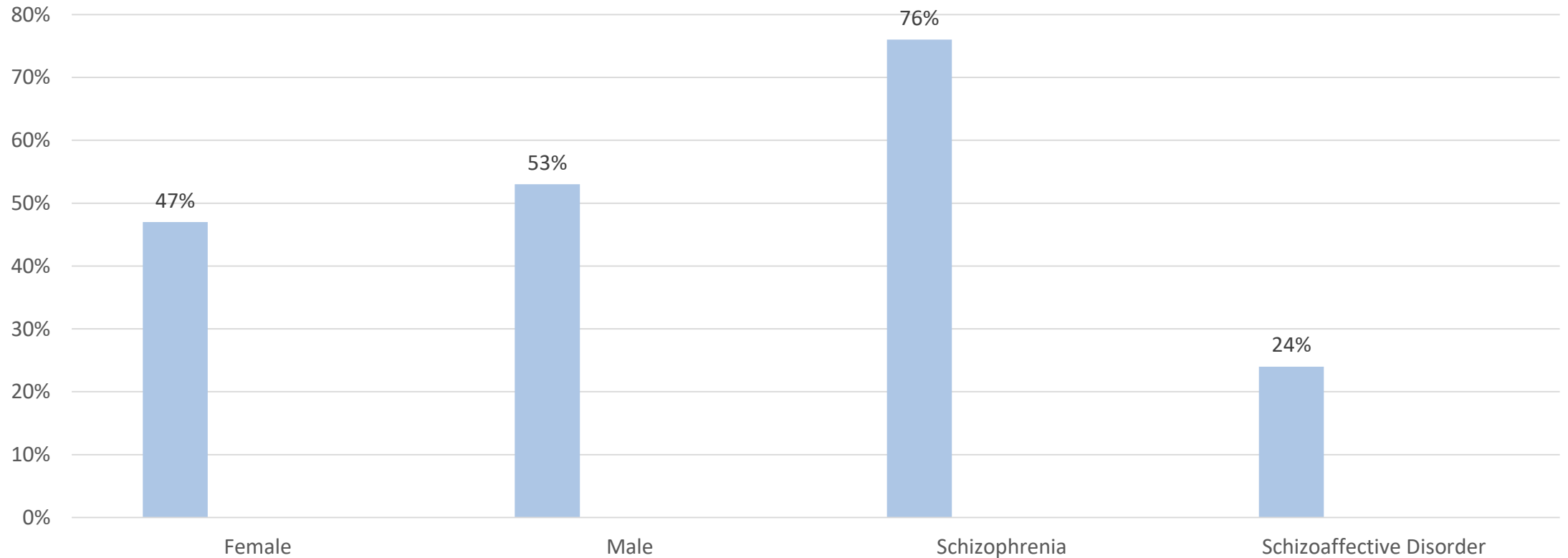
- Simptomele sunt notate pe baza Scalei Likert 1-7, după 2-3 zile de observație și interviu
- 4 subcategorii: simptome pozitive, agitație/manie, simptome negative și depresie/anxietate
- Versiunea folosită în acest studiu are 24 itemi
- Instrument adecvat d.p.d.v. psihometric (Thomas et al., 2004; Kopelowicz et al., 2008)
- Administrat de către asistente medicale, în acest studiu (fiabilitate între evaluatori cu o corelare interclasă de 0.938; investigator principal "orb" în privința rezultatelor din timpul colectării datelor)

DESCRIEREA GRUPULUI ȚINTĂ

- Au fost recrutați 18 participanți; 1 s-a retras
- Din cei 17 care au rămas:
 - ✓ 8 sunt femei, 9 sunt bărbați
 - ✓ 13 sunt cu schizofrenie, 4 sunt cu tulburări schizoafective (toate femei)
- Intervalul de vîrstă: 22 - 56; vîrsta medie – 36
- Nici o diferență statistică între vîrsta femeilor și a bărbaților

DESCRIEREA GRUPULUI ȚINTĂ

Genul și diagnosticul



REZULTATELE STUDIULUI

Întrebarea 1: Care sunt deficiențele în abilitățile senzoriale la pacienții cu tulburări schizofrenice?

