

La CBT delle Psicosi: l'importanza dell'alleanza terapeutica

Elisa Meraglia¹

¹psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Riassunto

Per molto tempo la psicosi è stata considerata una condizione biologica, insensibile a qualsiasi trattamento psicologico, così come la terapia cognitivo comportamentale veniva considerata come IL trattamento adatto solo per i disturbi d'ansia o per pazienti depressi e non adatto per quei pazienti che si dimostravano poco propensi ad un'alleanza terapeutica o a pazienti con sintomi molto invalidanti.

Quest'articolo mira a evidenziare l'importanza ed il progresso della TCC per il trattamento dei sintomi psicotici. Nella prima parte ci si sofferma brevemente sul significato del termine psicosi dalla metà dell'800 ad oggi. Nella seconda parte ci si focalizza sulle varie fasi previste dalla TCC per le psicosi, all'interno della quale maggior attenzione è posta sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, poiché essa è un requisito fondamentale per l'efficacia del trattamento, così come lo è il raggiungimento di un buon "insight", o meglio dire, un "insight bi personale".

Nell'ultima parte del lavoro si può annoverare una rassegna dei vari studi che confermano l'importanza e l'efficacia della TCC per i sintomi psicotici. I risultati della maggior parte di questi studi dimostrano come i partecipanti del gruppo sperimentale mostrano significativi miglioramenti rispetto al gruppo di controllo alla fine della terapia, sia in riferimento ai sintomi positivi che negativi, oltre che alla psicopatologia in senso più generico.

Parole Chiave: psicosi, TCC, alleanza terapeutica, insight, insight bi personale

Summary

For a long time, psychosis was considered a biological condition, insensitive to any psychological treatment, as well as behavioral cognitive therapy was considered to be the only treatment suitable for anxiety disorder or depressed patients, and not suitable for those patients who demonstrated little propensity for a therapeutic alliance or patients with very disabling symptoms.

This article aims to highlight the importance and progress of TCC for the treatment of psychotic symptoms. In the first part we briefly dwell on the meaning of the term psychosis from the mid '1800s to today. In the second part, we focus on the various phases of TCC for psychosis, in which more attention is given to the construction of a solid therapeutic alliance, since it is a key requirement for the effectiveness of treatment such as the achieving of a good insight or rather of a bi-personal insight.

In the last part of the work, a review of the various studies confirms the importance and effectiveness of TCC for psychotic symptoms. The results of most of these studies show that participants in the experimental group have significant improvements over the control group at the end of therapy, both in terms of positive and negative symptoms, as well as psychopathology in a more general sense.

Key words: treatment of psychosis, therapeutic alliance, positive and negative symptoms

Introduzione

“Pazzia” e “follia” sono stati i termini con cui i disturbi psicotici sono stati da sempre descritti in tutte le culture e in ogni tempo”

La parola psicosi entra nel linguaggio psichiatrico nella metà dell’800, periodo che coincide con una fase di passaggio storico cruciale, in cui la follia inizia ad essere considerata una malattia.

Emil Kreapelin (1856-1926) introdusse il termine di “*dementia praecox*” per indicare i soggetti che presentavano deliri, deterioramento cognitivo in età giovanile con decorso progressivo e cronico.

Successivamente, con *Bleuler Eugen* (1857-1939), come caratteristica distintiva di malattia venne individuata la frammentazione nella formulazione ed espressione del pensiero. Bleuler proponeva che questo fenomeno derivasse dalla perdita delle associazioni logiche; il disturbo fu quindi rinominato “schizofrenia” letteralmente “scissione delle mente”.

«... chiamo schizofrenia la *dementia praecox* perché, come spero di dimostrare, una delle sue caratteristiche più importanti è la scissione delle diverse funzioni psichiche ...» (E. Bleuler, 1911)

Bleuler fece una distinzione tra sintomi primari e sintomi secondari. Tra i sintomi primari si identificano le 4 A di Bleuler:

Sintomi primari:

Autismo

Ambivalenza

Appiattimento affettivo

Allentamento dei nessi associativi

Sintomi Secondari:

Deliri

Allucinazioni

Disturbi del linguaggio

Sintomi catatonici

Successivamente ci troviamo di fronte ad un ulteriore distinzione fatta da *Kurt Schneider* (1887-1967):

Sintomi di *Primo ordine*, che comprendono:

- Eco del pensiero
- Voci che commentano le azioni del paziente
- Voci che discutono tra di loro riferite al paziente
- Esperienze di influenzamento e di controllo esterno delle emozioni, degli impulsi, della volontà;

- Furto del pensiero e trasmissione del pensiero

Sintomi di *Secondo Ordine*, che comprendono:

- Altri disturbi delle percezioni
- Perplessità
- Impoverimento affettivo
- Cambiamento d'umore in sensi depressivo o euforico

Nel 1980, *Crow*, propone una distinzione dei pazienti schizofrenici in tipo I e II, in base alla presenza di sintomi positivi per il tipo I (deliri e allucinazioni) e di sintomi negativi per il tipo II (appiattimento affettivo, alogia, abulia, blocco mentale, scarsa cura di sé, isolamento sociale, anedonia). Successivamente viene aggiunta una terza categoria, quella disorganizzata, e include la disorganizzazione del linguaggio e del comportamento, deficit cognitivi e dell'attenzione.

Se viene seguita questa classificazione, i sintomi psicotici possono essere raggruppati in tre dimensioni:

- Trasformazione della realtà che sul piano clinico si manifesta con l'ampia gamma di sintomi positivi
- Impoverimento ideo-affettivo che sul piano clinico si manifesta con i sintomi negativi
- Disorganizzazione con alterazioni linguistiche e di ragionamento che appare illogico e caotico

Nel 1985 *Carpenter et al.* fecero un'altra distinzione tra:

- Sintomi Negativi Primari, che sono transitori o fasici, persistenti o deficitari
- Sintomi Negativi Secondari: depressione, effetti Extrapiramidali dei neurolettici, ipostimolazione ambientale, sintomi positivi, malattie organiche concomitanti.

Nelle attuali descrizioni diagnostiche, quali DSM 5 e ICD, è sempre evidenziata la presenza dei sintomi positivi.

