



***Manuale cognitivo comportamentale
per le psicosi
Moduli 1 - 4***

E. Tedeschini

Gruppo modenese «Esordi psicotici»

DSM-DP AUSL-MO

STRUTTURA DELLE SEDUTE TERAPEUTICHE

Obiettivi del modulo

Contenuto del modulo

Schede di lavoro necessarie

Punti chiave della seduta

Note per il terapeuta

Esempi di casi clinici

STRUTTURA DELLE SEDUTE TERAPEUTICHE

Riepilogo della seduta

In questa parte della seduta è importante:

- rivedere i punti chiave affrontati durante la seduta e permettere al paziente di annotarli per avere riferimenti utili in futuro
- chiedere ai pazienti di annotare qualsiasi pratica o compiti a casa suggeriti durante la seduta

Valutazione dei progressi e dei compiti a casa

Questa parte della seduta ha una serie di funzioni. Permette al terapeuta e al paziente di:

- rivedere compiti pratici assegnati (es. completamento di questionari o attività di auto-monitoraggio)
- verificare i progressi nell'affrontare qualsiasi problema o i temi discussi nelle sedute precedenti
- controllare se ci sono domande relative a sedute precedenti

MODULO 1

Valutazione generale e introduzione
all'intervento terapeutico

OBIETTIVI

1. Iniziare la costruzione del rapporto e sviluppare la relazione terapeutica
2. Completare la valutazione diagnostica del paziente
3. Ottenere misure oggettive dei sintomi psicotici, della qualità della vita e del malessere associato ai sintomi
4. Valutare le spiegazioni che il paziente si è dato riguardo al suo disturbo e l'atteggiamento che mostra verso la psicosi e le malattie mentali in generale
5. Fornire un feedback dei risultati della valutazione del paziente
6. Introdurre i pazienti al programma terapeutico e trasmettere un senso di speranza realistica sul suo esito

CONTENUTI

- Razionale della valutazione
- Valutazione pre-trattamento: valutazione della diagnosi, del malessere emotivo associato, della disabilità e della qualità di vita
- Restituzione dei risultati delle valutazioni fornendo al paziente, spiegazioni su di esse
- Aspettative del paziente rispetto alla terapia

STRUMENTI PSICOMETRICI

Diagnosi

Mini International Neuropsychiatric Interview
(MINI Plus)

Disabilità e qualità della vita

Schizophrenia Quality of Life Scale
(SQLS)

WHO Disability Assessment Schedule
(WHO-DAS)

I sintomi psicotici

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Malessere emotivo associato al disturbo

Depressione: Calgary Depression
Scale for Schizophrenia

Ansia: Spielberger State

Trait Anxiety Inventory (STAI)

Brief Symptoms Inventory (BSI)

STRUMENTI PSICOMETRICI

- HONOS: scala di esito degli interventi nella salute mentale
- CAN: valutazione dei bisogni dal punto di vista del paziente e dell'operatore di riferimento
- BACS: assessment breve stato cognitivo

Schede informative e di lavoro necessarie:

Schede informative necessarie:

Pensare e sentire

Il catalogo delle emozioni

Schede di lavoro necessarie:

1-Questionario sulle aspettative del paziente

13-Riepilogo della seduta

Pensare e sentire

La gente spesso crede che i sentimenti e le emozioni che prova siano determinati dagli eventi esterni, dalle situazioni e dal comportamento degli altri.

Eventi esterni a noi causano → Malessere emotivo



Eventi esterni a noi → Pensieri, credenze → Malessere emotivo

Cosa è successo?	A cosa stavo pensando?	Come posso pensare in modo alterantivo?	Come mi sono sentito? Cosa ho fatto?
Questo può includere un evento reale o situazioni, un pensiero, una immagine mentale, un sintomo fisico, che porta a sentimenti/emozioni spiacevoli	Quali pensieri ti passavano per la testa quando l'evento è accaduto?	Quali altri modi c'erano di vedere la situazione? Quali prove ho che dimostrano che questo pensiero non è completamente vero, ogni volta?	Descrivi come ti sei sentito ed includi ogni sensazione fisica che hai provato, oltre ad azioni e comportamenti.

Quando hai compilato la lista dai un voto da 0 a 100 per quantificare l'intensità della emozione scatenata del sentimento provato e l'intensità con cui credi ad ognuno dei pensieri, frasi, affermazioni.