În rândul participanților:

12 subiecți – Diferit față de populația generală – Tipare de înregistrare senzorială scăzută

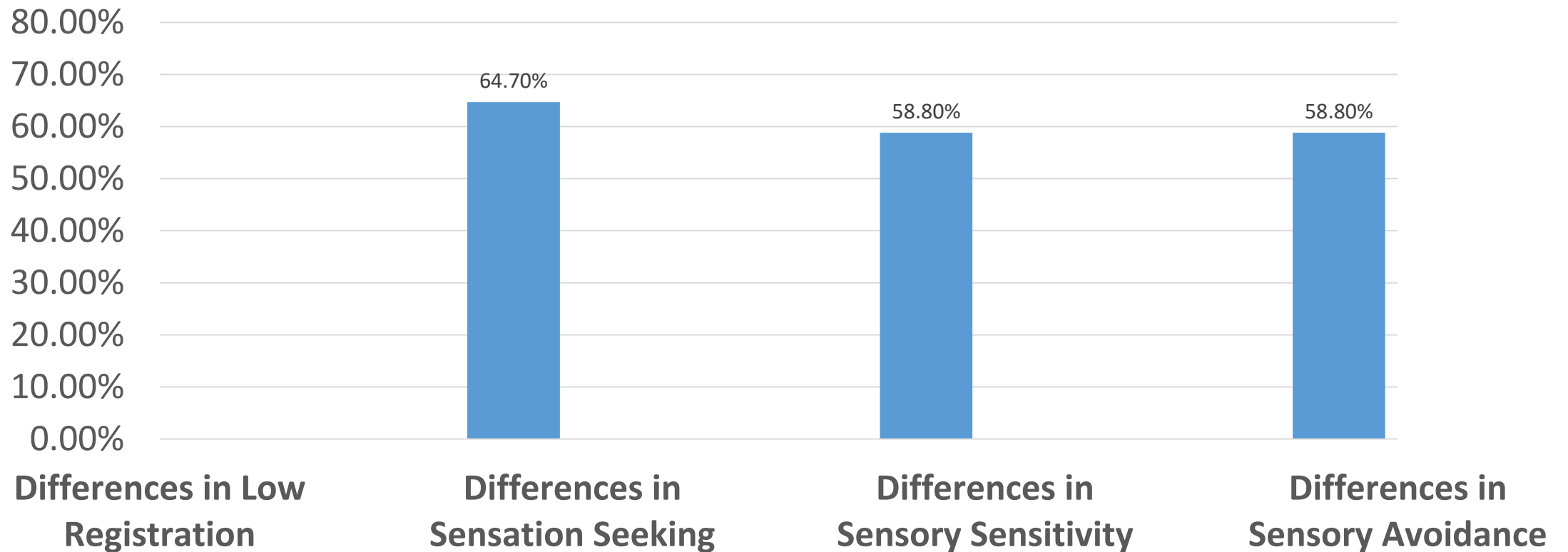
11 subiecți - Diferit față de populația generală – Tipare de căutare senzorială

10 subiecți - Diferit față de populația generală – Tipare de sensibilitate senzorială

10 subiecți - Diferit față de populația generală – Tipare de evitare senzorială

Întrebarea 1: Care sunt deficiențele în abilitățile senzoriale la pacienții cu tulburări schizofrenice?

Participanții la studiu, comparativ cu populația generală



REZULTATELE STUDIULUI (CONTINUARE)

Întrebarea 2: Care sunt deficitele în abilitățile motorii și de procesare, la pacienții cu tulburări din spectrul schizofreniei?

Performanțele participanților în activitățile alese ADL/IADL:

