Esempio Clinico

- *Un paziente soffriva di delirio persecutorio ed ogni volta che si trovava per strada, credendo di essere continuamente spiato ed osservato, avvertiva notevoli sintomi ansiosi che in alcuni casi sfociavano in veri e propri attacchi di panico, che, se esperiti in presenza di conoscenti, gli causavano sensazioni di vergogna ed imbarazzo che lo inducevano poi a lunghi periodi di isolamento e ritiro sociale.*
- *La cosa che gli era più insopportabile era il fatto che non riusciva a comprendere il senso ed il significato di quelle esplosioni ansiose, attribuendole ad una sua presunta debolezza e/o diversità che a loro volta andavano a giustificare il motivo per cui veniva continuamente spiato e sorvegliato (si considerava infatti una sorta di "alieno" agli occhi degli altri che, per tale motivo, avevano interesse quindi a sorvegliarlo per studiarlo di nascosto).*

- *La normalizzazione del suo stato di allarme (e delle successive crisi di panico, che anche molti altri individui avrebbero potuto provare in quelle circostanze) sulla base dell'interpretazione che dava alle cose che notava, gli consentì di poter accettare il fatto di essere ansioso e preoccupato, di sentirsi meno "alieno" rispetto agli altri, e di accettare quindi, attraverso gli esercizi di mindfulness, di mettere in atto delle strategie per imparare a "lasciare andare" (momentaneamente) i pensieri (deliranti) ansiogeni.*

- *Ebbe modo di sperimentare inoltre che con tale approccio al problema la stessa ansia si assestava a livelli decisamente più basi e tollerabili.*
- *Dal momento che non sarebbe stato possibile impedire di essere pedinato e/o sorvegliato, tanto valeva provare ad accettare la situazione e cercare invece di far qualcosa per non perdere quei pochi amici che gli erano rimasti, accettando l'ansia "normale " che provava, non vergognandosene e conseguentemente mostrandosi più disponibile ed aperto alle relazioni interpersonali*

Sviluppo di un Modello Condiviso del Disturbo-III
La formulazione del Caso-1)

- La formulazione del caso consente al terapeuta di individuare quegli elementi che rappresenteranno il vero target della terapia e soprattutto di fornire al paziente una visione ampia e coerente di quanto gli sta capitando.

- Il paziente infatti giunge in terapia con la sensazione di avere una serie di difficoltà e problemi poco comprensibili e scollegati tra loro:
- il fenomeno delle voci, la preoccupazione degli altri da cui deve difendersi e di cui non è in grado di comprendere esattamente le intenzioni, la mancanza di interesse e relazioni sociali, la presenza di emozioni quali paura, ansia, tristezza o noia, etc.

(Pinto, 2012)

La formulazione del Caso-2)

- La riformulazione psicologica delle esperienze psicotiche invece, sia in termini di spiegazioni dei modelli cognitivi di deliri e allucinazioni,
- sia in termini di individuazione di quelle aree di vulnerabilità strettamente legate alla sua storia di sviluppo,fornisce al paziente stesso una diversa chiave di lettura

La formulazione del Caso-3)

- Il terapeuta attraverso la formulazione aiuterà il pz a trovare un nesso tra queste manifestazioni sintomatiche e questi problemi ed a comprendere in che modo queste siano collegati ad aree sensibili che probabilmente non ha mai avuto modo di affrontare
  - (Morrison et al. 2004) .

La formulazione del Caso-4)

- Nel corso della formulazione vengono individuati:
  - I fattori di vulnerabilità
  - I fattori attivanti
  - I fattori di mantenimento
  - i fattori protettivi nei confronti di ricadute
  - (Pinto, 2012)

La formulazione del Caso-5)

- Naturalmente nella formulazione e condivisione del caso bisognerà tenere conto del background sociale, religioso, politico e culturale del soggetto.
- Le spiegazioni dovranno essere sempre compatibili con il background del paziente, anche se da noi non condiviso.
- (Pinto, 2012)

L’inventario dei Problemi

- La compilazione di una agenda di lavoro, aiuterà il paziente a rimanere ancorato ai temi da lui stesso individuati e proposti
- ed a fornirgli una sorta di “*guida cognitiva*”, tra i tanti pensieri che a volte intrusivamente si affacceranno alla sua mente e che istintivamente tenderebbe in maniera disorganizzata a seguire.
- (Pinto, 2012)

Razionale per l'impiego delle psicoterapie nella schizofrenia: I

- Modello Stress-Vulnerabilità (Zubing, Spring):
  - sintomi derivanti dall'azione degli stress ambientali sulla vulnerabilità individuale.
- Fattori Vulnerabilità Individuale
  - fattori biologici
  - deficit nell' "information processing"
  - non compliance farmacologica
  - deficit di "social skills"

Schizophrenia as a “complex” phenomenon - II

- **Because of the absence of certain causes which could be able to explain the phenomenon, the “vulnerability-stress model” has taken place.**

- **Zubing and Spring(1977):**
- **…”*each of us is endowed with a degree of vulnerability that under suitable circumstances will express itself in an episode of schizophrenic illness*”.**
- **Vulnerability to schizophrenia has to be regarded as a relatively permanent , enduring trait.**

- Interventions with the families, directed at influencing the level of “expressed emotions”, or various approaches focused on the enhancement of coping strategies are to be understood as examples of efforts aimed at mitigating the impact of external factors, without altering vulnerability.

