



***Manuale cognitivo comportamentale  
per le psicosi  
Moduli 5 - 10***

***E. Tedeschini***

***Gruppo modenese «Esordi psicotici»***

***DSM-DP AUSL-MO***

## **MODULO 5**

# **Terapia cognitiva dei deliri**

# OBIETTIVI

- 1 Mantenere una buona intesa con i pazienti e sviluppare una solida alleanza terapeutica
- 2 Aiutare i pazienti a capire in che modo le loro convinzioni e i loro pensieri influenzano le loro sensazioni/ emozioni e la loro capacità di coping
- 3 Analizzare in modo collaborativo le prove a favore e contro le convinzioni deliranti
- 4 Aiutare il paziente a concepire e a far emergere la realtà, raccogliendo informazioni sulle convinzioni deliranti
- 5 Aiutare i pazienti a trovare spiegazioni e idee alternative che siano salutari, utili ed equilibrate

# CONTENUTI

- Pensieri e sensazioni/emozioni – modello ABC
- Stabilire la connessione tra B e C
- Criticare le convinzioni deliranti
- Esperimenti per valutare le convinzioni
- Pensiero equilibrato e funzionale

# SCHEDE INFORMATIVE E DI LAVORO NECESSARIE

Schede informative necessarie:

Pensare e sentire

Il catalogo delle emozioni/sentimenti

Schede di lavoro necessarie:

8- Il Diario dei miei pensieri-emozioni

9- Credenze da verificare in modo sperimentale

13- Riepilogo della seduta

# IL DIARIO DEI MIEI PENSIERI-EMOZIONI

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

# **CREDENZE DA VERIFICARE IN MODO SPERIMENTALE**

**Credenza da dimostrare: \_\_\_\_\_**

- 1. Previsione: cosa succederebbe se questo pensiero fosse vero?**
- 2. Problemi possibili**
- 3. Piano per fronteggiare i possibili problemi**
- 4. Esito dell'esperimento: cosa è successo realmente?**
- 5. L'esperimento ha provato il pensiero che stavo testando?**

# ***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

**Lo scopo di questo modulo è aiutare i pazienti a rivalutare alcune convinzioni deliranti che causano loro malessere e a sviluppare convinzioni o spiegazioni alternative.** Esso descrive passo dopo passo un approccio alla comprensione e alla messa in dubbio delle convinzioni deliranti.

# PUNTI CHIAVE DELLA SEDUTA

1. Distinguere pensieri e sensazioni/emozioni
2. Stabilire una connessione tra pensieri e sensazioni/emozioni
3. Identificare le convinzioni deliranti significative
4. Mettere in dubbio verbalmente le convinzioni deliranti
5. Condurre esperimenti comportamentali per testare le convinzioni
6. Sviluppare auto-asserzioni alternative per far fronte alle convinzioni

# Distinguere pensieri e sensazioni/emozioni

A-Chiedere al paziente di descrivere una situazione recente in cui abbia esperito una sensazione emotiva forte; inizialmente, non è necessario che si tratti di un esempio “delirante”.

B-Chiedere poi “Come si è sentito in quella situazione?”. La situazione le suscitava emozioni come rabbia, tristezza, ansia, frustrazione e/o sensazioni fisiche come stretta al petto, pianto, pugno nello stomaco ecc.

C-Per evidenziare i pensieri automatici scaturiti in questa situazione, chiedere “Mentre succedeva, cosa pensava?” o “Cosa diceva a se stesso?” o “Cosa le passava per la testa mentre succedeva?”.

Dopo aver discusso la situazione in questo modo, tracciare tre colonne sulla lavagna: “Cosa è successo?”, “Cosa ho pensato?” e “Come mi sono sentito?/Cosa ho fatto?”. Scrivere la descrizione della situazione e le risposte nelle colonne (o usare la scheda di lavoro Il diario dei miei pensieri). Chiedere aiuto al paziente per la collocazione corretta degli eventi nelle rispettive colonne.

# Distinguere pensieri e sensazioni/emozioni

Discriminare tra situazioni, convinzioni e sensazioni può essere relativamente facile per alcuni pazienti e molto più difficile per altri. Ad esempio, alcune persone possono trovare difficoltà a separare la loro interpretazione delle situazioni dalle situazioni stesse.

*...Mavis, donna di 73 anni, diventava molto angosciata quando sentiva rumori provenienti dall'appartamento dei suoi vicini. Credeva che ciò significasse che i vicini la stavano deliberatamente tormentando. Mavis aveva molta difficoltà a separare le sue convinzioni (B) "Lo sta facendo di proposito" e "Mi sta tormentando" dalla situazione (A) "Ho sentito un rumore di piatti sbattuti nel lavello dalla porta accanto", poiché per lei il significato era implicito nella situazione...*

# Stabilire una connessione tra pensieri e sensazioni/emozioni

Favorire una discussione sulla connessione tra pensieri e sensazioni. Può essere utile porre domande come: *“Come si sarebbe sentito se avesse pensato cose diverse in questa situazione?”*, *“E se avesse pensato ... come si sarebbe sentito in tal caso?”*.

A questo punto inizierete probabilmente a notare dei temi ricorrenti nei pensieri automatici e nelle convinzioni dei pazienti.

# Identificare le convinzioni deliranti significative

*A: Ha visto il suo psichiatra nel corridoio dell'ospedale: l'ha salutata ma senza sorridere*

*B: Non mi vuole più vedere. Pensa che io sia cattiva, morta dentro*

**C: Angosciata, ansiosa**

*A: Ha dovuto aspettare la cena più a lungo di altri pazienti*

*B: Lo stanno facendo di proposito perché sono cattiva e morta dentro*

**C: Frustrata, ansiosa**

*A: Sta pensando di tornare al lavoro di volontariato all'ospedale*

*B: Non saprei cosa dire se iniziasse una conversazione. Sono cattiva e morta dentro*

**C: Ansiosa**

# Mettere in dubbio verbalmente le convinzioni deliranti

**Il passo successivo è aiutare il paziente ad iniziare a discutere, criticare o metterle in dubbio.** L'efficacia di questo processo dipende dal lavoro fatto nei moduli precedenti per rafforzare la relazione terapeutica, sviluppare un modello condiviso di psicosi e comprendere l'esperienza della persona.

**Lo scopo della critica è ridurre il malessere provocato dalle convinzioni deliranti, sviluppando spiegazioni diverse o utili convinzioni alternative.** In generale, è più vantaggioso affrontare per prima la convinzione delirante più debole. Si tratta di applicare la strategia di lavorare sui pensieri automatici prima di affrontare le convinzioni profonde, utilizzata nella terapia cognitiva standard della depressione e dell'ansia. Per esempio, con Mavis (vedi sopra) i pensieri automatici iniziali come *“Non mi vuole più vedere”*, *“Lo stanno facendo di proposito”* o *“Non saprei cosa dire”* sono un punto di partenza migliore rispetto alla più radicata convinzione delirante *“Sono cattiva e morta dentro”*.

