L'Intervento Terapeutico

La Prima Fase della Terapia



ZL'intervento terapeutico si articola attraverso una serie di fasi, di seguito esposte in maniera sequenziale

7



Setting: modello operativo

- Ingaggio : sviluppo dell' "alleanza terapeutica":
 - → "Narrazione" del paziente: storia di sviluppo.
 - Base sicura
 - Protocollo mindfulness (laddove possibile)



La prima fase della Terapia:

L'ingaggio



IL contributo delle terapie di terza generazione per strutturare alleanza terapeutica



Si pongono come obiettivo, non esclusivamente la modifica del contenuto dei pensieri (distorti) e delle credenze (disfunzionali) di un individuo, ma l'apprendimento di nuove modalità attraverso le quali ci si può porre in relazione con pensieri ed emozioni

(Tai and Turkington, 2009)



- La tendenza di tentare di integrare la TCC standard con quelle metodologie che dessero particolare rilievo ad elementi quali:
 - l'information processing, il modo di relazionarsi con le proprie esperienze interne, etc., ha aperto la strada a ciò che da più parti viene indicata come
- **7** la Terza Generazione delle Terapie Cognitivo Comportamentali

 (□ (Dinto 2012)



- 7 Tra le modalità di intervento psicoterapeutico che in questi ultimi anni si sono strutturate all'interno di tale filosofia ricordiamo:
 - □ la Acceptance and Commitment Therapy (ACT); (Hayes S.C 1999);
 - → la Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Linehan, M. 1993)
 - → la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

7 (Segal, Z.V., et. al 2002)



7 La mindfulness sta fornendo in questi ultimi anni un valido contributo per alleviare il disagio dei pazienti mostrando come sia possibile mutare il rapporto con la sofferenza stessa

(Segal Z.V., et al., 2002).

Z Essa consente di sviluppare quelle capacità per essere meno reattivi a ciò che sta avvenendo nel momento presente 7

(Germer, 2005).



→ La Mindfulness è la capacità di prestare attenzione a qualcosa in un modo particolare:

对 intenzionalmente,

nel momento presente,

senza giudicare.

JON KABAT-ZINN

7



- In the last years, mindfulness significantly contributed to promote the ultimate goal of all medical and psychological treatments: easing patients' suffering (Segal et al., 2002).
- While psychotherapies help people solve, work on, remove or better cope with what causes their suffering, mindfulness introduces a new important element: helping its practitioners and patients change their attitude toward suffering itself.
- It helps develop the necessary skills to be less reactive to what is occurring at the moment, allowing us to deal with different types of experiences in a way that lowers our levels of suffering, while a sense of well-being is enhanced (Germer, 2005).

7 Goal:

- **对** To improve therapeutic Alliance
- New way to deal with symptoms itself
- ▼ To decrease negative consequences of delusional thinking , and fear related to hallucinations (Pinto, 2008)



- → Riteniamo pertanto che la mindfulness, con le sue caratteristiche di:
- apertura mentale, accettazione dell'esperienza (ivi compresa quella psicotica quindi), ed atteggiamento improntato alla compassione ed equanimità,
- possa in teoria rappresentare anche per questi pazienti un prezioso strumento di cui potersi avvalere.



7

Premesse per una psicoterapia

Riuscire a costruire un ambiente terapeutico tranquillo, validante e sicuro sarà pertanto fondamentale per poter conferire a questi pazienti senso di sicurezza e fiducia nei confronti del terapeuta, tappa e premessa indispensabile per poter giungere al cambiamento clinico.

(Bowlby, 1988)



IL problema dell'Alleanza Terapeutica

L' Alleanza terapeutica

obiettivo prioritario da conseguire con strategie mirate e personalizzate,

piuttosto che un presupposto per l'esecuzione di un trattamento.

(Pinto, 2009)



- Il terapeuta starà bene attento in questa fase a tenere le sue personali idee circa la natura, la verosimiglianza e l'attendibilità delle idee (deliranti) del paziente, al di fuori della conversazione.
- Accoglie invece le richieste del paziente



- Accettare le idee del paziente non significa colludere con il pensiero delirante.
- Il terapeuta applicherà la sospensione del giudizio (epoché),

7



La Seconda Fase della Terapia



Fase di definizione:

- A) Il terapeuta chiarisce il proprio ruolo
- B) L'Assessment
- C) Sviluppo di un modello "condiviso" del disturbo.
 - Normalizzazione dei sintomi;
 - **对 Formulazione del caso**
 - **对 Inventario dei problemi**;



In questa fase della terapia è importante che il <u>terapeuta definisca</u> bene con il paziente il proprio ruolo.

Terapeuta sottolinea sua estraneità rispetto alla storia del paziente, e la sua piena disponibilità a voler comprendere come poterlo aiutare.