Il catalogo delle emozioni

Sentimenti positivi

Affettuoso, Vivace, Divertito, Eccitato, Coraggioso,
Calmo, Compassione, Allegro, Sicuro, Contento,
Audace, Curioso, Beato, Desiderabile, Desideroso,
Entusiasta, Energetico, Estatico, Indulgente,
Amichevole, Appagato, Generoso, Lieto, Buono,
Grato, Felice, Speranzoso, Divertente, Gioioso,
Appassionato, Pacifico, Giocosso, Compiaciuto,
Orgoglioso, Rilassato, Alleggerito, Sicuro, Sexy,
Forte, Simpatia, Tenerezza, Ricapocent

Sentimenti negativi

Purtroppo, Arrabbiato, Ansioso, Apprensivo, Vergogna,
Impacciato, Amarezza, Annoiato, Confuso, Sconfitto, Depresso, Disperato, Devastato, Deluso, Scoraggiato, Diffidente,
Imbarazzato, Arrabbiato, Esasperato, Pauroso, Sciocco,
Frenetico, Frustrato, Furioso, Colpevole, Odio, Impotente,
Inorridito, Ostile, Umiliato, Ferito, Impaziente, Insicuro,
Irritato, Geloso, Solo, Melanconico, Miserevole, Incompreso,
Sopraffatto, Panico, Pessimista, Preve

Questionario sulle aspettative del paziente

Per favore leggi ogni affermazione qui sotto e cerchi il numero sotto la scala che ti sembra sia più adatto alle tue aspettative

1. Che benefici ti aspetti dal cambiare te stesso?

1	2	3	4	5
Assolutamente nessuno	pochi	Moderati	Molti	Moltissimi

2. Che livello di sacrifici/costi ti aspetti per cambiare te stesso?

1	2	3	4	5
Assolutamente nessuno	Pochi	Moderati	Molti	Moltissimi

3. Se facessi un bilancio costi/benefici riguardo il cambiare, come sarebbe?

1	2	3	4	5
Solo costi	Più costi che benefici	Uguali costi e benefici	Più benefici che costi	Soltanto benefici

4. Quanto pensi che il tuo attuale modo di comportarti contribuisca ai problemi che stai provando?

1	2	3	4	5
Assolutamente nessuno	Poco	Moderatamente	Molto	Moltissimo

5. Se risolvere i tuoi problemi implicasse cambiare te stesso, quanto saresti disposto ad impegnarti per questo obiettivo ?

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Moderatamente	Molto	Del tutto

6. Quanto sei fiducioso di poter cambiare il tuo modo di comportarti?

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Moderato	Molto	Del tutto

7. Seguendo il programma terapeutico che ti è stato proposto, pensi che i tuoi problemi ...

1	2	3	4	5
Rimarranno gli stessi	Miglioreranno un pò	Miglioreranno abbastanza	Miglioreranno molto	Spariranno completamente

Riepilogo della seduta

Rivedere i punti chiave affrontati durante la seduta e permettere al paziente di annotarli per riferimenti futuri:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Chiedere ai pazienti di annotare qualsiasi pratica o compiti a casa suggeriti durante la seduta:

PUNTI CHIAVE DELLA SEDUTA

- Esercizio di raccolta di informazioni al fine di costruire una relazione terapeutica e di motivare il paziente al trattamento
- Approccio lento e costante alla valutazione
- Tempistiche allargate e sensibili alle caratteristiche del singolo paziente
- Setting appropriato
- Riservatezza e limiti in materia di privacy
- Eventuali interventi brevi incentrati su problematiche immediate

FORNIRE AL PZ UN RAZIONALE DELLA VALUTAZIONE

- **Esempio di frase num. 1:**

"Da quello che risulta dall'invio da parte del suo medico sembra che possa aiutarla con alcuni dei problemi che sta avendo ... ma, per essere in grado di lavorare insieme, ho bisogno di avere una conoscenza molto buona e approfondita dei problemi che ha avuto ... sembra che questi problemi siano presenti da diverso tempo, ci vorrà del tempo per ottenere una comprensione veramente buona ... che ne pensa se passiamo le prossime 3 sedute (è possibile che sia necessario un tempo anche più lungo) a parlare delle difficoltà che ha avuto e di come si sono sviluppate nel corso del tempo. Può andare bene?"

- **Esempio di frase num. 2:**

"Quale potrebbe essere per lei la causa di questi problemi?" o "Che cosa le ha detto il suo medico riguardo ai problemi che ha avuto?"

FINALITA' DELLA VALUTAZIONE PRE-TRATTAMENTO

- **Obiettivo ultimo del CBT:** Ridurre la sofferenza e migliorare la qualità di vita dei pz psicotici.
- **Obiettivo del Modulo 1:** raccogliere le informazioni al fine di sviluppare una formulazione completa delle difficoltà del paziente. Reperire aspetti rilevanti per i successivi moduli di terapia (diagnosi, sintomi psicotici riferiti, disabilità/qualità della vita, malessere emotivo associato al disturbo).

FEEDBACK SULLE VALUTAZIONI

- Utile in tutte le terapie cognitive-comportamentali al fine di “demistificare” il processo terapeutico, soprattutto quando si lavora con pz psicotici.
- Feedback breve e semplice.
- Feedback di natura qualitativa, più che quantitativa.
- Feedback riguardo i sintomi psicotici riferiti.
- Esperienze del pz descritte in termini di antecedenti, credenze e conseguenze (modello ABC - Antecedenti/Credenze/Conseguenze)

"Quando ha una discussione con il suo coinquilino (A), inizia a preoccuparsi che andrà via dall'appartamento (B) e poi si sente spaventato da questo pensiero (C)" piuttosto che "Da quello che mi dice sembra che il rapporto con il suo coinquilino la faccia stare male".