Può essere particolarmente utile proporre spiegazioni alternative non deliranti dei fenomeni che stanno causando le convinzioni deliranti. *Un modo per mettere in dubbio queste convinzioni e' chiedere “È l'unica spiegazione possibile?” o “C'è un'altra spiegazione che possa spiegare il comportamento di questa persona?”*

# Condurre esperimenti comportamentali per testare le convinzioni

Le persone con convinzioni deliranti possano avere una tendenza a saltare alle conclusioni prima di aver raccolto una quantità sufficiente di dati. Usare semplici esperimenti può incoraggiare la persona a raccogliere sistematicamente informazioni addizionali rilevanti per le sue convinzioni. Gli esperimenti possono aiutare le persone a notare ed a utilizzare alcune delle informazioni che sono andate perse quando è stata presa la “scorciatoia” del saltare alle conclusioni.

**L'utilizzo della messa in dubbio verbale, seguita dall'analisi sperimentale delle convinzioni, potrebbe essere la strategia più efficace nel lavorare con persone con deliri** (Chadwick et al., 1994).

La scheda di lavoro “Credenze da verificare in modo sperimentale” può essere utile nella pianificazione e nella registrazione dei risultati degli esperimenti.

Gli esperimenti comportamentali possono essere utilizzati anche per suscitare una contraddizione tra la modalità in cui il paziente percepisce le proprie convinzioni e il risultato del compito comportamentale, allo scopo di rendere gradualmente la persona meno certa della validità delle sue convinzioni.



# Condurre esperimenti comportamentali per testare le convinzioni

*...Come descritto in precedenza, **Gene aveva la ferma convinzione che gli altri sapessero tutto di lui e di ciò che faceva o che avrebbero scoperto cose che lo riguardavano in seguito a qualsiasi breve o casuale contatto sociale. Egli quindi evitava molte situazioni sociali a causa dei suoi timori paranoidi.** Dopo essersi esercitato a produrre spiegazioni alternative (come sopra) si è sentito più sicuro nel trovarsi gradualmente in alcune situazioni che lo avrebbero aiutato a procurarsi informazioni utili per le sue convinzioni. Per esempio, dopo un colloquio con il suo terapeuta, aveva stabilito il compito di recarsi nel suo negozio di dischi preferito con più regolarità e di iniziare a conversare con il commesso. Gene era molto ansioso prima di svolgere questo compito poiché credeva che il commesso gli avrebbe risposto negativamente, ad esempio ignorandolo o rispondendogli male. Rimase invece sorpreso dal fatto che il commesso gli aveva risposto amichevolmente, era apparso interessato a quello che lui gli diceva e spesso era lui a iniziare la conversazione. **Gene riconobbe che queste esperienze non corrispondevano alla sua convinzione delirante e imparò ad usarle per indebolire la sua profonda convinzione...***

# Sviluppare auto-asserzioni alternative per far fronte alle convinzioni

... **Gene ha creato una scheda sul “coping” che includeva un promemoria dei processi cognitivi distorti ai quali andava incontro.** Da una parte vi era scritto “Quando mi sento minacciato, penso che gli altri mi stiano lanciando segnali che mi portano a sentirmi più ansioso e talvolta preoccupato per la mia sicurezza”. L’altro lato della scheda era riportato **un promemoria su cosa potesse fare in queste situazioni,** come “Se conosco la persona, posso avvicinarla” e il suggerimento di chiedersi “Ci sono spiegazioni alternative per questi comportamenti?” o “Ci sono spiegazioni ulteriori che confermano la mia interpretazione?”...

# RIEPILOGO DELLA SEDUTA

- una revisione delle convinzioni discusse durante la seduta
- tutte le critiche utili o le modalità di coping sviluppate durante la seduta

# CONSIGLI PRATICI

- letture
- scrittura del “Diario dei miei pensieri”
- esperimenti comportamentali con monitoraggio dei risultati

## **MODULO 6**

# **Terapia cognitiva delle Voci**

# OBIETTIVI

- Mantenere una buona intesa con i pazienti e sviluppare una solida alleanza terapeutica
- Aiutare il paziente a comprendere come le proprie credenze e i propri pensieri riguardo le voci influenzino i sentimenti, l'umore e la capacità di coping.
- Identificare insieme le convinzioni sottostanti le voci/allucinazioni ed esplorare le prove a favore e contro le credenze disfunzionali.
- Aiutare il paziente a concepire e a far emergere la realtà, raccogliendo informazioni sulle convinzioni deliranti
- Aiutare i pazienti a trovare spiegazioni e idee alternative che siano salutari, utili ed equilibrate

# CONTENUTI

- Pensieri e sensazioni/emozioni: modello ABC
- Creare una connessione B-C
- Voci come fattori scatenanti
- Mettere in discussione i pensieri automatici correlati alle voci
- Esperimenti comportamentali per testare le convinzioni
- Pensieri funzionali-equilibrati

# SCHEDE INFORMATIVE E DI LAVORO NECESSARIE

## Schede informative necessarie:

- Pensieri ed emozioni
- Il catalogo delle emozioni
- Il lavoro del detective

## Schede di lavoro necessarie:

8- Il Diario dei miei pensieri-emozioni

9- Credenze da verificare in modo sperimentale

13- Riepilogo della seduta



# IL LAVORO DEL DETECTIVE

Il processo di discussione e ridefinizione dei nostri pensieri e delle nostre convinzioni automatiche, spesso nocive, comincia mediante una loro attenta valutazione. Per scoprire se i nostri pensieri e le nostre credenze sono vere o meno, abbiamo bisogno di raccogliere ed esaminare le prove. **In quanto tale, potremmo paragonare questo procedimento a quello di un detective.**

- Dov'è la prova che i miei pensieri/le mie convinzioni sono vere?
- Ci sono prove a favore o a sfavore dei miei pensieri/delle mie convinzioni?
- Come faccio a sapere che i miei pensieri/le mie convinzioni sono veri?
- Ci sono delle cose che io ignoro o ho tralasciato?
- Ci sono altre possibili spiegazioni?
- Quanto i miei pensieri/le mie convinzioni sono realistici?

# IL DIARIO DEI MIEI PENSIERI-EMOZIONI

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

# **CREDENZE DA VERIFICARE IN MODO SPERIMENTALE**

**Credenza da dimostrare: \_\_\_\_\_**

- 1. Previsione: cosa succederebbe se questo pensiero fosse vero?**
- 2. Problemi possibili**
- 3. Piano per fronteggiare i possibili problemi**
- 4. Esito dell'esperimento: cosa è successo realmente?**
- 5. L'esperimento ha provato il pensiero che stavo testando?**

# ***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

Il messaggio chiave per questo modulo è che la causa del malessere non è solo l'esperienza di sentire le voci, **ma la modalità con cui queste voci sono vissute ed interpretate da chi le ascolta.**

Lo scopo del modulo è aiutare il paziente a riconsiderare alcune delle sue credenze e a sviluppare delle strategie utili ed equilibrate per assistere come spettatore alle proprie voci, con lo scopo ultimo di ridurre il malessere e il fastidio che egli esperisce.

Questo modulo è pertinente solo per quei pazienti che descrivono allucinazioni uditive persistenti con conseguente malessere.