6 subiecți - Efort minim

9 subiecți – Efort moderat

6 subiecți – Ineficiență minimă

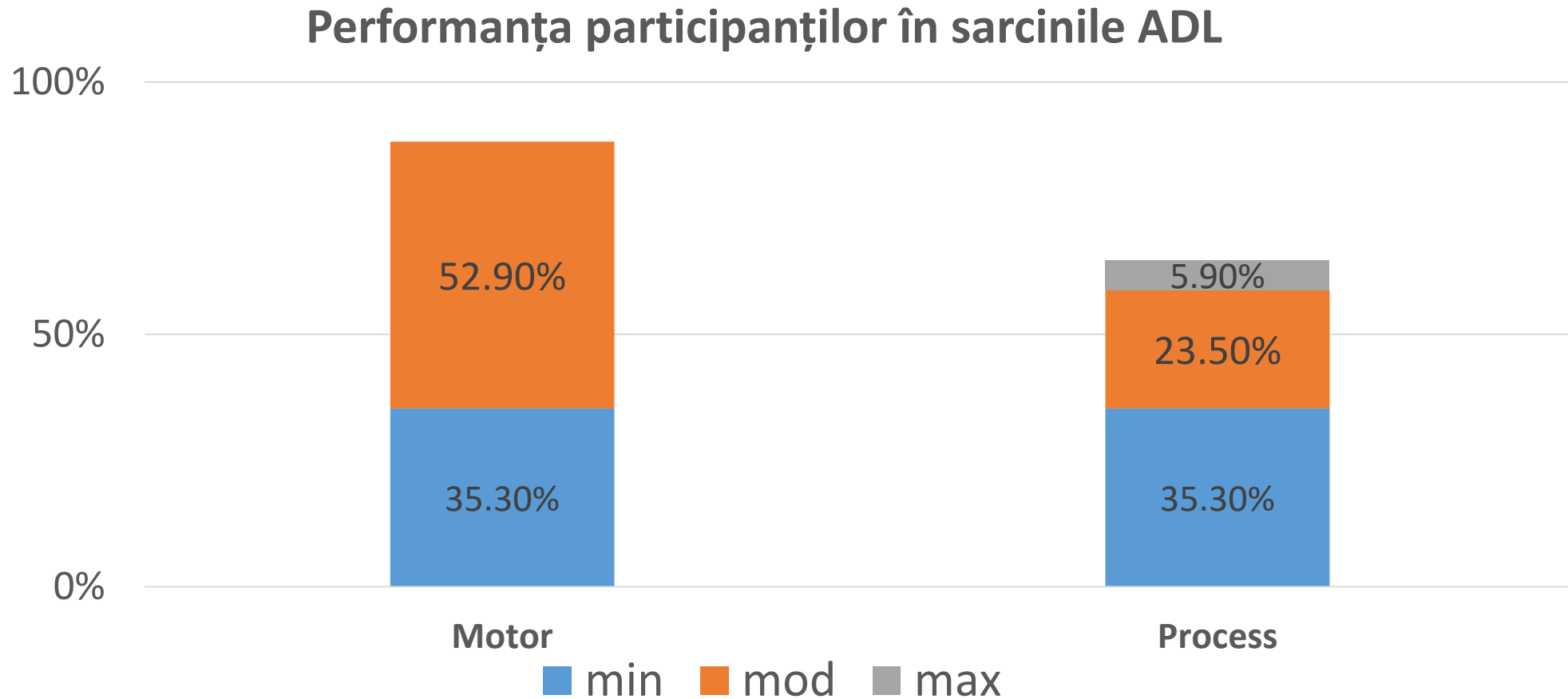
4 subiecți – Ineficiență moderată

1 subiect – Ineficiență marcantă

14 subiecți – nivel de asistență minimă, pentru independența în comunitate

3 subiecți – nivel de asistență moderat spre maxim, pentru independența în comunitate.

Întrebarea 2: Care sunt deficiențele în abilităților motorii și de procesare la pacienții cu tulburări din spectrul schizofreniei?



REZULTATELE STUDIULUI (CONTINUARE)

Întrebarea 3: Care este legătura între abilitățile senzoriale, motorii și de procesare a pacienților și tulburările schizofrenice?

- **Potențială corelație între evitarea senzorială și deficitul abilităților motorii**
($r=.591$, $p=.072$), cu un efect moderat $r^2=0.35$ (testul Pearson)
- **Deficitul abilităților de procesare** se corelează cu interpretarea în **evitarea senzorială** ($r=.514$, $p=.035$); interpretarea **abilităților de procesare** poate fi într-o relație inversă cu interpretarea **evitării senzoriale** ($r= - .547$, $p=.023$) (Spearman Rho)

REZULTATELE STUDIULUI (CONTINUARE)

Întrebarea 4: Care este relația dintre deficiența abilităților la pacienții cu tulburare schizofrenică și severitatea simptomelor psihiatrice?