Le psicosi vengono distinti dalle psicosi organiche indotte da sostanze o da altre malattie e la distinzione tra psicosi non affettive ed affettive si è assottigliata (Huber et al., 1992; van Os et al., 2000). Nel DSM 5 accanto alla descrizione categoriale viene affiancata una descrizione dimensionale dei segni e sintomi più importanti, più utili per differenziare le forme secondo fase o stadio di malattia. Il DSM V assume un atteggiamento a spettro nei riguardi della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici, in cui tutti i disturbi sono definiti dalla presenza di uno o più dei seguenti 5 domini: 1) deliri; 2) allucinazioni; 3) pensiero (o eloquio) disorganizzato; 4) comportamento motorio disorganizzato o anormale e 5) sintomi negativi. Le persone ricevono una diagnosi sullo spettro a seconda del numero e del grado dei deficit, a partire dal disturbo

schizotipico di personalità caratterizzato da sintomi di bizzaria e stravaganza ma senza interruzione dell'esame di realtà, alla schizofrenia, nella quale le allucinazioni e i deliri sono preminenti. La presenza o l'assenza di sintomi relativi all'umore insieme alle psicosi modifica la diagnosi e ha valore prognostico in termini di considerazioni sul decorso e sul trattamento.

La ricollocazione di questi disturbi nella parte iniziale del DSM 5 indica la forte relazione con disturbi neurocognitivi e la probabilità di un forte legame genetico tra i disturbi psicotici.

Le psicosi, e in modo particolare le schizofrenie, (forma più grave di psicosi), sono caratterizzate da una moltitudine di altri disturbi in varie dimensioni psicopatologiche, come il processo di elaborazione delle informazioni, gli affetti, la personalità e il livello di funzionamento.

A tal proposito, una delle caratteristiche ritenute indicative della psicosi è il presentarsi di “*sintomi* che al vissuto della persona colpita si aggiungono con il carattere della novità, da qui “sintomi positivi”, spesso seguite da un difetto nell'esame di realtà e dalla mancanza di *insight* (coscienza di malattia).

A far parte di questa categoria vi sono anche:

- Delirio: convinzioni false, irreali, con carattere di convinzione assoluta, come il delirio di persecuzione. Da questi scaturisce un'altra distinzione: i “disturbi dell'io”, nei quali i propri pensieri, le proprie sensazioni e azioni sembrano essere sotto un controllo esterno (delirio bizzarro).
- Allucinazioni
- Linguaggio disorganizzato
- Disturbi formali del pensiero: possono presentarsi in varie forme: allentamento dei nessi associativi, intrusioni fino alla dissociazione, insalata di parole;
- Sintomatologia disorganizzata/catatonica: attività motoria disorganizzata, mancante o in eccessi (stereotipie, manierismi, imitazione automatica dei movimenti e dei gesti degli altri, assenza di movimento o reazioni, ecc).

E' importante sottolineare che la presenza di allucinazioni o deliri non é necessariamente indice di schizofrenia; questi stessi sintomi possono essere presenti nelle persone che abusano di alcool o droghe o che soffrono di depressione grave, mania, danni cerebrali o altre malattie mediche.

Accanto a questo hanno una rilevanza anche i sintomi che rappresentano una diminuzione evidente di funzioni psicologiche di base, da qui il concetto di “sintomi negativi”, tra questi abbiamo:

- Avolizione: perdita dell'iniziativa e del comportamento finalistico, dell'energia, della capacità di prendere decisioni e di concretizzarle; anche semplici attività risultano difficili e non vengono portate a termine;
- Appiattimento affettivo: riduzione dell'espressione e della modulazione emotiva, i sentimenti non vengono quasi più espressi, le reazioni emotive sono molte limitate;
- Anedonia: perdita di gioia, sentimenti positivi come gioia o piacere non vengono più percepiti;
- Alogia: impoverimento del linguaggio, riduzione della quantità del linguaggio spontaneo, del contenuto e del flusso del linguaggio;
- Disturbi dell'attenzione: incapacità a concentrarsi o ad elaborare o filtrare stimoli in modo adeguato, che può portare a confusione o a frammentazione del corso del pensiero;
- Concretismo: difficoltà nel pensiero astratto, contenuti astratti vengono presi alla lettera, come proverbi metafore o parabole.

Un altro aspetto degno di nota nella diagnosi dei diversi tipi di psicosi è la distinzione di due variabili:

- il grado di compromissione del funzionamento sociale e lavorativo;
- la durata (persistenza nel tempo) dei sintomi.

Diversamente dai sintomi positivi, i sintomi negativi sono alterazioni più subdole che spesso non sono riconosciute come sintomi della malattia e, spesso, è difficile dire se i sintomi negativi fanno parte della schizofrenia o sono il risultato di altri problemi. La capacità della persona di lavorare, interagire con gli altri e prendersi cura di sé durante le fasi di remissione dei sintomi positivi, dipende in gran parte dalla gravità dei sintomi negativi residui.

Per quanto riguarda il decorso delle psicosi schizofreniche, è stato dimostrato che il loro sviluppo è lento, spesso avviene attraverso un periodo di vari anni, e tale processo è caratterizzato da fluttuazioni evidenti non solo nel momento delle acuzie, ma anche nel prodromo e nella fase di remissione.