ASPETTATIVE DEL PAZIENTE RISPETTO ALLA TERAPIA

Comprendere le aspettative del paziente relative alla terapia è un passo importante nella costruzione della motivazione al trattamento e di un rapporto di collaborazione.

- Può essere utile valutare le aspettative sulla terapia da parte del paziente attraverso l'uso di domande come:

"Come si è sentito quando ha visto uno psicologo/uno psicoterapeuta?", "Che cosa ha fatto?"

"Che idea si è fatto rispetto a quello che faremo in queste sedute?"

- Chiedere al paziente di completare il "Questionario sulle aspettative" può fornire un utile punto di discussione per chiarire le aspettative circa la terapia e i suoi risultati. In particolare, può aiutare ad identificare le aspettative positive irrealistiche o i sentimenti negativi, come la mancanza di speranza di miglioramento con il trattamento.

ASPETTATIVE DEL PAZIENTE RISPETTO ALLA TERAPIA

- Ottenere informazioni relative all'idea che il paziente si è fatto sul proprio disturbo e sulla terapia ci aiuterà a prendere decisioni su come proseguire il trattamento.
- Fornire informazioni sulla struttura generale e il formato della terapia, ad esempio: l'approccio collaborativo, lo scopo dei compiti a casa, la durata e la frequenza delle sedute.

RIEPILOGO DELLA SEDUTA

Riepilogare, al termine della valutazione, i punti chiave della seduta e completare i questionari auto-somministrati.

MODULO 2

Valutazione dei sintomi specifici

OBIETTIVI

1. Continuare a costruire una buona intesa con i pazienti e a sviluppare una solida alleanza terapeutica
2. Valutare i sintomi psicotici che il paziente sta vivendo e il modello esplicativo di questi sintomi
3. Ottenere misure oggettive delle caratteristiche specifiche dei sintomi psicotici dei pazienti: allucinazioni e deliri
4. Sviluppare l'analisi funzionale dei sintomi psicotici del paziente (deliri e allucinazioni) usando il colloquio clinico e la valutazione semi-strutturata
5. Fornire un feedback al paziente sulle valutazioni effettuate
6. Concordare in modo collaborativo gli obiettivi del trattamento

CONTENUTI

- Razionale per la valutazione specifica dei sintomi
- Valutazione dei deliri e/o delle voci
- Fornire un feedback relativo alle valutazioni effettuate
- Scopi/obiettivi della terapia

BATTERIE DI VALUTAZIONE E SCHEDE DI LAVORO NECESSARIE

Batterie di valutazione necessarie:

- Deliri
Scale visive analogiche: punteggio relativo alla convinzione e alla preoccupazione (Chadwik e Lowe, 1990)
- Voci
Intervista sulla valutazione cognitiva delle voci (Chadwik e Birchwood, 1996)
Questionario che esplora le credenze sulle voci BAVQ-R "revised" (Chadwik e Birchwood, 2000)
Scala di valutazione sulla topografia delle voci (Hustig e Hafnre, 1990)
- Deliri e Voci:
Questionario DIV relativo alla valutazione dei deliri e delle voci (autori A.Pinto, P.Morosini)

Schede di lavoro necessarie:

2-Obiettivi della terapia

13- Riepilogo della seduta

Obiettivi della terapia

Obiettivo: _____

Per favore segna sulla scala sottostante quanto ritieni il tuo obiettivo raggiunto:

0 _____ 100

Per niente

Completamente

RIEPILOGO DELLA SEDUTA

Rivedere i punti chiave affrontati durante la seduta e permettere al paziente di annotarli per riferimenti futuri:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Chiedere ai pazienti di annotare qualsiasi pratica o compiti a casa suggeriti durante la seduta:

PUNTI CHIAVE DELLA SEDUTA

- Vi è un chiaro legame tra la qualità della relazione e la descrizione accurata dei sintomi. **Questo modulo deve pertanto essere svolto nel contesto della costruzione della relazione e della motivazione alla terapia**: la priorità deve essere data allo sviluppo del rapporto e della relazione terapeutica, anche a scapito di una rapida raccolta di informazioni.
- Come nel Modulo 1 (“Valutazione generale”), è importante bilanciare il processo di valutazione con considerazioni relative alle preoccupazioni attuali del paziente. **Può essere necessario programmare il tempo delle sedute di valutazione integrando interventi brevi incentrati sulle preoccupazioni immediate**. per esempio: la risoluzione dei problemi pratici urgenti.
- **Alcune scale di valutazione dovrebbero essere ripetute ad intervalli regolari**, in particolare la siglatura della “Scala analogica visiva sulle convinzioni deliranti” e della “Scala di valutazione sulla topografia delle voci”.