# PUNTI CHIAVE DELLA SEDUTA

1. Differenziare i pensieri dalle emozioni
2. Creare una connessione tra i pensieri relativi alle voci e le emozioni che ne conseguono
3. Frasi che mettano in discussione le convinzioni relative alle voci
4. Esperimenti comportamentali per testare le credenze
5. Sviluppo di pensieri alternativi e funzionali

# Distinguere pensieri e sensazioni/emozioni

Usare il “Diario dei miei pensieri” per registrare il contenuto specifico delle voci.

- Esattamente che cosa la voce abbia detto (A): è importante, a questo punto, che il paziente riporti precisamente il contenuto della voce così come l’ha udito, piuttosto che riassumere o interpretare. Spesso i soggetti sono riluttanti a ripetere con esattezza cosa la voce/le voci abbiano detto, pertanto c’è bisogno di procedere lentamente per acquisire tutti i dettagli
- Cosa il paziente ha provato e fatto quando ha ascoltato la/le voce/i (C), es.: “Come si è sentito quando la voce le ha detto ciò?”, “Come si sente di solito quando percepisce questa voce?”
- Cosa pensa riguardo le voci (B), es.: “Cosa pensa quando sente la voce?”, “Cosa è accaduto quando ha fatto ciò che la voce le ha ordinato?”.

# Distinguere pensieri e sensazioni/emozioni

*...Terry ...*

<b><i>A-Cosa è successo? Che cosa ha detto la voce?</i></b>	<b><i>C-Come mi sono sentito? Cosa ho fatto?</i></b>	<b><i>B-Cosa stavo pensando?</i></b>
<i>Ascoltavo una voce che diceva...</i>  <i>“Prendi un coltello e pugnalalo”</i>	<i>Spaventato Confuso Angosciato Depresso</i>  <i>Ho cominciato a marciare per casa</i>	<i>Potrei farlo</i>  <i>Io non dovrei avere queste voci, sono stato punito da Dio</i> <i>La voce è il diavolo</i> <i>La voce è molto potente</i>



# Frasi che mettano in discussione le convinzioni relative alle voci

Il passo successivo è aiutare il paziente ad iniziare a discutere, criticare o metterle in dubbio. L'efficacia di questo processo dipende dal lavoro fatto nei moduli precedenti per rafforzare la relazione terapeutica, sviluppare un modello condiviso di psicosi e comprendere l'esperienza della persona. In generale, solitamente è più utile, così come per il delirio, cominciare a lavorare su credenze meno angoscianti, prima di affrontare quelle maggiormente angoscianti per il paziente.

Si comincia il processo di messa in discussione delle voci, evidenziando l'esperienza che il soggetto ha nel tentare di controllarle. Inoltre, si esplora con cautela ogni inconsistenza nelle credenze e vi si lavora sopra. Ad esempio, se si sta lavorando con un paziente che crede che la sua voce appartenga al diavolo, gli si potrebbero porre domande come *“Hai mai avuto il dubbio che questa voce fosse del diavolo?”*, oppure dire *“Lei ha detto poco fa che qualche volta si è chiesto se questa voce fosse realmente il diavolo? Potrebbe dirmi qualcosa in più su questi episodi?”*

## Fraasi che mettano in discussione le convinzioni relative alle voci

...*Come descritto sopra, Terry era particolarmente angosciato dalla convinzione che le sue voci fossero molto potenti e che lui non fosse capace di resistere ai loro ordini. Gran parte della terapia è stato utilizzata per esplorare qualche incoerenza nelle sue convinzioni. Ad esempio, Terry sente questa voce da circa 20 anni e gli ha dato dei comandi simili per molto tempo, dunque il terapeuta gli ha chiesto: “**Ha mai messo in atto questo comando?**”. Terry ha risposto che non aveva mai pugnalato nessuno o agito in maniera violenta quando ascoltava la voce. **Il terapeuta di Terry si mostrò lievemente stupito dal fatto che Terry avesse resistito con successo e per lungo tempo all'imperativo della voce, nonostante la voce fosse così potente come egli credeva.** Terry fu, inoltre, delicatamente invitato nel corso degli anni a riesaminare e discutere sui dubbi che egli aveva sperimentato circa il potere e l'identità della sua voce. Terry ha riportato che mettere in discussione le sue voci e le convinzioni che egli aveva in proposito è stato un modo per aiutarlo a sentire che aveva un controllo su di esse e sulle proprie reazioni.*

# Esperimenti comportamentali per testare le credenze

Utilizzare semplici esperimenti comportamentali, analogamente a quando si lavora con i deliri, può aiutare i soggetti a raccogliere informazioni importanti sulle loro convinzioni legate alle voci.

Ad esempio, come nel caso di Terry (sopra descritto), molti dei soggetti che sentono le voci sono angosciati dal pensiero “*Io non controllo le mie voci*”. Se vengono incoraggiati a cercare differenti strategie di controllo delle proprie voci (come utilizzare tappi per le orecchie o leggere ad alta voce) e in seguito notano un cambiamento in alcuni aspetti di queste, ciò può rappresentare un’efficace sfida al loro potere.

# Esperimenti comportamentali per testare le credenze

... In una seduta terapeutica, Terry ha riferito che, secondo una sua valutazione fatta all'inizio dell'incontro, le sue voci erano state molto frequenti, chiare e angoscianti nel corso dei giorni precedenti. Il terapeuta di Terry ha utilizzato parte della seduta a discutere con lui circa i suoi interessi personali (il giardinaggio). Terry ha parlato dei suoi progetti di rimuovere dal suo giardino alcune piante che non sarebbero diventate rigogliose e sostituirle con piante più idonee. Inoltre, egli ha raccontato di come fosse contento di stare seduto in giardino e guardare gli uccelli che sguazzavano nella vasca. **Dopo 5-10 minuti dall'inizio del racconto, il terapeuta ha chiesto a Terry: "Si è accorto delle sue voci mentre parlavamo ora?".** Terry ha affermato che non si era accorto delle sue voci e si sentiva più calmo; inoltre appariva visibilmente più rilassato. **Il resto della seduta è trascorso a discutere sul risultato di questo esperimento e su come pianificare strategie che lo replicassero a casa e a valutarne gli effetti, coinvolgendo la sua fidanzata o un amico in una conversazione simile a quella avvenuta nello studio del terapeuta quando le voci dovessero creargli malessere.**

# Sviluppo di pensieri alternativi e funzionali

... *Terry aveva trovato utile segnare il risultato di una discussione emersa durante la seduta sulle schede di coping per usarlo a casa. **Egli possedeva delle schede per diverse situazioni, come quando si sentiva ansioso prima di un appuntamento dal dottore o quando le sue voci erano particolarmente intrusive.** Su una delle sue “schede delle voci” egli aveva scritto “ci sono delle cose che io posso fare per controllare le mie voci” e ne redasse una lista, come, usare il suo stereo personale con gli auricolari, andare a fare una passeggiata, fare degli esercizi di rilassamento o stare seduto in giardino. **Queste schede hanno fornito dei punti di vista migliori rispetto alle sue convinzioni iniziali “non ho controllo sulle mie voci”...***