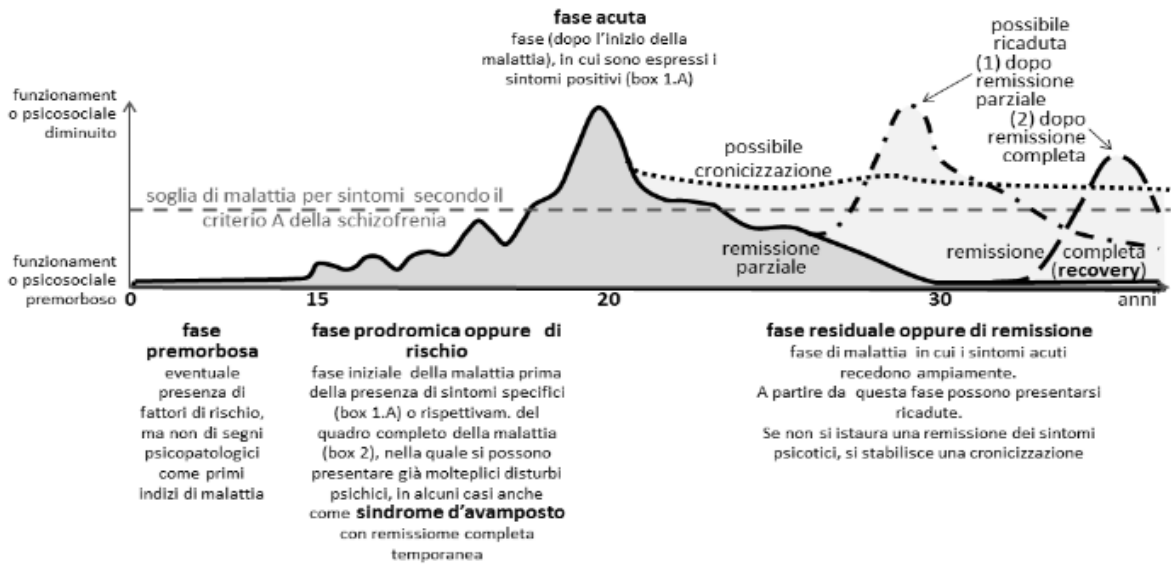


Fig.1 Fasi della malattia e decorsi possibili delle psicosi.

La terapia cognitivo comportamentale

La psicoterapia cognitiva, indicata genericamente come Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) è un orientamento terapeutico che si è sviluppato negli Stati Uniti intorno alla fine degli anni '60 in seguito alle osservazioni cliniche di Aron T. Quest'ultimo la chiamò psicoterapia cognitiva in quanto il pensiero costituisce sia il problema psicologico primario che la sua cura (Beck, J.S. (2013).

Ci sono diversi modi per condurre un intervento cognitivo comportamentale ma, in ogni caso, i differenti approcci sono accomunati da alcuni fattori relativi ai principi di trattamento e alle tecniche. Diversi studi hanno messo in evidenza come gli interventi cognitivo comportamentali producano cambiamenti più duraturi rispetto ad altri interventi psicoterapeutici, sia per disturbi di Asse I che di Asse II (Butler et al., 2006).

Ad esempio in uno studio di Butler, attraverso un campione rappresentativo di 16 meta-analisi si è cercato di dimostrare proprio l'efficacia della CBT per diversi disturbi, tra i quali: schizofrenia e altri disturbi psicotici, depressione e distimia, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbi somatomorfi, insonnia, disturbi della personalità, rabbia e aggressività, comportamenti da stress generale, dolore cronico ecc.. Oltre a questi sono stati presi in esame altri disturbi nei bambini e negli adulti anziani. Da questo studio emerge un forte sostegno per la CBT, la quale messa a confronto con altri trattamenti e condizioni di controllo, ha mostrato tassi di risposta più elevati e risultati maggiori.

Risultati simili sono stati ottenuti negli studi che hanno verificato l'efficacia della CBT nella cura delle psicosi.

La terapia cognitivo comportamentale delle psicosi

Il *National Institute for Clinical Excellence* (2002) evidenzia come la Terapia Cognitivo Comportamentale dovrebbe essere offerta ad ogni persona sofferente di schizofrenia (Milano, 19 giugno 2015).

Secondo alcuni ricercatori gli interventi psicosociali, specialmente la CBT, hanno un ruolo fondamentale nell'iniziare il trattamento, nel fornire una *human base* per una cura continuata, nel prevenire e risolvere le conseguenze secondarie della malattia e nel promuovere la *recovery*. La CBT può anche essere utile per la comorbidità da uso di sostanze, disturbi d'ansia e dell'umore e per il miglioramento dell'aderenza al trattamento.

Fu A.T Beck nel 1952 a pubblicare il primo caso di una psicoterapia con successo a un paziente sofferente di schizofrenia cronica con delirio paranoideo. Da allora ci sono stati vari tentativi di individuare strategie psicoterapeutiche specifiche volte a comprendere, migliorare e rendere più gestibile le manifestazioni psicotiche, causa di notevole *impairment* emotivo-cognitivo.

Sono stati svolti diversi studi con protocolli di interventi di psicoterapia cognitivo comportamentale, i quali hanno dimostrato l'efficacia delle metodiche nel ridurre i "sintomi positivi", nel migliorare le strategie di *coping* e le abilità sociali e nel ridurre il numero di ricadute sociali. Differenti sono i risultati per quanto riguarda i "sintomi negativi", questo per diversi motivi, quali: il mancato riconoscimento tra sintomi negativi primari (causati da deficit organici e/o neuropsicologici di base) e quelli secondari (strategie di *coping* disfunzionali), scarso numero di strumentazione per un'adeguata valutazione, necessità di applicare sofisticati programmi complessi per miglior risultati (*cognitive remediation*, attività di socializzazione ecc.).

Per quanto riguarda i sintomi positivi, invece, ricerche recenti hanno dimostrato come essi si collochino su un continuum di normalità e cioè, di conseguenza, possono essere trattati con le stesse tecniche cognitivo comportamentali che si utilizzano per ansia e depressione (Bentall, 2007; Kuipers et al., 2006).

Obiettivo della terapia è quello di insegnare al paziente a identificare e monitorare i propri pensieri e le proprie credenze in situazioni specifiche, valutandoli e correggendoli alla luce delle prove oggettive esterne e delle circostanze.

Si possono individuare varie fasi all'interno della terapia: all'inizio il focus é centrato sulla costruzione dell'alleanza terapeutica, all'interno della quale sono di fondamentale importanza

elementi come l'empatia e il calore; il terapeuta deve essere molto abile a mantenere un tono emotivo all'interno dei livelli di guardia, evitando di generare stati emotivi non controllabili. L'obiettivo del terapeuta è di creare una valutazione diagnostica e le condizioni di sicurezza per permettere al paziente di poter accedere al trattamento senza sentirsi minacciato.

Risulta di fondamentale importanza l'esplorazione dell'area delle relazioni e del funzionamento sociale nell'infanzia e nell'adolescenza, in quanto è stato dimostrato come la maggior parte dei sintomi siano rilevati in quel periodo (anche se presenti a livello subclinico).

A tal proposito, in uno studio di Schiffman et al. (2004), grazie all'osservazione di videotape girati dai familiari in età infantile ai (futuri) pazienti, per esempio durante le feste di compleanno, è stato evidenziato come essi presentassero già in quel periodo difficoltà a sostenere lo sguardo e manifestassero comportamenti sociali non adeguati per l'età.