Razionale per la valutazione specifica dei sintomi

Può essere utile spiegare che si parlerà in dettaglio con il paziente dei suoi sintomi specifici e, naturalmente, è necessario chiedere il suo permesso per fare questo. Ad esempio: *"Per comprendere correttamente la sua situazione sarà importante parlare in dettaglio di alcuni dei suoi sintomi come le voci, cosa ne pensa?"*

Valutazione dei deliri e/o delle voci

L'obiettivo generale di questa valutazione è sviluppare una comprensione o una formulazione di come le convinzioni deliranti e le allucinazioni uditive operino per produrre malessere e disturbare il paziente.

Valutazione dei deliri e/o delle voci

Credenze deliranti

- Lo scopo della valutazione è quello di sviluppare una **valutazione funzionale e una formulazione relative alle convinzioni deliranti**, che includano una comprensione dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento
- Il mezzo principale di valutazione è il colloquio clinico, anche se nel corso della valutazione si utilizzeranno in aggiunta scale visive analogiche per stimare la forza delle credenze e il livello di preoccupazione del paziente. Una scala analogica visiva è semplicemente una linea di 10 cm con 0% ad una estremità e 100% all'altra estremità (vedere sotto per un esempio)
- **Quando si parla di convinzioni deliranti con il paziente, è utile descriverle con le parole che il paziente abitualmente usa.**

Valutazione dei deliri e/o delle voci

... Una donna di 73 anni con diagnosi di schizofrenia è stata inviata per la terapia di convinzioni deliranti persistenti, che riguardavano la convinzione di essere perseguitata dal suo vicino. In questo caso, il terapeuta ha usato il termine utilizzato dalla signora e discusso queste credenze come "preoccupazioni". A mano a mano che la valutazione progrediva, il terapeuta ha potuto poi chiedere alla paziente di valutare il suo grado di preoccupazione per queste convinzioni utilizzando scale visive analogiche. L'uso della scala non analogica (numerica) per misurare la forza delle credenze non era stato di particolare aiuto con questa paziente, perché non era disposta a prendere in considerazione che la credenza potesse avere un valore inferiore al 100% di verità (di fatto ogni discussione in tal senso ha rischiato di compromettere la relazione)...

Valutazione dei deliri e/o delle voci

Delle scale visive analogiche erano state create per la sua “principale preoccupazione”, ad es. “Essere disturbata da Noreen” (suo vicino di casa) ed “Essere preoccupata di offendere le persone”.

La paziente riuscì a siglare rapidamente e facilmente sulla scala analogica la sua preoccupazione per ogni convinzione delirante all'inizio di ogni seduta. Per esempio:

Essere disturbati da Noreen

0-----!-----100

Questa modalità di procedere ha fornito nel prosieguo della terapia una “modalità di lavoro” che ha consentito di ridurre il suo grado di preoccupazione e l'angoscia che queste convinzioni le avevano causato...

Valutazione dei deliri e/o delle voci

Voci

•Lo scopo della valutazione è quello di sviluppare una valutazione funzionale e una formulazione delle allucinazioni uditive, compresa la comprensione dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. Utilizzando il modello cognitivo-comportamentale, le voci sono definite come eventi attivanti o trigger, piuttosto che credenze; abbiamo quindi bisogno di concentrare **gran parte della nostra valutazione sulla comprensione delle convinzioni e dei pensieri che l'individuo ha circa le sue voci, le quali portano a provare disagio e malessere.**

•Come per le convinzioni deliranti, **il mezzo principale di valutazione delle voci è il colloquio clinico**, anche se possiamo utilizzare un'intervista strutturata e scale auto-somministrate per raccogliere informazioni più complete sulle voci.

Valutazione dei deliri e/o delle voci

Voci

Oltre alle valutazioni strutturate di cui sopra, è possibile raccogliere informazioni circa la relazione che il paziente ha con le voci utilizzando le aree di seguito riportate. È importante essere il più specifico possibile:

Caratteristiche fisiche: include caratteristiche quali il numero e il genere di voci, la frequenza, l'intensità, la chiarezza, la posizione percepita.