# RIEPILOGO DELLA SEDUTA

- valutazione e riassunto in seduta del “Diario dei miei pensieri”
- segnare i pensieri equilibrati e utili sulle schede di coping

# CONSIGLI PRATICI

- lettura
- compilazione del diario dei miei pensieri
- esperimenti comportamentali con il monitoraggio dei risultati

## **MODULO 7**

# **Training sulle abilità comportamentali**



# OBIETTIVI

- Mantenere una buona intesa con i pazienti e sviluppare una solida alleanza terapeutico
- A partire dal repertorio di strategie di coping del paziente, migliorare il controllo dei problemi correnti, ridurre il malessere ad essi associato (es. depressione e ansia) e aumentare l'auto-efficacia
- Insegnare abilità comportamentali appropriate che includano problem solving, rilassamento, programmazione delle attività e uso di gerarchie comportamentali per l'esposizione graduale e l'assegnazione progressiva dei compiti

# CONTENUTI

- Revisione delle strategie di coping esistenti
- Skills training:
  - problem solving
  - tecniche di rilassamento
  - programmazione delle attività
- gerarchie comportamentali: esposizione graduale/progressiva assegnazione dei compiti

# SCHEDE INFORMATIVE E DI LAVORO NECESSARIE

## Schede informative necessarie:

- Tecniche di rilassamento

## Schede di lavoro necessarie:

- 7 - Registrazione delle attività settimanali
- 10 - Problem solving
- 11 - Gerarchie comportamentali: esposizione graduale/assegnazione graduale dei compiti
- 13 - Riepilogo della seduta

# Scheda di registrazione delle attività settimanali

	Lunedì'	Martedì'	Mercoledì'	Giovedì'	Venerdì '	Sabato	Domenica
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							

# Problem Solving

## 1. Identifica e definisci il problema

- Prova a definire il problema nel modo più chiaro possibile; sii obiettivo e specifico. Descrivi ciò che osservi piuttosto che le tue sensazioni soggettive

**Definizione del problema**

# Problem Solving

## 2. Crea potenziali soluzioni

- Elenca quante più soluzioni senza rivalutarle
- Dopo aver elencato tutte le soluzioni possibili scarta quelle che ti piacciono meno o quelle meno realizzabili
- elenca in ordine di preferenza le soluzioni rimaste

Lista di possibili soluzioni	Soluzioni preferite
	1- 2- 3- 4- ..

# Problem Solving

## 3. Valuta le alternative

- Valuta i pro e i contro delle prime 3 o 4 soluzioni

	Vantaggi	Svantaggi
Soluzione 1		
Soluzione 2		
Soluzione 3		
Soluzione 4		

## 4. Scegli una soluzione

- scegli una o due soluzioni
- specifica come e quando metterla in atto

# Gerarchie comportamentali: esposizione graduale, assegnazione graduale dei compiti

Le strategie dell'esposizione graduale e dell'assegnazione graduale dei compiti sono entrambe basate sui seguenti principi:

1. Prendi un compito o un obiettivo che il paziente vuole raggiungere
2. Suddividilo in una serie di compiti più fattibili
3. Assicurati che ogni compito sia specifico e realistico
4. Pianifica assieme al paziente di lavorare gradualmente attraverso la serie di compiti iniziando da quello più semplice per raggiungere l'obiettivo principale.



# ***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 che la scelta di specifiche tecniche per lo skills training sia basata su una formulazione individualizzata delle difficoltà e delle necessità del paziente.

**Lo skills training necessita di essere condotto in base al presupposto che ogni paziente possieda una serie di abilità e che stia già attivamente affrontando le proprie difficoltà; questo è il motivo per cui si rivedono assieme le strategie di coping che già mette in atto, prima di valutare nuove strategie o abilità. In generale può essere utile concettualizzare nuove strategie come strumenti che il paziente può aggiungere alla propria “cassetta degli attrezzi” e fruire da questa quando richiesto.**

# Revisione delle strategie di coping esistenti

- Utilizzare un po' di tempo per rivedere le strategie di coping spontanee discusse nel Modulo 3 ("Iniziale coinvolgimento del paziente all'intervento terapeutico") e rinforzare l'utilizzo costante di strategie utili
- Dire *“Si ricorda che all'inizio della terapia abbiamo analizzato alcuni dei modi che usava per far fronte ai suoi sintomi?”* (fornire esempi se necessario). *“Perché non usiamo un po' di tempo per rivedere come sta andando con quelle strategie?”*.

# Problem Solving

La tecnica del “Problem solving” può essere una strategia utile e fondamentale nel controllare gli **eventi stressanti** sperimentati da persone che soffrono di psicosi; tali eventi stressanti sono spesso considerati fattori di vulnerabilità per le ricadute (Faloon, 2000). Questa strategia è particolarmente utile perché è una tecnica diretta e facile da insegnare, che può essere applicata ai singoli, ai gruppi e alle famiglie.

**L'essenza del “Problem solving” è quella di essere un processo a piccoli passi indirizzato ai problemi psicosociali che il paziente stesso ha identificato.**

Step aggiuntivo – 5 - Valutare gli esiti

- valutare l'efficacia della soluzione
- decidere se è necessaria una revisione del progetto attuale o, piuttosto, un nuovo progetto, al fine di risolvere in modo migliore il problema

# Problem Solving

*...Gene aveva delle difficoltà con un coinquilino che lo disturbava; ciò gli aveva causato un aumento dello stress, con ripercussioni sui suoi sintomi e sulle sue capacità di gestire la relazione. La tecnica del problem solving è stata usata per aiutarlo a considerare le opzioni che aveva per far fronte a questa situazione e per prendere il controllo su di essa. Dopo una discussione sul problema, Gene ha generato 4 possibili soluzioni:*

- 1. rimanere nell'appartamento con l'attuale coinquilino*
- 2. trasferirsi dai propri genitori*
- 3. rimanere nell'appartamento ma chiedere al coinquilino di andarsene*
- 4. trasferirsi in un altro appartamento da solo.*

*Ha identificato i vantaggi e gli svantaggi delle prime 3 possibili soluzioni, dopo aver deciso che la quarta opzione era impossibile per motivi economici.*

# Problem Solving

	Vantaggi	Svantaggi
1-Rimanere nell'appartamento con l'attuale coinquilino	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ mantenere l'indipendenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ aumentata imprevedibilità</li> <li>⌚ ridotta stabilità</li> </ul>
2-Trasferirsi dai propri genitori	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ aumentata prevedibilità</li> <li>⌚ supporto costante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ ridotta indipendenza</li> <li>⌚ dover sottostare alle regole dei genitori</li> </ul>
3-Rimanere nell'appartamento ma chiedere al coinquilino di andarsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ sarebbe possibile rimanere nell'appartamento, vivendo lì</li> <li>⌚ meno stress a lungo andare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ non volersi confrontare col coinquilino</li> <li>⌚ preoccupazione di rovinare il rapporto d'amicizia</li> </ul>

*Dopo aver letto la lista dei vantaggi e degli svantaggi, Gene ha deciso che l'opzione migliore per lui sarebbe stata quella di tornare nella casa dei suoi genitori, almeno per un primo periodo. Ha deciso che mantenere uno stile di vita più prevedibile era la cosa più importante per lui ed era compiaciuto del fatto di aver preso una decisione che pensava lo avrebbe aiutato a gestire tutto al meglio...*

# Tecniche di rilassamento

Insegnare una tecnica per gestire l'ansia e gli stati di arousal (stress), risulterà particolarmente utile per quei pazienti con sintomi psicotici persistenti.