Per questo è molto importante che il terapeuta colga i segnali di disagio e d'imbarazzo del paziente.

La fase successiva è basata sui processi di psicoeducazione e normalizzazione dei sintomi psicotici. La ricerca ha dimostrato come la normalizzazione sia il fattore maggiormente predittivo di un buon esito clinico, soprattutto se associata ad altre tecniche di formulazione del caso, come ad esempio ricercare gli antecedenti della crisi, de-catastrofizzare la psicosi fornendo informazioni su di essa. In questa fase si inseriscono anche l'*assessment* e la raccolta di informazioni. Quando si lavora con un paziente psicotico le due aree più importanti da indagare sono il modo in cui si manifestano i sintomi e la spiegazione che la persona fornisce rispetto ad essi.

L'uso di domande dirette, per indagare sulla presenza di allucinazioni o deliri, sembra non dare grandi risultati in quanto molti pazienti sono vittima delle loro allucinazioni e terrorizzati dal solo fatto di nominarle (Kuipers et al., 2006). Un buon metodo è quello di porre domande aperte, con lo stile del dialogo socratico, permettendo così al paziente di elencare e descrivere i problemi. In ogni caso, lo stile con cui si conduce il colloquio deve mirare a riconoscere e identificare come si sono formati gli schemi personali e interpersonali del soggetto (Birchwood et al., 2004).

Lo schema disfunzionale più attivo nel paziente sarà anche caratterizzante il modo in cui egli stesso si porrà in relazione con i deliri e le allucinazioni. Infatti, lo schema sé/altro che si attiva nei confronti dell'esperienza delirante ci consente di comprendere quale percezione il paziente abbia di sé e della realtà. Questo è il motivo per il quale il terapeuta deve sempre tenere in considerazione le credenze dei pazienti.

In questa fase il terapeuta può valutare la possibilità del paziente di poter accedere con successo ad una terapia cognitivo-comportamentale. Il candidato ideale è il soggetto che già nelle fasi

dell'assessment tenta di dare un nuovo significato agli eventi, che se supportato, riesce a distinguere i sintomi e le manifestazioni della psicosi dalla realtà.

Di solito ciò avviene con soggetti che hanno una breve storia di malattia e in cui la costruzione di significato non si è cristallizzata. Per aumentare la probabilità di un buon esito, il terapeuta deve innanzitutto motivare il paziente alla terapia e commentare con lui i risultati delle valutazioni, partendo dai punti di forza ed evidenziando con molto ottimismo i buoni esiti del trattamento sulle aree problematiche.

Per quanto riguarda la formulazione del caso e la pianificazione del trattamento, è stata dimostrata l'importanza di coinvolgere fin dall'inizio i familiari e comprendere se il paziente gode o no di una buona rete di sostegno sociale, che potrebbe essere di aiuto al terapeuta nel progredire del trattamento. Questo avviene in quanto i pazienti psicotici mostrano spesso severe difficoltà meta-cognitive che rendono poco chiare le narrazioni e la formulazione dei problemi, di conseguenza la presenza di un familiare risulta utile per ottenere maggior chiarezza della narrazione e creare così una gerarchia di rilevanza dei problemi.

Una volta condiviso tale gerarchia con il paziente, si sfidano insieme a lui le credenze e i pensieri relativi all'interpretazione dei sintomi stessi, cercando di fornire spiegazioni alternative a questi sviluppando nuove strategie di *coping*.

Il trattamento si considera efficace se comporta una riduzione del *distress* emotivo del paziente (Birchwood e Trowe, 2006) e un miglioramento sociale (Turkington et al., 2007).

La parte conclusiva della TCC per le psicosi è centrata sulla prevenzione delle ricadute e sulle aspettative di guarigione.

L'Alleanza Terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi

“Per alleanza terapeutica all'interno di un processo terapeutico si intende il reciproco accordo che si instaura tra paziente e terapeuta riguardo agli obiettivi del cambiamento terapeutico, ai compiti necessari per raggiungere tali obiettivi, e allo stabilirsi di un legame volto a mantenere una collaborazione attiva tra paziente e terapeuta, basata sulla fiducia e l'accettazione reciproca” (Bordin, 1979).

Nel comportamentismo metodologico la relazione terapeuta-paziente è considerato strumento specifico di un processo di cambiamento ed è strategia cognitivo-comportamentale in quanto leggibile e costruita sulle variabili, ed all'interno di un disegno di previsione, propri del metodo comportamentale (Wolpe, 1985; Mosticoni, 1986 e 1989 cit.).

Come accennato in precedenza, la prima fase della terapia é inevitabilmente dedicata all'individuazione delle modalità per costruire una solida alleanza terapeutica. Quest'ultima deve, dunque, essere considerato un obiettivo prioritario da conseguire con strategie mirate e personalizzate, piuttosto che un presupposto per l'esecuzione di un trattamento (Pinto, 2009).

I ricercatori dell'università di Manchester e di Liverpool, attraverso l'analisi del trattamento psicologico di 300 persone affette da psicosi, hanno dimostrato che é il rapporto tra paziente e terapeuta a determinare il miglioramento o peggioramento della patologia, indipendentemente dalla terapia.

Gli autori che si sono interessati alla psicoterapia del paziente grave concordano su due affermazioni:

- una buona relazione é un requisito fondamentale per l'efficacia del trattamento
- la costruzione di una buona e stabile relazione é con alcuni pazienti estremamente problematica

Il terapeuta che si trova di fronte ad una patologia grave sa perfettamente che il paziente raramente descriverà con esattezza ciò che gli sta capitando, e la maggior parte delle volte non sarà lui a chiedere aiuto bensì la domanda sarà formulata da una terza persona.

Nella terapia del comportamento il paziente è per definizione adulto e competente, egli utilizza il terapeuta come consulente di fiducia per portare avanti una serie di cambiamenti e di operazioni di ristrutturazione nel proprio immediato futuro di vita (Sanavio, 1991).

Il rapporto tra il terapeuta e il paziente è un'occasione interpersonale che può essere utilizzata al meglio nel momento in cui si riesce a creare "un frammento" della realtà quotidiana del paziente. In questo modo si formano o trasformano nuove correlazioni tra reazione e situazione, senza la necessità di trasferirle dall'interno all'esterno della terapia.