Contenuto: è particolarmente importante essere specifici sul contenuto, perché il significato che il paziente attribuisce alla voce/i può influenzare la relazione con il suo/loro contenuto. *Che cosa dice la voce? Dà dei comandi? Commenta le sue azioni? La critica o la tratta male? Dà dei consigli?*

Credenze: alcuni tipi di credenze circa le voci sono particolarmente importanti e dovrebbero essere sistematicamente indagati. *Chi pensa ci potrebbe essere dietro alla voce/i? Pensa che la voce potrebbe essere abbastanza potente? Come fa a sapere che è potente? Che cosa accadrebbe se non rispettasse quello che la voce le suggerisce?*

Valutazione dei deliri e/o delle voci

Voci

Stimoli: Includono i segnali o le cause che inducono a sentire le voci e le situazioni o i momenti in cui non sono presenti. *Alcune persone affermano che le loro voci sono più attive in determinati momenti: "Ha notato se ciò succede anche per la sua voce/i? A che ora e in quali situazioni le sue voci sono più attive? Ci sono momenti in cui non sente la voce/i?"*

Conseguenze emozionali e comportamentali: Le voci possono avere conseguenze emotive e comportamentali positive, neutre o negative. *Come si sente quando ascolta la voce? Che cosa fa quando le voci parlano tra di loro? Ascolta (volente o nolente)? Impreca o grida contro la voce? Rispetta ciò che dice (volente o nolente)? Ignora la voce o cerca di farla smettere di parlare?*

Le misurazioni dei vari aspetti relativi alle voci e alle convinzioni circa le voci devono essere ripetute regolarmente durante la terapia.

Fornire un feedback relativo alle valutazioni effettuate

E' importante trovare il tempo per fornire un feedback della valutazione al paziente (in base al suo livello di comprensione) e della vostra formulazione. Questo permetterà al paziente di contribuire con il suo punto di vista alla formulazione in itinere e di fornire l'opportunità a voi di controllare la vostra comprensione delle sue difficoltà.

Scopi/obiettivi della terapia

- Al fine di agevolare la definizione degli obiettivi della terapia da parte del paziente, le seguenti domande possono essere utili: *"In che cosa pensa che la terapia possa esserle di aiuto?", "Quali sono le cose più importanti per lei sulle quali vorrebbe lavorare?", "Che cosa le piacerebbe cambiare della sua vita?", "Se saremo in grado di aiutarla a gestire le sue voci, cosa pensa che potrà cambiare nella sua vita?"*
- **L'obiettivo di questo processo di discussione è quello di concordare in modo collaborativo su un numero limitato di scopi o obiettivi per il trattamento che siano specifici, misurabili, realistici e coerenti con le capacità del paziente e con il tipo di approccio al trattamento.** Ad esempio, *"Non sentire la voce di nuovo"* non è probabile che sia un obiettivo realistico per un paziente affetto da allucinazioni uditive persistenti, ma *"Sentire meno paura quando sento le voci"* o *"Essere in grado di far fronte alle mie voci abbastanza per tornare al lavoro"* potrebbero essere obiettivi raggiungibili.
- **Chiedere al paziente di registrare gli obiettivi scelti nella scheda di lavoro "Obiettivi della terapia".**

RIEPILOGO DELLA SEDUTA

- i punti chiave emersi dalla valutazione
- gli obiettivi scelti per il trattamento

CONSIGLI PRATICI

- il completamento delle scale di auto valutazione
- il monitoraggio di sintomi specifici
- la revisione della “Scheda degli obiettivi della terapia”

MODULO 3

**Iniziale coinvolgimento del
paziente all'intervento terapeutico**

OBIETTIVI

1. Continuare a costruire una buona intesa con i pazienti ed a sviluppare una solida alleanza terapeutica
2. Rafforzare la messa in atto da parte dei pazienti di strategie di coping efficaci
3. Facilitare la motivazione per la terapia psicologica utilizzando strategie motivazionali con i metodi descritti nell'intervista

CONTENUTI

- Valorizzare ed eventualmente migliorare le strategie di coping esistenti verso il malessere associato al disturbo
- Accrescere la motivazione per il trattamento psicologico
- Mantenere la motivazione alla terapia

SCHEDE DI LAVORO NECESSARIE

- 3- Esercitazioni sulle modalità di coping
- 4- Valutazione del processo di cambiamento
- 13- Riepilogo della seduta

Esercitazione sulle modalità di coping

	Fai una lista delle idee che potresti avere per affrontare lo stress, i sintomi e il malessere associato
1	
2	
3	

Valutazione del processo di cambiamento

Elenca le conseguenze negative legate all'esperienza del tuo problema corrente

Elenca le conseguenze positive legate all'esperienza del tuo problema corrente

Elenca i possibili benefici che ti aspetti se tu cambiassi

Elenca i costi personali che ti aspetti se tu cambiassi

RIEPILOGO DELLA SEDUTA

Rivedere i punti chiave affrontati durante la seduta e permettere al paziente di annotarli per riferimenti futuri:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Chiedere ai pazienti di annotare qualsiasi pratica o compiti a casa suggeriti durante la seduta:

PUNTI CHIAVE DELLA SEDUTA

Uno degli elementi comuni presenti negli interventi terapeutici cognitivo-comportamentali per le persone con psicosi è l'accento posto **sull'importanza del coinvolgimento del paziente**. In questi pazienti le fasi di valutazione e di motivazione al trattamento possono durare più a lungo e richiedere uno sforzo maggiore da parte del terapeuta.