**Per tutte le tecniche di rilassamento, la chiave è una pratica costante. Sarà necessario concordare un programma di pratica col paziente** (di solito è utile fare pratica almeno una volta al giorno) e rivalutarlo nelle sedute successive. Può essere d'aiuto fornire al paziente una registrazione vocale contenente gli esercizi di rilassamento per fare pratica, finché non diventa familiare con questa routine.

La flessibilità qui è molto importante e ci sono molti approcci per il rilassamento che possono essere insegnati. Può essere necessario provare alcuni di questi coi pazienti e farsi guidare dalle loro preferenze. Due tecniche di rilassamento fondamentali sono brevemente descritte di seguito:

- 1- Il controllo del respiro
2. Rilassamento attraverso il “lasciarsi andare”

# Il controllo del respiro

1. Spiegare che, quando diventiamo ansiosi, la nostra frequenza respiratoria spesso cambia, determinando una serie di altre sensazioni fisiche. Rallentare il nostro respiro può aiutarci a controllare le sensazioni fisiche velocemente e quindi farci sentire più a nostro agio.
2. Introdurre la “Tecnica del respiro” (inspirare contando fino a 4, trattenere il fiato per 2 secondi, espirare contando fino a 6).
3. Esercitarsi durante la seduta per 5 o 10 minuti.
4. Chiedere al paziente cosa ne pensa, cosa ha provato durante l’esperienza e discutere ogni difficoltà.



# Il controllo del respiro

Parlare del fatto che imparare una tecnica di controllo del respiro è più difficile di quanto possa sembrare all'inizio e richiede molta pratica. Si può anche suggerire qualche modo per rendere il processo più semplice, per esempio:

1. inizialmente, fare l'esercizio del respiro solo quando non si sente ansioso
2. spiegare che alcune persone si sentono più ansiose quando cominciano ad usare la "tecnica del respiro" perché aumenta la consapevolezza di sensazioni fisiche alle quali prima evitavano di pensare. È importante perseverare con la tecnica, perché l'ansia si ridurrà con la pratica
3. assicurarsi di fare pratica in un ambiente confortevole, per es. da sdraiati è più semplice che stando seduti su una sedia, scegliere una stanza tranquilla con luce soffusa e provare a fare pratica quando si sa che non si verrà disturbati
4. capire il proprio modo di respirare per qualcuno può essere difficile da sopportare, quindi potrebbe essere necessario modificarlo leggermente (ad es. inspirare contando fino a 3, trattenere per 1 ed espirare contando fino a 5 o inspirare contando fino a 3, trattenere per 1, espirare contando fino a 3)

Fornire al paziente la copia della scheda informativa "Tecnica di rilassamento: respiro e rilassamento". Questo fornisce qualche informazione di base sul ruolo del respiro nell'ansia e nel rilassamento oltre ad essere un promemoria dei concetti essenziali della tecnica del respiro.

# Rilassamento attraverso il “lasciarsi andare”

Per il rilassamento attraverso il “lasciarsi andare”, si può utilizzare un testo sulla falsa riga di quello sotto riportato:

*“Si concentri sul suo respiro... si concentri su ogni respiro, dentro e fuori... mentre continua con questo lento respirare, esplori il suo corpo alla ricerca delle zone che le sembrano particolarmente tese... con ogni respiro provi a lasciar andare via la tensione da questi muscoli. Adesso si concentri su specifiche aree del corpo, cominciando con i muscoli dei piedi e delle caviglie poi andando verso l'alto; si concentri sulle varie parti del corpo che sente particolarmente tese, esplorando mentre inspira l'area che sente tesa e rilasci ogni tensione mentre espira. Continui questo esercizio per 10-15 minuti”*

# Programmazione delle attività

Chiedere al paziente di registrare le proprie attività per una settimana, così da avere un'idea del "livello base" di attività. La scheda di lavoro "Programmazione settimanale delle attività" può essere usata a questo scopo.

Una volta stabilito un livello di base delle attività, si può lavorare col paziente per ampliare gradualmente le attività esistenti (ad es.: camminare per mezz'ora anziché 10 minuti) o aggiungerne di nuove (es. attività di volontariato). È essenziale che il paziente scelga personalmente le attività in modo tale che siano il più possibile significative ed appropriate per lui (anche quando il terapeuta si è attivamente coinvolto nel dare suggerimenti iniziali per le attività).

Si può anche concordare con il paziente che le attività ricevano delle valutazioni di "Piacere" e "Padronanza" su una scala che va da 0 a 10 per aiutare la persona a riflettere su quale attività trovi più utile o gratificante. I voti sul "Piacere" si riferiscono a quanto piacere la persona prova mentre fa una certa attività, mentre la "Padronanza" indica quanto quell'attività abbia rappresentato un successo.

... In terapia, Mavis era capace di riflettere su alcune delle cose che aveva imparato per affrontare la sua malattia psicotica. **Una delle cose che aveva capito era di essere meno preoccupata per i suoi problemi (es. deliri) quando era maggiormente attiva e trascorrevva più tempo fuori di casa.** Il suo defunto padre, la cui opinione aveva in gran considerazione, le aveva spesso suggerito di mantenersi in attività, come modalità per tenere la mente distratta dalle preoccupazioni. Ad ogni modo, nel momento in cui cominciò la terapia, il suo livello di attività si era ridotto e aveva anche interrotto il suo regolare lavoro di volontaria ausiliaria presso l'ospedale. Il terapeuta di Mavis le cominciò innanzitutto a parlare dei pro e dei contro del ritorno al lavoro di volontariato. Mavis riconosceva che c'erano molti vantaggi nel tornare al lavoro, ma anche qualche ostacolo. Dopo aver discusso delle difficoltà e aver elaborato delle strategie per superarle, Mavis fu in grado di prendere la decisione di ritornare al proprio lavoro di volontaria. **Lo step successivo fu quello di aiutare Mavis a pianificare qualche attività aggiuntiva. Gradualmente, Mavis fu capace di riprendere qualche cosa che prima le piaceva fare (bricolage e fare visita ad una sua amica) e di cominciare qualche nuova attività (come frequentare il centro per anziani dove prendeva il tè del mattino).** Nei momenti in cui si sentiva più reticente ad uscire, lei ricordava a se stessa: "Se papà fosse qui, cosa suggerirebbe?". Quando la terapia si stava avviando alla conclusione, Mavis fu capace di riconoscere che, mentre prima trascorrevva la maggior parte dei giorni in casa, adesso trascorrevva la maggior parte dei giorni fuori casa e stava notando, di conseguenza, dei miglioramenti significativi nel grado di preoccupazione per i suoi "problemi"...