L'interazione tra i due soggetti costituisce la realtà in cui le "regole" (disadattive) dell'uno perdono di efficacia nell'affrontare le contingenze proposte dall'altro. In ogni caso è il luogo dove il paziente esprime la sua sensibilità della vita di tutti i giorni; maturano così nuove operazioni stabilizzanti, all'interno di una situazione che è nella realtà quotidiana, e che non ne é una simulazione.

E' molto importante che in questa fase il terapeuta accolga le richieste del paziente, mostrandosi collaborativo e disponibile a lavorare sulle problematiche da lui esposte e mostrando altresì atteggiamento empatico e sintonico verso il suo stato emotivo. Accettare le sue idee non vuol dire colludere con il pensiero delirante.

I primi incontri con un paziente psicotico sono molto delicati e al contempo rilevanti per diversi motivi. Il paziente tenderà ad attribuire i propri problemi psicologici e interpersonali agli altri, manifestando così una rappresentazione del mondo di solito distorta e ostile. Non ha nessuna consapevolezza della propria situazione (Schennach et al., 2012) e ritiene l'intervento del terapeuta totalmente inutile. Ed è proprio in questa situazione che il terapeuta non deve sottovalutare o assecondare la resistenza del paziente ad affrontare un trattamento.

A tal proposito Prochaska e Di Clemente consigliano di valutare la fase di cambiamento in cui si trova il paziente, poiché all'inizio della terapia solo pochi sono pronti per una modifica del proprio comportamento, per accettare consigli pratici e per essere coinvolti attivamente. La maggior parte dei pazienti si trova invece nella cosiddetta fase "pre-contemplativa", in cui non riconosce i propri problemi o non è convinto che il modificare il proprio comportamento porti inevitabilmente a svantaggi piuttosto che vantaggi. Altri si trovano nella fase "contemplativa": all'interno di essa il paziente riconosce l'esistenza dei propri problemi ma nel contempo assume un atteggiamento ambivalente nei confronti del cambiamento manifestando di conseguenza poca speranza di riuscire a farcela. Se la terapia si focalizza su un cambiamento quando il paziente si trova ancora in una di queste fasi, è probabile che l'esito sarà un *drop-out*. È dunque molto importante che il terapeuta valuti ciò di cui il paziente ha bisogno in quel momento piuttosto che spingere verso la modificazione comportamentale e lo sviluppo di strategie di *coping* alternative, adattando gli obiettivi alla terapia.

Secondo Arkowitz et al. (2008) un valido strumento da poter utilizzare nelle situazioni in cui il paziente è molto ambivalente nei confronti del trattamento è "l'intervista motivazionale", tramite la quale si indaga quest'ambivalenza in maniera sistematica.

Il colloquio motivazionale ha un approccio incentrato sul paziente, sono rispettate le sue sensazioni in merito ai vantaggi e agli svantaggi del cambiamento, la decisione finale di quest'ultimo spetta al paziente e viene effettuato un rinforzo positivo di qualsiasi informazione vada nella direzione del trattamento. È fondamentale portare il paziente ad acquisire una buona consapevolezza della propria malattia.

È stato dimostrato, infatti, che *l'insight*, ovvero la comprensione del proprio stato mentale, è associata ad una miglior prognosi nei pazienti in trattamento e ad una riduzione del DUP ("*duration of untreated psychosis*") (Drake et al., 2000).

In un articolo pubblicato dal dipartimento di medicina Clinica, vi è una proposta che amplia il concetto di *insight* da condizione psicopatologica e strumento di valutazione cognitiva del paziente a possibile strumento terapeutico, quando diventa bi-personale.

Sembra indiscutibile che l'*insight* possa svolgere una funzione importante all'interno del processo terapeutico e dunque dell'alleanza terapeutica.

In particolare, è stato dimostrato come un buon *insight* si correla con la *compliance* al trattamento, con minori riospedalizzazioni e con una migliore qualità di vita del paziente schizofrenico. Tuttavia i dati presenti in letteratura dimostrano un'alta correlazione tra *insight* e sviluppo di depressione post-psicotica nonché tra *insight* e rischio di suicidio in schizofrenia a conferma della tesi secondo la quale non necessariamente l'assenza di *insight* ha solo effetti negativi ai fini della prognosi del disturbo schizofrenico e del fatto che, una sua mancanza e quindi la negazione di malattia, possa svolgere invece un'importante funzione difensiva. La presenza di *insight* favorisce certamente la compliance ai trattamenti, ma questo non esclude che pazienti psicotici con buon *insight* non seguano le indicazioni terapeutiche e che pazienti senza consapevolezza invece accettino o addirittura richiedano il trattamento ed anche il ricovero in ambiente ospedaliero traendo poi beneficio da questi provvedimenti (si potrebbe parlare di *insight* agito). Non è eccezionale, infatti, che un paziente possa richiedere o accettare una terapia perché gli attenua o gli toglie alcuni sintomi che lo disturbano fortemente ma che neghi decisamente di avere un disturbo psicotico. Se d'altro canto McGlashan già nel 1987 riconosceva una relazione tra miglior funzionamento dei pazienti e *integration*, ammetteva anche che, seppur con minore frequenza, nei pazienti che per assenza di *insight* negano la malattia (*sealers*) è possibile dimostrare livelli di soddisfazione paragonabili.

Se dunque in entrambi i casi è raggiungibile uno stato di benessere, benché il paziente con *integration* parta da una innegabile situazione di vantaggio, si tratterà piuttosto di assecondare il paziente tanto nel tentativo di dimenticare l'episodio quanto nelle richieste di esplorare e risolvere i conflitti da cui l'evento scaturisce, a seconda della sua personale tendenza e in rapporto alla particolare fase di vita del singolo paziente. Infine, la presenza o l'assenza di *insight* non sembra essere direttamente correlata con la gravità del quadro psicopatologico e con le sue variazioni nel corso del trattamento. A tal proposito David (1990), di fronte a una tale diversità di effetti poneva la domanda: "*Is insight a good thing?*" David risponde a tale quesito individuando la giusta condizione a favore di un buon decorso ed esito della malattia in una situazione di compromesso tra un'eccessiva consapevolezza, che sottoporrebbe i pazienti a una dolorosa battaglia contro la devastazione prodotta dai sintomi psicotici, e una mancata consapevolezza che, invece, consegnerebbe il paziente a un decorso di malattia povero. La risposta alla domanda di David è destinata a rimanere incerta. Non bisogna dimenticare che "sviluppare un *insight* vuol dire vedersi o uscire da se stessi per vedersi e mettersi in contatto con vari aspetti del proprio edificio corporeo ma

questo processo è angoscioso, poiché il malato deve mettersi in contatto con le rovine o con ciò che è distrutto in lui” (David,1990).