La priorità in questi moduli iniziali del trattamento è lo sviluppo della relazione e durante queste fasi iniziali (e durante la terapia), i **seguenti elementi** aiuteranno a promuovere la relazione e il coinvolgimento del paziente:

1-Tecniche generali per una terapia di sostegno del paziente

Le tecniche generali di sostegno sono il fondamento di qualsiasi terapia, con questo gruppo di pazienti diventano particolarmente critiche, al fine di comunicare che si prendono sul serio le difficoltà del paziente, che egli si può fidare di noi e che si è disposti ad ascoltare le sue preoccupazioni. Tali competenze dovrebbero essere utilizzate sin dalla fase iniziale per dare al paziente l'opportunità di parlare a lungo dei suoi problemi e dei suoi sintomi e dargli la sensazione di essere capito. Tali competenze dovranno essere mantenute nel corso della terapia.

2-Comunicare trasparenza sul processo terapeutico

Il modo in cui la valutazione viene gestita nei Moduli 1 e 2 aiuta ad introdurre l'idea che questa forma di terapia sarà la più trasparente possibile: fornire feedback e discutere le aspettative serve a rimuovere alcuni dei misteri relativi al processo terapeutico. Per promuovere questa impressione, è anche una buona idea fornire al paziente una breve introduzione di se stessi e descrivere il proprio ruolo in relazione ad altri operatori dell'equipe terapeutica.

Tale approccio è inoltre coerente con l'idea di trasparenza e collaborazione necessaria per chiarire problemi di riservatezza e di eventuali limiti di privacy. Potrebbe anche essere necessario chiarire che il paziente non ha bisogno di venire in ambulatorio per incontrarci, ma che, se lo desidera, è anche possibile fare visite domiciliari.

3-Flessibilità

Un altro requisito importante è quello di rispondere in modo flessibile ai bisogni del paziente nelle diverse fasi della malattia e della terapia. Non è possibile mantenere un rapporto collaborativo terapeutico senza una costante attenzione all'evoluzione del quadro clinico e dei bisogni del paziente.

Ciò richiederà, almeno all'inizio di ogni seduta, di concordare con il paziente ciò su cui si vorrebbe lavorare.

4-Riesame periodico

Al fine di rispondere in modo flessibile alle esigenze del paziente, è necessario anche valutare continuamente alcuni fattori, quali lo stato psichico del paziente, i vissuti correlati ai sintomi, il grado di stress della vita e così via.

5-Affrontare i sintomi psicotici

L'atteggiamento più utile verso i sintomi psicotici, nella fase iniziale del trattamento, è quello di ascoltare con rispetto, senza contestarli o approvarli. Un atteggiamento di curiosità e di mentalità aperta, senza pregiudizi.

Durante l'ascolto della descrizione del paziente l'obiettivo è di partecipare al racconto e alla raccolta delle informazioni, cercando di costruire una formulazione cognitivo comportamentale del racconto stesso; ad esempio l'A, B e C della sua esperienza psicotica. È anche importante mettere in evidenza le occasioni in cui il paziente è a conoscenza di possibili spiegazioni alternative per le sue esperienze (sia per le esperienze di tutti i giorni che per le esperienze psicotiche); è possibile utilizzare queste informazioni successivamente nei moduli relativi alla terapia cognitiva.

Valorizzare ed eventualmente migliorare le strategie di coping esistenti verso il malessere associato al disturbo

Lo scopo di questo esercizio consiste nel rafforzare e migliorare l'uso attivo del paziente circa le strategie di coping che sono già parte del suo repertorio ed evidenziare le sue competenze nel far fronte ai sintomi. Dal punto di vista clinico, questa tecnica permette di trasmettere al paziente che lo si ritiene già in grado di far fronte attivamente ai suoi sintomi e alle sue difficoltà, rafforzando così un rapporto di collaborazione terapeutica ed **evitando di trasmettere l'idea che sia una vittima passiva del suo disturbo.** Valorizzare le strategie di coping del paziente è anche una terapia efficace di per sé.

La valorizzazione delle strategie di coping si basa sulla valutazione effettuata nei Moduli 1 e 2 e richiede che si disponga già di una solida conoscenza dei sintomi del paziente. **Questa sezione non introduce nuove strategie di coping.**

Valorizzare ed eventualmente migliorare le strategie di coping esistenti verso il malessere associato al disturbo

Le fasi del processo di identificazione e di valorizzazione delle strategie di coping esistenti sono:

- 1. Stimolare il paziente a descrivere la gamma di strategie di coping già utilizzata**
- 2. Discutere ogni strategia con il paziente in modo dettagliato**
- 3. Selezionare alcune strategie da utilizzare in modo più costante e fare piani per la loro applicazione**

Stimolare il paziente a descrivere la gamma di strategie di coping già utilizzata

Inizialmente non si distingue tra le strategie utili e inutili, ma la stesura di un elenco, il più ampio possibile, ha l'obiettivo di sottolineare che **il paziente è una persona attivamente impegnata a far fronte ai sintomi psicotici.**

I tipi di strategie che vengono utilizzati più frequentemente da persone con sintomi psicotici residui sono:

Cognitivi: distrazione, restringimento dell'attenzione, auto-istruzione

Comportamentali: aumento o diminuzione dell'interazione sociale, aumento di attività solitarie, tentativi di evitare i fattori scatenanti

Modificazione degli input sensoriali: aumento della stimolazione sensoriale (es. ascolto della radio o della TV)

Strategie fisiologiche: esercizi di rilassamento o di respirazione

Le persone possono anche riferire di “auto-medicarsi” con alcool o farmaci (prescritti e non).