- ✓ **Strînsă corelație între depresie/anxietate și sensibilitatea senzorială** ($r=.719$, $p=.029$ cu o dimensiune mare a efectului din $r^2=.52$, testul Pearson)

- ✓ **Strînsă corelație între depresie/anxietate și înregistrare senzorială scăzută** ($r=.689$, $p=.019$ cu o dimensiune moderată a efectului din $r^2=.47$, testul Pearson)

ALTE DESCOPERIRI

- ✓ ***Sensibilitatea senzorială*** este strâns corelată cu ***evitarea senzorială*** ($r=.949$, $p=.004$ cu o dimensiune mare a efectului din $r^2=.90$, testul Pearson)
- ✓ ***Deficitul motor*** este strâns corelat cu ***deficiența abilităților de procesare*** ($r=.606$, $p=.010$ cu o dimensiune medie e efectului din $r^2=.37$, testul Pearson)
- ✓ ***Depresia/anxietatea*** este strâns corelată cu ***simptomele pozitive*** ($r=.675$, $p=.006$ cu o dimensiune medie e efectului din $r^2=.46$, testul Pearson)
- ✓ ***Simptomele pozitive*** se corelează cu ***simptomele negative*** ($r=.699$, $p=.004$ cu o dimensiune medie a efectului din $r^2=.49$, testul Pearson)

IPOTEZELE CERCETĂRII

CONCLUZII

Participanții la studiu vor demonstra deficite în abilitățile senzoriale, măsurate prin AASP.

CONFIRMAT

Participanții la studiu vor demonstra deficite în abilitățile motorii și de procesare, măsurate prin AMPS.

CONFIRMAT

Participanții la studiu vor demonstra relații semnificative statistic între deficitele abilităților senzoriale, motorii și de procesare.

CONFIRMAT,
DAR NU ÎN TOATE
DOMENIILE

Participanții la studiu vor dovedi o relație statistică semnificativă între deficitele abilităților senzoriale, motorii și de procesare și severitatea simptomelor psihiatrice.

CONFIRMATĂ,
DAR NU ÎN TOATE
DOMENIILE

DISCUȚII

- Rezultatele studiului sunt în acord cu rezultatele raportate de Brown și colab. (2002) cu privire la **înregistrarea senzorială scăzută și evitarea stimulilor** la persoanele diagnosticate cu schizofrenie.
- **Diferențele senzoriale** între participanții la studiu sunt asemănătoare cu diferențele raportate la copii cu autism (Lane et al., 2009), la adulții cu tulburări obsesiv-compulsive (TOC. Rieke&Anderson, 2009) și persoanele afectate de tulburări de personalitate borderline (Brown, Shankar & Smith, 2009).
- **Corelațiile** dintre **anxietate/depresie** și **tiparele senzoriale** la participanții la studiu sunt similare cu relația dintre anxietate și hiper-reactivitate senzorială la copiii cu și fără ADHD, semnalat de Lane și colab. (2010).
- Descoperirea **relației** dintre **tiparele senzoriale** și **deficitele abilităților** sunt similare cu rezultatele studiului lui White și colab. (2007), în care copiii cu profile senzoriale atipice prezintă deficiențe în abilitățile motorii și de procesare.
- Nu au fost obținute dovezi care să confirme afirmația lui Olson (2011) cum că prezența simptomelor pozitive se corelează cu înregistrarea senzorială scăzută și hipersenzitivitate la persoanele cu schizofrenie. Olson a folosit un instrument de evaluare diferit (PANSS).
- Toți subiecții au prezentat deficiențe în abilități, sugerând necesitatea unui nivel de asistență minimă, măcar. Această constatare este evidențiată și de rezultatele studiului lui Fossey și colab. (2006).
- **Strânsa corelație** între **sensibilitatea senzorială** și **evitarea senzorială** pare să fie logică. **Corelația** între **deficitele abilităților motorii și de procesare**, precum și între diferitele **categorii de simptome psihiatrice** necesită cercetări viitoare.
- Rezultatele studiului vin în sprijinul utilizării **instrumentelor de evaluare bazate pe ocupație** prin evaluarea abilităților motorii/de procesare și senzoriale, ca parte a evaluării funcționale a pacienților spitalizați, afirmație susținută și de către Lipskaya-Velikovsky și colab. (2016)
- **Legătura** dintre **sensibilitatea senzorială, evitarea senzorială, abilități deficitare în ADL și depresie/anxietate** este deosebit de intrigant!

LIMITELE STUDIULUI

- Protocolul de recrutare riguros al participanților a dus la un eșantion mic.
- Au fost incluși participanți atât cu schizofrenie cât și cu tulburări schizoafective (SAD). Grupul celor cu tulburări schizoafective s-a dovedit a fi prea mic pentru a putea fi analizat într-o manieră distinctă.
- 1 subiect s-a retras din studiu și date BPRS lipsesc de la 2 subiecți (incluși ulterior), deoarece s-au externat la o dată anterioară datei planificate.
- Doar pacienții relativ stabili, gata pentru externare, au participat la studiu, relevanța rezultatelor fiind valabilă doar pentru persoanele aflate aproape de faza de remisie a bolii.