Gli autori di quest'articolo ritengono che nella terapia del disturbo schizofrenico si debba avviare un *insight* bi-personale, ossia l'interazione fra la consapevolezza che il paziente sviluppa rispetto alla propria malattia e la consapevolezza che il terapeuta acquisisce sulle caratteristiche, sulle fantasie e sulle emozioni del paziente.

Esso è considerato dagli autori uno strumento fondamentale per il percorso terapeutico, senza il quale sono inutili tutti gli interventi, anche precoci, volti a ridurre i deficit cognitivo-comportamentali oppure le terapie psicofarmacologiche più adatte, perché portano solo a un'adesione mascherata e passiva se non un aperto rifiuto. L'*insight* del terapeuta può, come sostiene Arieti, proteggere il paziente anche da *insight* pericolosi e stimolare invece quelli più promettenti e apportatori di un miglioramento della qualità di vita del soggetto. Con l'*insight* bi-personale, la differenza cruciale ruota attorno all'esserci, sulla scena terapeutica, di un secondo attore, che pienamente interagisce con il primo, il paziente, che su quella scena è da sempre presente: esso riguarda due persone che, pur nella differenza dei ruoli funzionali alla cura, decidono di condividere una parte della loro vita.

Ne deriva pertanto la necessità di ampliare il classico concetto di *insight*: esso diventa strumento terapeutico proprio quando si trasforma in evento inter-individuale condiviso. Inoltre si può allargare l'orizzonte dell'*insight* “bipersonale”, proprio cioè del paziente e del suo terapeuta, ad un *insight* familiare. I familiari stessi dovrebbero acquisire cognizione e comprensione emotiva delle crisi, del disagio esistenziale e del malessere del loro congiunto, eliminando i frequenti pregiudizi sulla malattia. I numerosi studi sulla famiglia del malato hanno portato ad un modello complesso che comincia a riconoscere gli utenti e le loro famiglie come attori che possono partecipare alle scelte e alle politiche dei Servizi per la Salute Mentale. Per valorizzare il significato della famiglia nel processo di cura e aumentarne la *compliance* sono stati sviluppati delle metodiche di trattamento di tipo psicoeducativo allo scopo di fornire informazioni relative alla malattia mentale, favorendo l'acquisizione di abilità e competenze in relazione a tale tematica e alla gestione dei pazienti. I familiari sono dunque considerati co-terapeuti a condizione, però, di essere sostenuti e accolti nella loro sofferenza e smarrimento, nei loro sensi di colpa, nonché aiutati a costruirsi un'interpretazione e comprensione della crisi del paziente che espliciti la necessità del loro coinvolgimento nella messa a punto di un progetto terapeutico più completo e funzionale possibile. Tutto ciò si può verificare ed è efficace solo se prima è avvenuta quella condivisione, accettazione reciproca paziente-terapeuta. L'ampliamento del concetto di *insight* al terapeuta e alla famiglia del paziente è l'indispensabile

premessa per iniziare la specifica relazione terapeutica con il paziente psicotico e per arrivare poi all'auspicabile obiettivo di una migliore qualità di vita. Tuttavia ci si può trovare di fronte un paziente che non accoglie molto volentieri la presenza dei familiari, provocando spesso una chiusura relazionale e l'abbandono della seduta. In tal caso si può suddividere il colloquio in due fasi, la prima con i familiari e la seconda con il paziente da solo. Tale procedura è di grande aiuto al terapeuta per avere una visione d'insieme chiara e dettagliata del funzionamento premorboso.

Tornando al rapporto paziente-terapeuta, l'atteggiamento che il terapeuta assume con il paziente psicotico è di fondamentale importanza: esso deve, infatti, dimostrare empatia, calore, e accettazione incondizionata della situazione del paziente. Come diceva Bentall, bisogna "accettare l'improbabile come possibile ma improbabile".

Questo non si traduce in un assecondare incondizionatamente il paziente, altrimenti si corre il rischio di stabilizzare i suoi schemi disfunzionali e cristallizzare le credenze deliranti. Quello che succede spesso in fase di *assessment* è il tentativo del paziente di raccontare esplicitamente i propri deliri e allucinazioni, sottoponendo implicitamente il terapeuta ad un test di affidabilità. Nel libro "Curare i casi complessi" gli autori descrivono questo come un momento molto delicato, durante il quale, deve essere garantita la percezione del terapeuta come fonte autorevole di informazioni. E' bene ricordare che i momenti di più alto *testing* corrispondono a momenti di più basso *insight*.

In queste circostanze è fondamentale muoversi in un delicato equilibrio tra condivisione e validazione da un lato, ricerca di alternative e successivamente, riattribuzione dell'altro. Un atteggiamento ideale sarebbe quello di accogliere ciò che viene riferito dal paziente esprimendo comprensione per la sua sofferenza, ma al contempo ribadendo che ancora non è certo che sia l'unica spiegazione possibile. Tra le varie regole da osservare vi è quella dell'utilizzare nella riformulazione del problema le stesse parole del paziente, per evitare di dare etichette ai sintomi provocando così delusione nel paziente, il quale si sentirebbe incompreso e scoraggiato nel raccontare la propria esperienza.

Il terapeuta deve permettere al paziente di raccontare liberamente le sue esperienze psicotiche e dare loro un significato solo dopo avere chiaro la storia del paziente, le sue preoccupazioni, timori, credenze.