# Gerarchie comportamentali: esposizione graduale/assegnazione graduale dei compiti

Il primo step consiste nel discutere delle situazioni evitate dal paziente per avere un'idea degli schemi di evitamento, es. quanto siano ampi o specifici e quanto problematici per il paziente. A questo punto può essere utile usare anche qualcuna delle tecniche cognitive descritte nel Modulo 5 e 6, per valutare le loro paure rispetto a queste situazioni. (Applicazione della tecnica dell'ABC comportamentale e cognitivo, analisi delle modalità di pensiero disfunzionale).

Una volta sviluppata una comprensione generale degli schemi di evitamento del paziente, lo si può aiutare a sviluppare una gerarchia delle situazioni temute. La seguente domanda può aiutare ad identificare gli step della gerarchia: “Quale di queste situazioni sarebbe più difficile da affrontare? Cosa renderebbe questa situazione più semplice/difficile? Si può usare il foglio di lavoro **“11-Gerarchie comportamentali: esposizione graduale, assegnazione graduale dei compiti”** per prendere nota della gerarchia.

# Gerarchie comportamentali: esposizione graduale/assegnazione graduale dei compiti

Chiedere al paziente di assegnare un punteggio agli step della gerarchia, basandosi sulla scala **PSM (punteggio soggettivo di malessere)**, dove 0=assenza di malessere o ansia e 100= massimo malessere o ansia che hanno provato.

Assieme al paziente scegliere un compito, tra quelli a punteggio inferiore, che egli abbia intenzione di tentare. Discutere gli ostacoli e le difficoltà che si incontrano nel tentativo di fare il compito e provare a trovare delle soluzioni alternative. Se il paziente non è sicuro di poter completare il compito, dovrà suddividerlo in compiti ancora più piccoli.

Una volta che il paziente abbia cominciato a lavorare sui compiti di esposizione, è fondamentale rinforzare l'importanza di insistere con tali esercizi rivedendo regolarmente i progressi. Enfatizzare l'importanza del tentativo di fare i compiti, piuttosto che focalizzarsi solo sui successi ottenuti. **E' inoltre importante incoraggiare il paziente a rinforzare i propri progressi con delle gratificazioni.**

# Gerarchie comportamentali: esposizione graduale/assegnazione graduale dei compiti

E' importante distinguere l'evitamento ansioso dall'evitamento strategico della sovrastimolazione, che può essere una strategia di coping adattiva degli individui affetti da psicosi. L'unico modo per riuscirci è attraverso un'attenta valutazione della funzione di ogni comportamento di evitamento e attraverso il monitoraggio attento degli esercizi di esposizione. Per esempio, se una persona sta evitando solo le situazioni durante le quali i sintomi psicotici aumentano e trova che questo lo aiuti ad affrontarli meglio, è più probabile che questo sia un evitamento utile piuttosto che un evitamento inutile/disfunzionale.

# RIEPILOGO DELLA SEDUTA

- revisione delle abilità comportamentali o delle capacità sviluppate durante la seduta



# CONSIGLI PRATICI

- aumentare le soluzioni scelte applicando il problem solving
- fare pratica di tecniche di rilassamento con l'auto-monitoraggio dell'efficacia
- compiti di esposizione graduale
- monitoraggio delle attività o pratica delle attività scelte

## **MODULO 8**

# **Terapia cognitiva dei sintomi secondari (opzionale)**

# OBIETTIVI

1. Aiutare il paziente ad applicare tecniche di terapia cognitiva alle convinzioni ed ai pensieri associati ai sintomi secondari (bassa autostima, depressione, ansia)
2. Aiutare il paziente ad aumentare la consapevolezza di stili di pensiero disfunzionali legati all'esperienza di avere difficoltà associate a sintomi secondari
3. Aiutare i pazienti a creare spiegazioni alternative e pensieri che siano utili, equilibrati e sani.

## Punti chiave della seduta

- Spesso l'esperienza della depressione o dell'ansia in persone con psicosi è molto simile a quella dei pazienti non psicotici. Essi riportano pensieri, sensazioni, sintomi fisici e strategie di coping simili.
- Se l'esperienza di ansia o di depressione del paziente è più legata ai sintomi psicotici (ad esempio si sentono ansiosi a causa dei timori paranoidi) si consiglia di affrontare questi sintomi e le convinzioni ad essi associati, come identificato nei Moduli 5 e 6.

# Note per il terapeuta

Nell'affrontare questo modulo usiamo lo schema descritto nei seguenti manuali di terapia del CCI:

“Mood management anxiety: terapia cognitivo-comportamentale dell'ansia”

“Mood management depression: terapia cognitivo-comportamentale della depressione”

## **MODULO 9**

# **Piano di autogestione per la prevenzione delle ricadute**

# OBIETTIVI

- Mantenere una buona intesa con i pazienti e sviluppare una solida alleanza terapeutica
- Aiutare il paziente ad identificare i segni precoci d'allarme di un episodio psicotico
- Aiutare il paziente a sviluppare delle strategie di autogestione da mettere in atto quando comincia ad avvertire i segni e i sintomi precoci d'allarme
- Valutare insieme i progressi dei pazienti dall'inizio della terapia ad oggi, valorizzando i cambiamenti e le conquiste ottenute

# CONTENUTI

- Segni precoci di crisi
- Piano di autogestione per la prevenzione delle ricadute
- Valutazione delle abilità e rinforzo dei cambiamenti avvenuti durante il trattamento



# SCHEDE INFORMATIVE E DI LAVORO NECESSARIE

Schede informative necessarie:

Segni precoci di allarme

Schede di lavoro necessarie:

6-Segnali precoci di allarme

12-Piano di autogestione per la prevenzione delle ricadute

13- Riepilogo della seduta

# Scheda di lavoro dei segnali di allarme precoci

Quali sono i segni che potrebbero avvisarti della possibilità che stai per peggiorare?

I miei comportamenti	I miei pensieri
Come mi sento	Come sto con gli altri
Quali aspetti importanti gli altri notano di me	Le cose che mi stressano

# Piano di auto gestione per la prevenzione delle ricadute

**I miei sintomi precoci sono:** \_\_\_\_\_

**Il mio progetto per la prevenzione delle ricadute:**

Cosa faccio quando avverto i sintomi precoci.....

Cosa dico ai miei familiari e ai miei amici.....

Cosa chiedo ai miei familiari e/o ai miei amici per essermi d'aiuto.....

**Quali sono le mie fonti di aiuto?**

Amici, Familiari, Comunità

**Rete di supporto professionale (MMG, psichiatra...).....  
telefono**

# **Piano di auto gestione per la prevenzione delle ricadute**

**Cosa posso fare per aiutare me stesso?**

**Cosa costituisce un potenziale problema?**

**Quali strategie di coping ho trovato più utili?**

**Quali sono i miei più comuni pensieri dannosi?**

**Quali sono le mie convinzioni equilibrate?**

# ***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

Il piano di autogestione per la prevenzione delle ricadute, riguarda la gestione attiva dei sintomi che il paziente stesso mette in atto al fine di prevenire le ricadute. **In sostanza, tutto il manuale è stato condotto con il fine di ottenere il miglioramento delle abilità di gestione dei sintomi del paziente, dunque, questo modulo ha come scopo fondamentale il “tirare insieme le fila del lavoro terapeutico”, piuttosto che imparare nuove abilità.** Poiché in questa fase la terapia è quasi terminata, è anche un’opportunità per **responsabilizzare il paziente, affidando ad egli la gestione dei propri sintomi** (in collaborazione con gli operatori e le persone che si occupano di lui).