Il contributo della Mindfulness per superare il senso di non appartenenza e di non accettazione

- Manifestazioni Psicotiche, Comportamenti Bizzarri e difficoltà di linguaggio rischiano di incrementare senso di diversità e diffidenza tra gli stessi caregivers
- Ragionevole aspettarsi da questi pazienti un atteggiamento improntato a sospettosità e diffidenza, a volte di vera e propria ostilità davanti ai primi tentativi di avviare una relazione terapeutica



- **Possibilità di un incontro diverso con l'altro**
 - 7 Un setting in cui il paziente avrà maggiori probabilità di sentirsi validato
- **7** Comprensione della sofferenza e del disagio del paziente
- Accettazione Vs indifferenza e rassegnazione
- **尽 Non nutrire alcuna aspettativa, ma mostrare comprensione e fornire sostegno**
- **尽 Relazione sicura e non giudicante**



- **尽 IL** decentramento dai pensieri automatici riduce l'assetto difensivo del paziente
- Z'interesse per l'altro rinforza l'alleanza terapeutica



B) L'Assessment-I

- Approfondire bene la storia del paziente
- 7 Raccogliere elementi utili alla formulazione del caso
- Raccogliere nel dettaglio tutto ciò che è possibile sapere su:
 - Deliri ed Allucinazioni



B)L'Assessment-II

Circa il delirio

- ✓ Il terapeuta dovrebbe focalizzare la propria attenzione:
- Nell'individuare esattamente la struttura del delirio,
- Su quando il delirio si è manifestato per la prima volta nella vita del soggetto;



B)L'Assessment-III

Circa le Allucinazioni

- → Il terapeuta dovrà esplorare :
- 7 L'identità delle voci, il numero
- Za frequenza, la durata ,
- 7 Quanto queste sono chiare o meno per il paziente,
- Quanto è in grado di distogliere la propria attenzione dalle voci e/o di resistere ad esse in caso *comandino* di compiere azioni,



- Utili nella fase di Assessment possono essere :

Z L'uso di Strumenti di Valutazione Specifici

¬ DV-SA

7



In un'ottica psicoterapeutica sorge l'esigenza di poter disporre di strumenti atti a fornire più informazioni su parametri diversi da quelli unicamente quantitativi e "symptoms-focused"

DIV-SA

Delusions Insight and Voices Self Administered Questionnaire



Original Paper

Psychopathology

Psychopathology 653 DOI: 10.1159/0000XXXX Received: June 10, 2005
Accepted after revision: June 13, 2006
Published online: ######

Development, Reliability and Validity of a Self-Administered Questionnaire on Subjective Opinion about Delusions and Voices

A. Pinto^a A. Gigantesco^b P. Morosini^b S. La Pia^a

*Department of Mental Health, ASL Napoli 4, Naples, and ⁶ Mental Health Unit, National Centre of Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Italian National Institute of Health, Rome, Italy S. Korger AG, Basel
PROOF Copy
for personal
use only
ANY DISTRIBUTION OF THIS
ARTICLE WITHOUT WRITTEN
CONSENT FROM S. KARGER
AG, BASEL IS A VIOLATION
OF THE COPYRIGHT.

Key Words

Schizophrenia · Delusions · Voices · Self-report instruments, reliability · Self-report instrument, validity · Sensitivity to change

Abstract

Objective: This study focuses on the psychometric characteristics of a self-report instrument, the Delusion and Voices Self-Assessment (DV-SA) questionnaire, to assess delusions. and auditory hallucinations from the clients' perspective. Methods: The DV-SA was administered to 70 schizophrenic patients in treatment in an outpatient mental health clinic in Naples, Italy. It was administered twice to determine the testretest reliability. A dinician who was blind to the patients' DV-SA ratings also rated the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Sensitivity to change was assessed in 30 patients who completed a 24-week course of cognitive-behavioural therapy sessions. Results: The DV-SA showed good internal consistency and structure, a satisfactory Cronbach' α and an acceptable average of item-total correlations. The test-retest reliability was very satisfactory. The comparison between DV-SA and BPRS showed a good association for illness severity. Conclusions: The DV-SA may be a reliable, valid and sensitive instrument for assessing subjective experiences on delusions and auditory hallucinations. The brevity and limited need for assistance make it an efficient instrument to assess patients' evolution during therapy.

Copyright © 2006 S. Karger A.G., Basel

Introduction

Cognitive-behavioural therapy (CBT), which was originally developed for the treatment of patients suffering from an emotional disorder [1], has recently been shown to be effective in the treatment of medication-resistant psychotic symptoms [for reviews see 2 and 3: for authoritative books see 4-7; for the latest randomised trial see 8 and 9]. It is very likely that CBT can modify delusional beliefs and beliefs about hallucinations [9]. In CBT delusional beliefs are often considered as being basically similar to normal thought processes, differing from non-delusional beliefs only quantitatively on a spectrum of degree of resistance to modification by evidence [10]. There is some evidence that people with delusional beliefs who do not consider any possibility of being mistaken and do not consider a potential alternative explanation may not respond to therapy. Recently, Garety et al. [11] found that a simple question about the possibility of alternative explanations did predict response to CBT.

Some delusions are closely linked to primary psychotic experiences, such as auditory hallucinations. To modify the delusion intensity, it is important to try to modify the beliefs about voices [12].