COCLUZIILE STUDIULUI

- Neuropatologia schizofreniei cu determinantă genetică → perturbă înregistrarea/ procesarea senzorială → deficite de percepție, motorii, cognitive, sociale și emoționale → dificultăți ocupaționale /activitățile zilnice
- Evaluările ce au ca obiectiv predictibilitatea funcționării în comunitate trebuie să includă instrumente bazate pe ocupație.
- Reabilitarea persoanelor cu schizofrenie trebuie să ia în considerare unicitatea diferențelor lor senzoriale și abilitățile deficitare.
- Este esențial să abordăm întârzierile senzoriale și motorii la copiii care nu au fost încă diagnosticați cu vreo boală psihiatrică.

CUM SE TRADUC TOATE ACESTEA ÎN PRACTICA TO?



Haideți să facem împreună un brainstorming!

- Ce intervenție ați folosi pentru clienții care prezintă diferențe senzoriale (*de exemplu, înregistrare scăzută, evitare senzorială, ...*)?
- Cum ați lucra cu un client cu deficiențe cognitive (deficit de atenție, memorie, rezolvarea problemei, ...)?
- Cum ați ajuta un client care prezintă o diminuare a eficienței în realizarea sarcinilor zilnice (*de exemplu, dificultăți în alegerea instrumentelor potrivite, organizarea spațiului și adaptarea sarcinii pentru a preveni repetarea greșelilor*)?
- Cum ați ajuta un client să evite efortul fizic excesiv atunci se mișcă în spațiu, când se întinde după obiecte/ridică/transportă obiecte)?
- Ce se poate face pentru a ajuta un client să-și îmbunătățească abilitățile sociale și cum reduci izolarea socială?
- Cum vei aborda psihoza, lipsa energiei /absența voinței, depresia și anxietatea, frecvent întâlnite în schizofrenie?



DR. JANET FALK-KESSLER AND DR. GLEN GILLEN FOR THEIR KNOWLEDGE, CREATIVITY, ENTHUSIASM, SUPPORT, SENSE OF HUMOR AND INCREDIBLE PATIENCE

SVBHC FACULTY AND STAFF FOR DIRECT ASSISTANCE WITH THIS PROJECT

***DR. HEATHER MILLER-KUHANECK** FOR THE CONSULTATION ON THE ADOLESCENT/ADULT SENSORY PROFILE*

DR. STEPHEN SILVERMAN FOR HIS ADVICE ON DATA ANALYSIS AND FOR SERVING ON THE DISSERTATION COMMITTEE

DR. LAUDAN JAHROMI FOR SERVING ON THE DISSERTATION COMMITTEE

COLUMBIA UNIVERSITY DOCTORAL OT PROGRAM FACULTY AND STUDENTS FOR THOUGHT-PROVOKING QUESTIONS AND COMMENTS



College of Health Professions

GRADUATE PROGRAM IN OCCUPATIONAL THERAPY (OT)