Ci sono diversi segnali che indicano chiaramente che il paziente ha iniziato a fidarsi del suo terapeuta, come:

- riduzione dell'ansia
- ricerca attiva da parte dello stesso di esperienze da riferire
- richiesta di informazioni o di pareri al terapeuta

Una volta che il terapeuta recepisce questi segnali, può esprimere qualche dissenso per ciò che viene affermato. Tuttavia ciò va sempre effettuato, come diceva Beck, con la tecnica della scoperta guidata e dell'empirismo collaborativo (Beck et al., 2009) stimolando in tal modo la ricerca di letture interpretative alternative accanto a quelle disfunzionali.

Un esempio di dissenso potrebbe essere dire al paziente: “io su questa cosa non sono completamente d'accordo, “proviamo a vedere se ci sono spiegazioni alternative a quella da lei proposta”. Questo con l'obiettivo di stimolare la ricerca di un nuovo significato, incoraggiando il paziente a cercare ulteriori prove su ciò che afferma.

Un altro autore a parlare dell'importanza dell'alleanza terapeutica è Bordin, il quale sostiene che l'empatia sia uno degli elementi fondamentali nell'alleanza e propone un modello secondo il quale l'alleanza terapeutica è composta da tre fattori:

- a) accordo sugli obiettivi terapeutici;
- b) metodi e tecniche da utilizzare, da entrambi le parti, per raggiungere questi obiettivi;
- c) legame emotivo caratterizzato da calore, fiducia reciproca e stima.

Il fulcro è rappresentato dal grado in cui paziente e terapeuta stabiliscono un rapporto collaborativo e orientato al risultato.

Diversi studi condotti su pazienti psicotici concordano sull'importanza della forza dell'alleanza terapeutica instaurata nella fase precoce del trattamento e che questa sia di estrema importanza per gli esiti futuri.

Ad esempio in un studio di Messari e Hallam (2003), volto a valutare l'esperienza dei pazienti psicotici sottoposti a TCC hanno evidenziato come la maggior parte dei partecipanti enfatizzasse il valore di una relazione terapeutica basata sul rispetto e sulla fiducia. In particolare in tale studio, alcuni pazienti psicotici sono stati intervistati in seguito a TCC per valutare la loro posizione nei confronti del terapeuta. Alcuni partecipanti definirono la CBT come un processo educativo, un rapporto rispettoso tra pari, un processo di guarigione. Altri due partecipanti hanno mostrato consapevolezza che il loro terapeuta cercava di “convincerli” che le loro esperienze non fossero vere, ma hanno interpretato questo tentativo come educativo e non coercitivo. Dunque in questo studio, tutti i partecipanti, con una sola eccezione, hanno evidenziato il valore educativo della terapia.

Nello studio di Neale e Rosenheck (1995) è emerso che tra i pazienti con disturbi psicotici, una più forte alleanza è associata a un minor livello di percezione di problematicità e di gravità del disturbo da parte del paziente, mentre nello studio di Dunn et al., 2006, questa alleanza era associata ad una miglior *compliance* nei confronti degli *homework* e a minori tassi di *drop-out*.

Non bisogna dimenticare i lavori di C. Rogers, il quale diede vita ad una ipotesi che stimolò più di 30 anni di ricerca (Bozarth, Zimring e Tausch, 2001, p. 153). Questa ipotesi, essenzialmente, consisteva nel fatto che quando un terapeuta dimostra le “condizioni chiave” di considerazione positiva incondizionata, comprensione empatica e congruenza, e quando il cliente le percepisce, almeno ad un minimo livello, allora i cambiamenti di personalità psicoterapeutici e le loro conseguenze positive sono inevitabili. Barrett-Lennard (1962) creò una scala ampiamente usata, la *Relationship Inventory*, utilizzata dai pazienti per valutare i propri terapeuti sulle condizioni chiave.

Truax e Mitchell (1971) hanno riportato i risultati di 14 studi che hanno coinvolto 992 partecipanti. All’interno di questi studi sono emerse 66 correlazioni statisticamente significative tra esiti terapeutici positivi e condizioni chiave, contro una sola correlazione statisticamente negativa. Gli autori hanno così riassunto: “Questi studi presi nel loro complesso suggeriscono che i terapeuti o i *counselor* che sono empatici in modo attento, che hanno un atteggiamento caloroso senza essere opprimenti e sono genuini, sono veramente efficaci. Inoltre, questi risultati sembrano adattarsi ad una grande varietà di terapeuti e *counselor*, a prescindere dalla loro formazione o dal loro orientamento teorico e ad una grande varietà di clienti o pazienti, inclusi quelli che hanno uno scarso rendimento al *college*, i giovani delinquenti, gli schizofrenici ospedalizzati, pazienti non ospedalizzati con nevrosi di gravità da media a severa e tutta l’ampia varietà di pazienti ospedalizzati. Inoltre, le prove suggeriscono che questi risultati reggono in una varietà di contesti terapeutici e sia nella psicoterapia, o nel *counseling*, individuale che di gruppo”.

Tuttavia, gli studi sulla relazione tra la congruenza e gli effetti dei trattamenti hanno prodotto risultati ambivalenti: uno studio in particolare, però, suggerisce come questa sia una caratteristica particolarmente importante per la creazione di un’alleanza terapeutica forte (Klein et al., 2002).

Questo è confermato anche in uno studio di Goldsmith et al. (2015), nel quale è stata valutata l’effetto causale dell’alleanza terapeutica usando una variabile strumentale (equazione strutturale) modellando sui dati di una prova controllata e randomizzata con 3 condizioni su 308 persone al primo o secondo episodio acuto di psicosi anaffettiva. La prova confrontava l’utilizzo per 6 settimane della terapia cognitivo comportamentale più una cura di routine (RC), verso il *counseling* supportivo più RC, verso RC da sola. Hanno esaminato l’alleanza terapeutica misurata sul paziente tramite il CALPAS, sull’esito ai 18 mesi della severità dei sintomi della prova primaria (PANSS), somministrata all’oscuro del trattamento riservato, cioè senza sapere quale delle tre terapie è stata somministrata al paziente.