Per lavorare in questo Modulo **è importante avere un’idea chiara di cosa significhi un nuovo episodio psicotico per il singolo paziente.**

# Segni precoci di crisi

Valutare rapidamente il “Modello stress-vulnerabilità” che era stato in precedenza concordato con il paziente riferito alle sue caratteristiche personali.

a) Anzitutto, valutare i fattori di vulnerabilità che il paziente ha identificato e discutere nel dettaglio circa il fatto che la loro persistenza o la loro ricomparsa possano accentuare la vulnerabilità rispetto ai futuri episodi psicotici, es.: “Pensa che lei potrà avere verosimilmente qualche altro episodio?”, “Come pensa possa succedere di avere un altro episodio?”. **Questa discussione è una buona opportunità per sostenere credenze realistiche e funzionali sulla vulnerabilità alla psicosi**, come ad es: “Sono stato abbastanza bene per un periodo, ma ho avuto alcuni episodi in passato, dunque è probabile che io abbia una vulnerabilità alla psicosi” o “Nonostante io pensi di avere una vulnerabilità alla psicosi, ci sono cose che posso fare per gestire i miei sintomi”.

# Segni precoci di crisi

**b) Esaminare rapidamente i sintomi tipici che i pazienti hanno avvertito, quando hanno manifestato un episodio psicotico franco.** Allo scopo di stabilire i sintomi che i pazienti sono soliti avere come segni precoci di allarme, occorre lavorare sul passato, con domande tipo:

“Quali di questi sintomi tende a notare per primi?”

“Se questo è ciò che è accaduto durante l'episodio psicotico, cosa è successo esattamente prima che cominciasse?”

“Cos'è la prima cosa che cambia quando inizia a stare male?”

“Si ricorda che cosa è successo nelle due settimane precedenti il ricovero in ospedale?”

“La prima volta che ha cominciato a stare male come si è sentito? Cosa ha pensato? Cosa ha fatto? Come è si è sentito stando insieme alle altre persone in quell'occasione? Cosa le dicevano gli altri?”



# Segni precoci di crisi

- c) Il processo di identificazione dei segni precoci richiede la discussione e la spiegazione condivisa di ogni segno precoce, in modo tale da renderlo specifico e semplice da identificare. Ad esempio, “Comincio a sentirmi strano” è un segno precoce d’allarme piuttosto aspecifico. Sarebbe più semplice per una persona essere sicura che se i segni precoci si sono manifestati, questi fossero descritti con caratteristiche più specifiche, come “Comincio a pensare che qui stia succedendo qualcosa di strano” e “Mi sento ansioso” e “Non voglio uscire”.
- d) E' molto importante anche passare del tempo a riflettere sui tipi di fattori stressanti che sono stati identificati come elementi scatenanti in passato e identificare da questa lista quali potrebbero essere i diversi tipi di episodi stressanti a cui prestare attenzione come probabili fattori scatenati in futuro.

**Annotare l’esito del colloquio sulla scheda di lavoro dei “Segni precoci di allarme” sotto la voce “Fattori di vita stressanti”**

... Giacomo trovava difficile identificare i segni precoci di allarme, poiché non aveva manifestato un “episodio psicotico” da molto tempo. Egli, tuttavia, si era accorto che a volte i suoi sintomi persistenti peggioravano e lui si sentiva “meno bene”. Egli aveva notato, inoltre, che solitamente accadeva quando era particolarmente stressato, forse per un contrasto con il suo coinquilino o un cambio nelle sue attività di routine. Avendo identificato questi periodi in cui peggiorava, egli poté iniziare a pensare ai primi sintomi che aveva avvertito. In particolare, egli aveva notato i seguenti cambiamenti “Non mi facevo più la doccia tutti i giorni”, “Mi dimenticavo di farmi la doccia ogni giorno” e “Non stavo al lavoro per tutta la durata dell’orario, andando via due ore prima”. Diventando consapevole di questi cambiamenti nel suo comportamento, ora era capace di utilizzare queste indicazioni come segni che suggerivano che lui non stava più bene e come moniti per iniziare a gestire il suo stress.

# Segni precoci di crisi

I progetti per il controllo dei sintomi hanno bisogno di essere abbastanza specifici. Come punto di partenza, le schede informative sui “Segni precoci d’allarme” comprendono alcuni suggerimenti per il controllo dei sintomi e dei segni precoci d’allarme.

- Compili una lista dei sintomi e dei segni precoci d’allarme su un piccolo foglio di carta che porterà sempre nel suo portafoglio
- Spunti su una lista i suoi segni precoci d’allarme una volta alla settimana
- Chieda alle persone di cui si fida di metterla a conoscenza di quando si accorgono dei suoi segni precoci d’allarme
- Chieda al suo dottore di rivalutare ad ogni appuntamento i suoi segni precoci d’allarme

# Piano di autogestione per la prevenzione delle ricadute

Elaborare un piano su cosa fare quando questi segni precoci d'allarme sono stati identificati. Questo progetto ha bisogno di essere sviluppato insieme, chiedendo al paziente di esplorare le varie opzioni piuttosto che prescrivergliele. Il tipo di piani che le persone elaborano spesso include alcuni degli elementi seguenti:

- **Facilitare i rapporti sociali o chiedere ad un amico/un familiare un aiuto**, ad es. far sapere alle persone che si sono notati i segni precoci d'allarme e che potrebbe essere necessario un supporto extra o un aiuto pratico ad es. contattare i servizi
- **Ricordarsi delle strategie di coping precedentemente identificate**
- **Chiedere appuntamenti medici o contatti con altri professionisti della salute mentale**: chiedere al paziente delle sue esperienze passate di contatto con i servizi di salute mentale e valutare se questi servizi siano stati capaci di rispondere e che il paziente abbia le abilità necessarie per fare tali richieste, ad es: assertività, conoscenza del numero telefonico corretto, comprensione delle procedure del servizio

# Piano di autogestione per la prevenzione delle ricadute

Inizialmente questi progetti necessiterebbero di essere “abbozzati” durante una seduta di terapia e poi perfezionati dopo una discussione con membri della famiglia, amici, medici e altre persone a cui si potrebbe chiedere di avere un ruolo nel progetto. Senza questo passaggio, i progetti che potrebbero stabilirsi tra paziente e terapeuta e che sembrano essere ragionevoli, potrebbero non risultare realistici, in contrasto con il sistema di salute mentale o con le situazioni specifiche contingenti legate al paziente.

È fondamentale che i progetti di autogestione siano realistici.