Sacred Heart
UNIVERSITY



CONTRIBUȚIA TERAPIEI OCUPAȚIONALE ÎN CAZUL PERSOANELE AFECTATE DE SCHIZOFRENIE

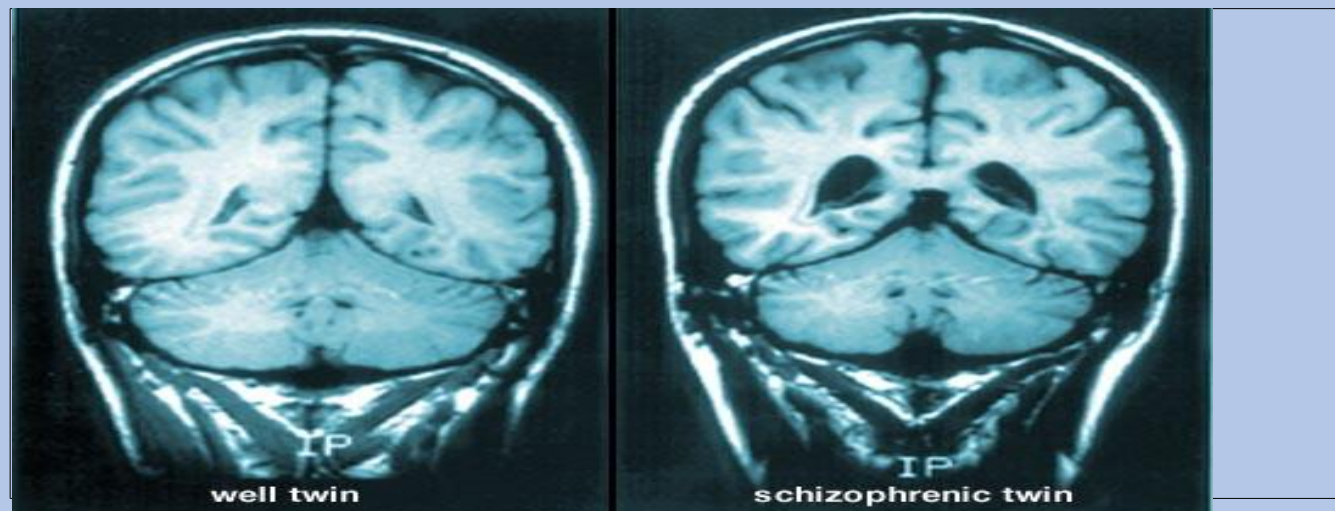
Partea II-a_ via ZOOM: 12.11.2021

Prof. LOLA HALPERIN, OTR/L, Ed. D., Universitatea Sacred Heart_Connecticut, SUA

Traducerea: Mirela Burllău, Liliana Vidican (Oradea)

SĂ ÎNȚELEGEM SCHIZOFRENIA ȘI CONTRIBUȚIA TERAPIEI OCUPAȚIONALE PENTRU PERSOANELE AFECTATE DE ACEASTA

Lola Halperin, OTR/L, Ed.D., Assistant Professor
Graduate Program in OT, Sacred Heart University



SUMARIZÎND TOT CEEA CE CUNOAȘTEM PÎNĂ ACUM DESPRE SCHIZOFRENIE



Boală a creierului cu determinantă genetică



➤ tulburări în procesarea/ înregistrarea senzorială



➤ deficite în abilitățile de percepție, cognitive, motorii, de procesare, sociale și emoționale



➤ dificultăți în ADL-uri (*ocupațiile/ activitățile/sarcinile cotidiene*)

Terapeuții ocupaționali nu pot inversa patologia creierului, dar pot ajuta în celelalte aspecte!

PROCESAREA SENZORIALĂ, ABILITĂȚILE NECESARE ÎN ADL ȘI SIMPTOMELE SCHIZOFRENIEI

- Persoanele cu schizofrenie manifestă adeseori **tulburări de integrare senzorială**, deficite în abilitățile motorii și de procesare cognitivă în ADL. Studiile au evidențiat aceste relații între variabilele de mai sus.
- Legătura dintre sensibilitatea senzorială, evitarea senzorială, **deficitele de abilități în ADL** și depresia/anxietatea este deosebit de intrigantă.
- Persoanele incluse în studii manifestă deficite de abilități ce necesită un nivel minim de asistență în comunitate; asemănător cu rezultatele raportate de Fossey și colab. (2006).
- Rezultatele studiilor susțin importanța evaluărilor bazate-pe-ocupație, ca parte a evaluării inițiale a pacienților internați, susținută anterior și de Lipskaya-Velikovsky și colab. (2016).(Halperin & Falk-Kessler, 2020)

EXEMPLE DE TESTE DE EVALUARE FOLOSITE ÎN SCHIZOFRENIE

- **CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM)**
 - **ASSESSMENT OF MOTOR AND PROCESS SKILLS (AMPS)**
 - **OCCUPATIONAL PERFORMANCE HISTORY INTERVIEW**
 - **KOHLMAN EVALUATION OF LIVING SKILLS (KELS)**
 - **ADOLESCENT/ADULT SENSORY PROFILE (AASP)**
 - **EVALUATION OF SOCIAL INTERACTION (ESI)**
 - **ALLEN COGNITIVE LEVEL SCREEN (ACLS)**
 - **WORK ENVIRONMENT IMPACT SCALE**
 - **BAFPE SOCIAL INTERACTION SCALE**
 - **ROUTINE TASK INVENTORY (RTI)**
 - **WORKER ROLE INTERVIEW**
 - **INTEREST CHECKLIST**
 - **ROLE CHECKLIST**