Discutere ogni strategia con il paziente in modo dettagliato

È importante avere una chiara comprensione delle strategie che il paziente sta già usando e di come le stia utilizzando. Questa analisi include la comprensione di quali conseguenze si potranno avere, sia a breve termine che a lungo termine, nell'applicare quel comportamento o quella specifica strategia. Alcune strategie utilizzate possono produrre un beneficio solo a breve termine, pur mantenendo disagio e malessere a lungo termine.

Ad esempio, evitare le situazioni sociali, a causa della convinzione che gli altri siano in grado di leggere la propria mente, può ridurre la sofferenza immediata, ma manterrà e probabilmente rafforzerà la credenza a lungo termine. **In generale l'evitamento dei problemi non è una buona strategia nel lungo termine.**

Selezionare alcune strategie da utilizzare in modo più costante e fare piani per la loro applicazione

Chiedere al paziente di scegliere alcune strategie che gli risultano più utili (perché molto efficaci oppure perché hanno il minor numero di limitazioni, ecc.). Dare al paziente la scheda di lavoro per esercitarsi al coping (o una scheda di coping) e chiedergli di registrare ciò che è emerso dalla discussione sulle strategie di coping. **Lo scopo di questa scheda di lavoro è consentire ai pazienti di registrare in dettaglio le loro attuali strategie di coping più utili.**

Definire obiettivi specifici con il paziente per l'utilizzo durante la settimana successiva di una o più delle strategie di coping individuate.

Accrescere la motivazione per il trattamento psicologico

I pazienti spesso esprimono dubbi sui benefici del trattamento psicologico dei loro sintomi o sembrano riluttanti a impegnarsi in compiti necessari per la terapia. Questa è di solito la conseguenza di qualche fattore che sta indebolendo la motivazione al cambiamento:

- La percezione che vi siano vantaggi nell'aver i sintomi psicotici, ad esempio un senso di compagnia e conforto per chi ha allucinazioni uditive
- La paura della perdita dei benefici positivi associati ai sintomi se la terapia è efficace ad es. il supporto da parte di professionisti della salute mentale

Dare la scheda di lavoro sulla "Valutazione del processo di cambiamento" e, attraverso la scheda di lavoro, discutere con i pazienti per registrare i costi e i benefici del cambiamento o dell'assenza di cambiamento.

Accrescere la motivazione per il trattamento psicologico

... Come indicato nel Modulo 1, Gene (un uomo di 27 anni) ha riferito alcuni dubbi circa il valore della terapia. Nel discutere i costi e i benefici con il suo terapeuta sono state espresse le seguenti valutazioni:

Conseguenze negative del problema attuale

Limitazioni su ciò che posso fare: non essere veramente spontaneo
Ansioso in alcune situazioni sociali, ad esempio sul lavoro

Conseguenze positive del problema attuale

Gestione ok
Non essere molto stressato

I vantaggi del cambiamento

Una opportunità di parlare delle mie difficoltà e accrescere la mia comprensione di cosa sta succedendo, guadagnare un po' di sostegno in più
Possibilità di migliorare la qualità della vita
-introdurre più variazioni nella routine
-essere in grado di fare più cose
-essere più spontaneo

I costi del cambiamento

Aumenta lo stress e il disagio perché devo parlare di situazioni difficili (es. mi devo aprire)
Altre persone possono scoprire delle cose sul mio conto e che cosa ho fatto
La mia routine può essere modificata

Mantenere la motivazione alla terapia

Sviluppare e mantenere la motivazione alla terapia non è un compito da effettuarsi una tantum. La motivazione dovrà essere monitorata su base continuativa, fino a quando il paziente rimane in terapia, in quanto è probabile che la motivazione non sia costante nel tempo.