# Piano di autogestione per la prevenzione delle ricadute

... *Terry ha notato che la sua fidanzata spesso “dopo la crisi” riferiva di aver notato i segni indicativi del fatto che Terry stesse iniziando a stare male. Ad esempio, lei avrebbe detto cose del tipo “Ho pensato che tu ieri non ti sentissi bene” o “Penso che le voci ti stiano infastidendo”. Dopo una discussione, durante una seduta, circa i segni precoci di malattia, Terry ha sottolineato che egli troverebbe più utile se la sua fidanzata gli facesse sapere precocemente che ha notato dei cambiamenti. Terry pensava che questo potesse aiutarlo a identificare meglio i suoi segni precoci di allarme e indirizzarlo ad intraprendere alcuni dei passaggi successivi che egli ha identificato nel progetto di autogestione. Ne parlò con la sua fidanzata, la quale era d'accordo sul segnalargli ogni cambiamento precocemente. Insieme, inoltre, hanno definito il progetto di compilare una lista dei segni precoci di malattia che essi avevano identificato e tenerla sul frigo così che entrambi se ne sarebbero ricordati regolarmente...*

# Valutazione delle abilità e rinforzo dei cambiamenti avvenuti durante il trattamento

Il “Piano di Autogestione” offre anche l'opportunità di riflettere su un range più ampio di attività che i pazienti possono fare per mantenere il benessere psichico nel lungo termine. L'utilizzo di questa strategia si unisce alle precedenti abilità di coping del soggetto, come la capacità di sviluppare un pensiero equilibrato, ai compiti comportamentali e al generale “senso comune” su come aiutarsi a stare bene nel lungo termine.

**Questa lista di idee per mantenere i successi ottenuti necessita di essere quanto più specifica possibile.**

# Valutazione delle abilità e rinforzo dei cambiamenti avvenuti durante il trattamento

Il tipo di cose che spesso la gente trova utile è:

- **Regolare pratica delle abilità cognitive e comportamentali**, ad es. rivedere regolarmente il “Diario dei miei pensieri” o le “schede di coping”, praticare le tecniche di rilassamento una volta al giorno;
- **Stile di vita equilibrato, mantenendo un equilibrio nelle normali attività.** Questo comprende fare alcune attività divertenti e piacevoli, qualche attività che determini un senso di realizzazione e qualche attività sociale, ad es. mantenere un lavoro di volontariato un giorno alla settimana, trascorrere regolarmente del tempo in giardino
- **Mantenere e sviluppare relazioni e rapporti sociali**, ad es. contattare un amico almeno una volta alla settimana, trascorrere regolarmente del tempo con i fratelli



# RIEPILOGO DELLA SEDUTA

- i più importanti segni precoci di allarme
- rivalutazione del “Progetto di autogestione”

# CONSIGLI PRATICI

- lavorare sulla scheda di lavoro dei “Segni precoci di allarme” e sul progetto di “Autogestione” o la discussione con un amico o con un familiare per perfezionare queste schede di lavoro
- elencare le abilità o le strategie che potrebbero essere utili
- elencare i cambiamenti effettuati

## **MODULO 10**

# **Valutazione post-trattamento**

# OBIETTIVI

- Ottenere misure obiettive dei sintomi psicotici, della qualità di vita e degli stress associati
- Restituire i risultati delle valutazioni al singolo paziente, fornendo così informazioni addizionali sui cambiamenti e sui miglioramenti lungo il corso della terapia

# CONTENUTI

- Razionale per una “Valutazione post-trattamento”
- Completare il pacchetto “Valutazione Post-Trattamento” del CCI
- Dare un feedback sui cambiamenti nelle misure di valutazione

# Batteria per la valutazione

Sintomi psicotici: Brief psychiatric rating scale (BPRS)

Disabilità e qualità di vita: Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS); WHO Disability Assessment Schedule

Malessere associato: Depressione: Calgary Depression Scale for Schizophrenia; Beck Anxiety Inventory

Schede di lavoro necessarie:

13- Riepilogo della seduta

# ***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

Ci sono un paio di opzioni su come si potrebbe somministrare la “Valutazione post-trattamento”:

- Si potrebbe considerare questo modulo come separato e lavorarci dopo aver completato il Modulo 9.
- Si potrebbe in alternativa scegliere di condurre i due moduli “in parallelo”, integrando le componenti dell'intervento terapeutico sulle misure di post-valutazione e restituzione alla valutazione dei segni precoci di crisi e autogestione della terapia.



# Razionale per una “Valutazione post-trattamento”

Analogamente a quanto descritto per la valutazione pre-trattamento nel Modulo 1, **è importante che venga dato al paziente un rationale per completare le valutazioni al termine del trattamento.** Se si sono utilizzate misurazioni specifiche nel corso delle valutazioni (es. gravità della sintomatologia correlata alle voci o della preoccupazione per le credenze) e si sono restituiti dei feedback utili quando richiesto, questa fase dovrebbe essere abbastanza semplice.

# Valutazione Post-Trattamento

Lo scopo della “Valutazione post-trattamento” è verificare che ci siano stati miglioramenti nelle aree individuate come obiettivo dalla terapia. Questa verifica è un elemento importante della pratica terapeutica cognitivo-comportamentale. Aree di valutazione:

## **Sintomi psicotici**

### **Disabilità/Qualità di vita**

**Malessere associato:** I sintomi di depressione e di ansia generalmente diminuiscono quando la persona è in grado di affrontare meglio i sintomi psicotici persistenti (es. Garety et al., 1994). Se una persona continua ad esperire livelli significativi di depressione o di ansia al termine della terapia, si potrebbe considerare uno specifico follow up per questa area.

**Valutazione sintomo-specifica – deliri e voci:** come anticipato nel Modulo 3, gli aspetti di questi sintomi generalmente vengono monitorati regolarmente lungo il corso della terapia. Per esempio, il grado di gravità della convinzione delirante o delle credenze viene di solito valutato settimanalmente. Questi sintomi di solito non necessitano di una ulteriore valutazione a questo punto.

# Dare un feedback sui cambiamenti nelle misure di valutazione

- a) Per cominciare si possono porre domande generali, come: “In che modo pensa che le cose siano cambiate da quando abbiamo cominciato a lavorare insieme?” oppure “Ha notato qualche cambiamento nei suoi sintomi di recente?”. Se ci sono alcune aree che sono cambiate notevolmente, si potrebbero fare domande in proposito, es. “Pensa di essere tanto preoccupato riguardo le sue voci quanto lo era all’inizio dell’anno?”
- b) È importante che la restituzione sia breve e semplice. Dovrebbe essere anche di natura qualitativa piuttosto che quantitativa.
- c) Le variazioni negli obiettivi specifici della terapia (es. convinzione delirante o preoccupazione per le voci) di solito vengono monitorate costantemente lungo la terapia, pertanto la restituzione può essere anche fornita in forma di grafico dei cambiamenti nel tempo. In questo caso si dovrebbero illustrare i cambiamenti verbalmente oltre che mostrarli ed i grafici dovrebbero essere i più semplici possibili.

# RIEPILOGO DELLA SEDUTA

Questo modulo generalmente non richiede un riassunto della sessione anche se il paziente potrebbe desiderare di riassumere o registrare elementi emersi durante la restituzione delle valutazioni.