La Terza Fase della Terapia

Setting: modello operativo

- **Fase di ristrutturazione:**
  - **Identificazione e Correzione delle strategie di coping spontaneamente messe in atto dal paziente;**
  - **Trattamento cognitivo -comportamentale dei sintomi psicotici;**
  - **Identificazione degli assunti disfunzionali;**

  - **Insegnamento delle abilità sociali (SST);**
  - **Strategie per la riduzione del rischio di “relapses”.**
  - (Pinto, 2012)

Identificazione e Correzione delle strategie di coping spontaneamente messe in atto dal paziente-II

- INIZIALMENTE:
  - Il terapeuta assumerà il punto di vista del paziente accettando di lavorare "*dall'interno del delirio*"
-
  - SUCCESSIVAMENTE:
    - Valutazione costi/benefici delle strategie da lui adottate
    - ed individuazione strategie alternative(Pinto, 2012)

Trattamento Cognitivo Comportamentale dei Sintomi Psicotici

Modelli cognitivi : i deliri

- I pazienti, nel tentativo di dare un senso a precedenti esperienze e /o fenomeni anomali, spesso associati ad intense reazioni emotive possono incorrere quindi, in errori di ragionamento e giudizi.
- Tali errori sarebbero determinati da bias nel processamento delle informazioni e da determinati stili cognitivi.
  - (Pinto, 2012)

Esempi di bias:

- *JTC bias*, (*jumping to conclusions)* che tende ad essere particolarmente marcato in questi pazienti e che è di notevole rilevanza nel determinare l'ideazione delirante.
- Attributional bias (Jolley S., Garety P., Bebbibgton P.).
- Externalizing bias
- Self serving attributional bias
- Bias attentivi
- Bias Metacognitivi

Altri Fattori Cognitivi..e non

- Che contribuiscono alla formazione ed al mantenimento dei sintomi
- (Garety e Freeman, 1999):
- Scarsa flessibilità delle proprie credenze
- Stile di pensiero dicotomico
- Intolleranza all'ambiguità
- Isolamento Sociale
- Teoria della Mente limitata

Alcune tecniche….standard

- Ragionamento Socratico
- **Analisi dei beliefs e delle strategie di coping sviluppate spontaneamente dal paziente**
- **Presentazione di possibili "alternative" e/o introduzione del "disputing" e del "distanziamento"**
- **Laddove possibile, "reality testing"**

.. E di nuova generazione

- Modificare il rapporto tra il paziente e le sue idee
- Diminuirne l'impatto emotivo
- Individuazione del significato di un contenuto delirante all'interno della storia di vita del soggetto
- Promuovere self acceptance and compassion
- Promuovere comportamenti adeguati , armonici e finalizzati

La formazione delle allucinazioni

- Esse sono concettualizzate, secondo il modello cognitivo, con varie Teorie:
- 1) Le Immagini Uditive (dati non univoci)
- 2) Source of Monitoring
  - Capacità di discriminare i contenuti cognitivi generati dal paziente da informazioni provenienti dall'esterno.

3) Disturbo di integrazione di materiale mnesico con stimoli sensoriali, (Hemsley,1993)

4) Disfunzione del meccanismo di monitoraggio interno che regola il dialogo interiore può determinare una maggiore sensibilità a sviluppare allucinazioni (Frith, 1992)

- Esse sono concettualizzate, secondo il modello cognitivo,
  - come dei pensieri automatici, non riconosciuti come tali dal soggetto ed attribuite a sorgenti esterne.
- La tendenza all'attribuzione esterna è accentuata da condizioni di arousal emotivo elevato e da *stressful life events*.
- Fattori di mantenimento delle voci sono riconosciuti essere:
  - i *safety beahaviors*,, le erronee attribuzioni di significato (che a loro volta contribuiscono all'insorgenza ed al mantenimento dei deliri) e reazioni emotive (alle voci stesse) particolarmente forti e stressanti.
  - (Kingdon, and Turkington , 2005)

Importante sembra essere il ruolo dell'*appraisal*, ovvero della valutazione che effettua il paziente circa il contenuto delle voci. (Garety,1999)

Quindi:

- nel tentativo di fornire al paziente, ad esempio, tecniche di distrazione si cercherà di creare prima una condivisa cornice interpretativa prima di suggerire al paziente di attuare qualsiasi tecnica finalizzata a spostare l'attenzione dalle voci.
- (Pinto,2012)
-

- Anche **le reazioni emotive** in termini di ansia, angoscia, depressione, isolamento sociale
- sono associate al mantenimento ed allo sviluppo delle allucinazioni
- oltre che dei deliri. (Kuipers et al., 2006)

- Quindi, al fine di offrire un trattamento efficace sarà importante trattare gli stati emotivi che solitamente precedono ed accompagnano le voci e provare ad interrompere il ciclo vizioso che alimenta ansia e depressione.

(Pinto, 2012)

Alcune Tecniche

- Distraction Techniques:
- Relaxation Techniques
- Sharing
- Mindfulness
- Focusi

(Pinto, Turkington , Kingdon, 2009)