It has been underlined that, within a CBT framework, it is important to consider a number of voice hearing experience dimensions [13], such as distress, frequency, origin, positive, neutral or negative content [14, 15], and consequences of compliance with or resistance to voice

KARGER

Fax +41 61 306 12 34 E-Mail kargerækarger.ch www.karger.com © 2006 S. Karger AG, Basel 0254 –4962/06/0000–0000\$23.50/0 Accessible online at:

www.karper.com/per

Dr. Antonella Gigantesco Istituto Superiore di Sanitta, Viale Regina Elena, 299 IT-00161 Roma (Haly) Tri. +39 06 4990 4199, Fax +39 06 4990 4182 E-Mall gigantesco gelss.tt

		Question	ario DIV		istituto Superio (versione giu	
Riservat o agli Operatori	a) Centro b) Identificazione					
	he ci dirà è coperto d eglio i suoi punti di vis				amo di rispond	ere con cura
Scriva per fa	vore la data di ogg∟	gg mm aa	1			
_	domande riguardo					
Per ogni do	omanda faccia per fa le alla sua opinione.	avore un segi	no sulla ca	asella a fiai		edercelo.
IDEA						
1 - Questa i	idea per lei è vera o	falsa?	o fals a	1 più falsa che vera	2 e più vera che falsa	3 vera
con	so dell'ultimo mese		0	1	2	3
	equenzaha pensat idea?	0	mai	raramente	abbastanza spesso	la maggior parte del tempo
	mo mese a causa d ansia e quanto disa		o per niente	poco	abbastanza ma non molto	molt o
idea	mo mese a causa d o difficoltà nei suoi		0 per niente	1 poco	abbastanza ma non molto	molt o
guanto attività di tutti	imo mese questa id ha influenzato le su i giorni (ad esempio pr	ie	o per niente	poco	abbastanza ma non molto	molt o
arse, lavo	orare, divertirsi)				Giri il foglio	per

VOCI Queste domande si ri	iferiscono alle	voci o suor	ni che sente	2			
6 - Quando ha sentito voci (o suoni) 'ultima volta?	mai sentite	Ta .	1 mese fa	nell'ultimo mese			
Se ha barrato la casella 0 (non ha mai sento voci Altrimenti continui.	i) oppure 1 (ne h	a sentite, ma p	iu di 6 mesi fa)	salti alla fine del qu			
7 - Ha sentito una o più voci o suoni ?	solo suoni	1 una sola voce	voci e suoni	3 più di una voce			
8 - Con quale frequenza ha sentito queste voci o suoni?	mai	1 raramente	abbastanza spesso	la maggior parte del			
9 - Le ultime volte che ha sentito queste voci o suoni provenivano da altre	U	1 no più no che si	2 più si che no	tempo 3 senz'altro si			
persone? 10 - Le ultime volte che ha sentito queste voci o suoni ha provato ansia o disagio?	0 per niente	poco	abbastanza ma non molto	molt o			
11 - Le ultime volte che ha sentito queste voci o suoni ha provato un senso di rassicurazione o di benessere?	molt o	abbastanza ma non molto	2 poco	3 per niente			
12 - Le ultime volte che ha sentito queste voci le hanno dato ordini?	mai	1 o 2 volte	2 spesso	la maggior parte delle volte			
13 - Le ultime volte che ha sentito ques voci ha fatto quello non che le chiedevano di fare?	mi maifatto mai todi	1 o 2 volte	2 spesso	3 la maggior parte delle volte			
14 - Le ultime volte che ha sentito queste voci o suoni erano chiare o non riusciva a capire quello che dicevano?	non riuscivo a capire	i riuscivo a capirle a fatica	2 per lo più erano chiare	3 sempre chiare			
15 - Le ultime volte che ha sentito queste voci o suoni è stato/a capace di distrarsi o di bloccarle?	sempre, ogni	volta pesso	2 raramente	mai			
16 - Negli ultimi tempi, il fatto di sentire le voci o suoni quanto le ha causato problemi nei suoi rapporti con gli altri	per niente	poco	abbastanza ma non molto	molt o			
17 - Negli ultimi tempi, il fatto di sentire le suoni quanto le ha causato problemi i sue attività di tutti i giorni (ad esempio prende cura di sé, lavorare, divertirsi)?	nelle perniente	poco	abbastanza ma non molto	molt o			
La ringrazio della sua collaborazione e se vuole chiedere qualcosa su questo questionario siamo a sua disposizione.							



B)L'Assessment-V

- → Raccomandazioni:
- **71) Evitare gli interrogatori**
- **72)** Evitare troppe domande di routine

7

(Nelson, 2005).



C)Sviluppo di un Modello Condiviso del Disturbo-I

- → Che sia accettabile per il paziente al fine di:
 - costruire una relazione terapeutica che sia realmente collaborativa



Sviluppo di un Modello Condiviso del Disturbo-II

Normalizzazione dei Sintomi e Psicoeducazione