La motivazione e l'impegno per la terapia possono essere rivisti, **valutando ripetutamente gli obiettivi della terapia e chiedendo al paziente se gli obiettivi fissati all'inizio della terapia siano sempre pertinenti o importanti per lui e se ora ci siano altre questioni sulle quali vorrebbe lavorare, a cui non aveva pensato all'inizio della terapia.**

RIEPILOGO DELLA SEDUTA

- Promemoria delle strategie di coping più utili
- Identificare i vantaggi più importanti correlati al cambiamento

CONSIGLI PRATICI

- **Lettura**
- **Lavorare sulla scheda di lavoro esercitazione sulle modalità di coping o sulla scheda di lavoro sulla “Valutazione del processo di cambiamento”**
- **Pianificare esercitazioni pratiche su una selezione di strategie di coping**

MODULO 4

Psicoeducazione

OBIETTIVI

- Continuare a costruire una buona intesa con i pazienti ed a sviluppare una solida alleanza terapeutica
- Fornire ai pazienti informazioni riguardo la psicosi ed i sintomi psicotici, che siano adatte ai loro livelli di consapevolezza ed ai loro atteggiamenti verso la malattia
- Fornire ai pazienti un “modello stress-vulnerabilità” normalizzante i sintomi psicotici, allo scopo di cominciare a ridurre le convinzioni catastrofiche e la mancanza di speranza associate alla psicosi, nonché l'ansia, l'umore depresso, il ritiro sociale e l'ideazione suicidaria conseguenti.

Modello Stress-Vulnerabilità

Fornisce una base razionale per integrare tra loro gli interventi psicologici e la terapia farmacologica

CONTENUTI

- Cos'è la psicosi?
- Modello stress-vulnerabilità

SCHEDE INFORMATIVE E DI LAVORO NECESSARIE

Schede informative necessarie:

- Cos'è la psicosi?
- Modello stress-vulnerabilità

Schede di lavoro necessarie:

- 5- Modello stress-vulnerabilità
- 13- Riepilogo della seduta

La scheda di lavoro sul modello Stress-Vulnerabilità

Fattori di Vulnerabilità: Elenca ogni tipo di fattore che tu pensi abbia incrementato la tua vulnerabilità a sviluppare un episodio psicotico o la psicosi

Lista di controllo dello stress: c'è mai stato nella tua vita qualcosa che ti ha stressato prima di stare male?

Fattori di Rischio: Cosa pensi potrebbe aver aumentato il rischio di aver sviluppato un episodio psicotico?

Fattori Protettivi: pensi di avere qualche risorsa o le forze che potrebbero ridurre il rischio di peggiorare?

Modello Stress-Vulnerabilità

Fattori di vulnerabilità

- vulnerabilità genetica
- vulnerabilità biologica/del neuro-sviluppo; possono essere fattori prenatali (es. infezioni durante la gravidanza, traumi ostetrici, malattie o carenze nutrizionali della madre) o post-natali (es. traumi cranici in età infantile, abuso di sostanze durante stadi maturativi)
- vulnerabilità agli eventi stressanti (es. bassa autostima, bassa tolleranza alle frustrazioni, età adolescenziale-prima età adulta)

Eventi di vita stressanti

- Recente lutto/sofferenza
- Deprivazione di sonno
- Disturbo post-traumatico da stress
- Uso di droghe es. psicosi da amfetamina
- Deprivazione sensoriale
- Essere in situazioni di ostaggio
- Isolamento
- Abuso sessuale

Fattori protettivi

- uso di strategie di coping (come descritto nel Modulo 3)
- supporto sociale o interazioni costanti con altri
- cercare aiuto in modo appropriato
- uso regolare di farmaci antipsicotici

Fattori di rischio

- uso di droghe o alcool; es. “Diceva che alcuni dei suoi episodi si sono manifestati dopo che aveva fumato molta marijuana, fumare marijuana è un fattore di rischio per lei?”
- isolamento sociale
- situazione abitativa insoddisfacente

Il terapeuta dovrebbe registrare esempi specifici di questi fattori sulla scheda di lavoro “Stress-vulnerabilità”, mentre li identifica con il paziente.

RIEPILOGO DELLA SEDUTA

Rivedere i punti chiave affrontati durante la seduta e permettere al paziente di annotarli per riferimenti futuri:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Chiedere ai pazienti di annotare qualsiasi pratica o compiti a casa suggeriti durante la seduta:

PUNTI CHIAVE DELLA SEDUTA

È importante tenere a mente che questo modulo non è stato ideato per essere un esercizio didattico. **Lo scopo è sviluppare una comprensione, condivisa con il paziente, a proposito della natura e del contesto delle sue difficoltà, piuttosto che impartire una serie di informazioni standard sulla psicosi.** Come descritto nell'introduzione a questo manuale, la componente psicoeducativa del trattamento dovrebbe essere condotta con uno stile personalizzato e collaborativo. Per esempio, la comunicazione di informazioni riguardo la psicosi a questo stadio dovrà essere “graduata” o variata in rapporto al grado di consapevolezza di ogni singolo paziente. **Per tutti le informazioni dovrebbero essere trasmesse in maniera breve e diretta, usando un linguaggio che il paziente possa comprendere facilmente.**

RIEPILOGO DELLA SEDUTA

- informazioni rilevanti sulla psicosi
- panoramica sul modello stress vulnerabilità personalizzato

CONSIGLI PRATICI

- lettura
- scheda di lavoro “Stress-vulnerabilità”