INTERVENȚII CE ABORDEAZĂ DIFICULTĂȚILE SENZORIALE LA PERSOANELE CU SCHIZOFRENIE

- **Dunn's Model of Sensory Processing (2007)**
- **Sensory Modulation for Trauma-Informed Care (Champagne, 2011)**

Dezvoltarea unor medii senzoriale, care să sprijine nevoile individuale de procesare senzorială:

- camere senzoriale (Snoezelen multi-sensory environment))
- „truse senzoriale"
- pături grele
- educarea clientului cu privire la dieta senzorială



STRATEGII TERAPEUTICE PENTRU DEFICITELE COGNITIVE

- Remediarea cognitivă: urmărește îmbunătățirea abilităților cognitive, utilizând sarcini cognitive gradate și repetate într-un context ocupațional. (*Toglia's Dynamic Interactional Approach, 1987*)
- Adaptarea cognitivă: sarcinile și/sau mediile sunt simplificate, pentru a reduce cerințele cognitive (*Velligan și colab., 1996*)
- Modelul Dizabilităților Cognitive: identifică abilitățile clientului, le maximizează punctele forte și creează un mediu favorabil (Allen, 1996)

"Hrană pentru creier": studii recente au arătat că exercițiul fizic are calități neuroprotectoare și ajută la menținerea abilităților cognitive!

ANTRENAREA ABILITĂȚILOR LA PERSOANELE CU SCHIZOFRENIE

- **Abilități sociale:** de exemplu, *jocuri de rol* pentru inițierea și menținerea unei conversații și, rezolvarea conflictelor.
- **Reglarea emoțională:** *exerciții de respirație pentru diminuarea anxietății; mijloace de exprimare creativă (dans, pictură, muzică, artă, etc.) pentru combaterea depresiei; auto-afirmare pozitivă pentru îmbunătățirea stimei de sine ("Sunt un om care știe să scrie"/ ... să ajute pe ..., etc.)*
- **ADL/Instrumental ADL:** managementul medicației și propriei sănătății; cumpărături și activități de gătit; transportul public și managementul banilor
- **Abilități prevocaționale:** scrisul (reluarea), căutarea unui loc de muncă, interviuri (jocuri de rol).
- **Abilități educaționale (studiul):** școală, liceu sau post-liceal.
- **Activități de timp liber:** hobby-uri și explorarea resurselor din comunitate.

Structura (organizarea) sarcinilor și repetarea etapelor este crucială!

ADAPTĂRI /MODIFICĂRI DE MEDIU

- Reduceți la minimum posibil dezordinea, zgomotul și aglomerarea în spațiile de lucru, pentru a îmbunătăți concentrarea, procesarea informațiilor și a reduce anxietatea.
- Eliminați obstacolele/piedicile și recomandați instalarea de bare de sprijin/ balustrade, pentru a compensa stângăcia (neîndemânarea) și a preveni căderile.
- Folosiți elemente vizuale pentru a explica pașii unei activități, precum gătirea mesei sau folosirea mașinii de spălat.
- Învățați-i cum să folosească orare/planificatoare, bilețele scrise sau alarme, pentru a compensa deficitul de memorie.
- Pentru sarcinile ADL/IADL furnizați obiecte/instrumente de dimensiuni mai mari, pentru a compensa deficitul de dexteritate.
- Evitați obiectele ascuțite și chimicalele, cu excepția cazului în care clienții sunt specific instruiți pentru a le utiliza și, pentru a oferi singuranță.
- Încorporați rutine zilnice (repetiții) și introduceți pauze frecvente, pentru a compensa deficitul cognitiv, energia scăzută și/sau anxietatea.
- Introduceți spații senzoriale prietenoase, pentru a ajuta la reducerea încărcării senzoriale și / sau a stressului emoțional.

ALTE IMPORTANTE ROLURI ALE TERAPEUTULUI OCUPȚIONAL

- Educarea familiei persoanei cu schizofrenie în privința bolii și acordării sprijinului emoțional.
- Educarea comunității pentru a ajuta la combaterea stigmatizării persoanelor cu schizofrenie.
- Susțineți dezvoltarea/ menținerea în comunitate a unei infrastructuri, pentru a ajuta persoanele cu schizofrenie să se integreze în societate!

MULȚUMIM PENTRU TIMPUL ACORDT!