I risultati hanno dimostrato come l’aggiunta sia di CBT sia di RC migliorava i risultati rispetto alla sola RC. hanno, inoltre, mostrato come per entrambi i trattamenti psicologici, il miglioramento

dell'alleanza terapeutica migliorava la sintomatologia. Con una buona alleanza lo svolgimento di più sessioni porta ad un risultato significativamente migliore sul punteggio totale al PANSS. Con una scarsa alleanza, lo svolgimento di più sessioni è dannoso. Questa è la prima dimostrazione che l'alleanza terapeutica ha un effetto causale sul risultato sintomatico di un trattamento psicologico, e che una scarsa alleanza è dannosa. Questi effetti, inoltre, potrebbero essere estesi ad altre modalità terapeutiche e disordini. Quest'analisi mostra chiaramente l'effetto causale dell'alleanza terapeutica sui risultati della psicoterapia per la psicosi.

Goldsmith dimostra come ad alti livelli di alleanza la terapia è positiva e a bassi livelli è dannosa. Clinicamente, questo suggerisce che stabilire una buona alleanza in psicoterapia per la psicosi è essenziale per un paziente per la riuscita della terapia, e che se l'alleanza è scarsa, persistere nel provare a impegnare il paziente nella psicoterapia non è appropriato.

Bisognerebbe considerare metodi per massimizzare l'alleanza, o almeno sfruttare procedure per modificare la terapia se l'alleanza è scarsa. A tal proposito, è fondamentale che i servizi psichiatrici diano priorità a questo, assicurando che lo staff si impegni in modo efficace con i pazienti.

In uno studio di Arlene è stato esaminato il rapporto dell'alleanza terapeutica al corso di trattamento e l'esito di 143 pazienti con schizofrenia non cronica. I risultati hanno dimostrato che i pazienti che hanno formato una buona alleanza con i loro terapeuti nei primi 6 mesi di trattamento avevano significativamente maggiori probabilità di rimanere in psicoterapia, rispettare i loro regimi di farmaco prescritti e ottenere risultati migliori dopo 2 anni, rispetto ai pazienti che non hanno instaurato una buona relazione. Questi risultati hanno sottolineato il valore dell'alleanza e delle necessità di individuare fattori che contribuiscono al suo sviluppo e mantenimento.

Se per Bordin un elemento essenziale per favorire l'alleanza terapeutica è l'empatia, Secondo Rogers un elemento fondamentale è "l'accettazione", che descrive come una fase in cui si accoglie il paziente incondizionatamente ed ha una serie di implicazioni per quanto riguarda la terapia con soggetti psicotici in quanto per offrire un'accettazione incondizionata il terapeuta deve mostrarsi aperto e tollerare tutte le sfaccettature del paziente. Quando ciò avviene, diventa anche più semplice per il paziente accettarsi a sua volta. L'accettazione terapeutica implica anche accogliere il suo diritto di scelta relativamente al modo in cui desidera cambiare.

Tuttavia ci sono altri elementi fondamentali per gli effetti della terapia: la condivisione degli obiettivi e la collaborazione; infatti i risultati sono maggiori quando terapeuta e paziente sono reciprocamente coinvolti nella terapia e quando il paziente lavora attivamente sui propri problemi tra una seduta e l'altra.

Furono Tryon e Winograd (2002) a sottolineare l'importanza del ruolo attivo del paziente nella definizione degli obiettivi da raggiungere attraverso il processo di cambiamento, in quanto ciò ha una valenza terapeutica: nel momento in cui il paziente percepisce il collegamento tra i compiti e gli obiettivi, comprende meglio il razionale della terapia e riesce ad averne una visione d'insieme.

E' stato dimostrato come i pazienti attivi, che discutono apertamente dei propri pensieri e delle proprie sensazioni sono quelli che ottengono i risultati migliori (Bachelor et al., 2007), all'opposto, la posizione difensiva e l'ostilità si associano a un'alleanza terapeutica più fragile e a risultati più scarsi. Il terapeuta può, dal canto suo, far sentire importante il paziente, ponendogli molte domande, approfondire i pensieri ecc..

Hill e Knox (2002) sottolineano l'importanza del portare il paziente a comprendere i propri problemi, discutendo con lui gli obiettivi e il percorso della terapia: a tal proposito suggeriscono l'uso della tecnica "*Self-disclosure*" per validare, modellare o rafforzare l'alleanza terapeutica o per offrire un modo alternativo di pensare o comportarsi.

Essi definiscono la *Self-disclosure* una dichiarazione del terapeuta in cui questi esprime qualcosa di personale. Tale tecnica può essere articolata in 4 forme:

1. *Self-disclosure* sui fatti ("ho studiato a..")
2. *Self-disclosure* sulle emozioni ("quando mi sono trovato in una situazione analoga, mi sono arrabbiato")
3. *Self-disclosure sull'insight* ("mi è successa una cosa simile quando sono andato via di casa, ho realizzato che la difficoltà maggiore era lasciare mia madre sola")
4. *Self-disclosure* sulle strategie ("quando mi è capitata una cosa del genere sono andato a fare una passeggiata")

Il terapeuta deve sempre monitorare le reazioni del paziente alle *self-disclosures*, chiedere come lo fanno sentire e usare tali informazioni per valutare se continuare ad usarle. Tuttavia il loro impatto varia da paziente a paziente: per alcuni è più forte nel contribuire alla creazione di una relazione basata sulla fiducia.

Un fenomeno a cui il terapeuta deve prestare particolare attenzione quando tenta di stabilire l'alleanza terapeutica è "la contrapposizione psicologica", un modo di reagire universale nel momento in cui si percepiscono dei tentativi di influenzamento da parte di altri e si teme che la propria possibilità di scelta possa ridursi. Diversi studi hanno dimostrato come la libertà di scelta possa rafforzare l'impegno verso il cambiamento; la terapia efficace dovrebbe quindi mirare a creare quanto meno contrapposizione psicologica possibile, aiutando il paziente a raggiungere i propri obiettivi.

Sono davvero tanti gli studi ad aver mostrato che la qualità della relazione terapeutica (TR) tra paziente e terapeuta è un predittore importante del risultato di diverse forme di psicoterapia. E' meno chiaro se la TR predice anche gli esiti di programmi di trattamento psichiatrici nei pazienti con psicosi (es. al di fuori della psicoterapia convenzionale).

In uno studio di Priebe et al. (2011) è stata condotta una rassegna sistematica e identificato 9 studi principali che hanno testato prospetticamente l'associazione della TR con 3 dati finali, cioè ospedalizzazione, livelli del sintomo e funzionamento. A causa dell'eterogeneità del metodo usato, una meta-analisi (cioè un'analisi statistica su questi 9 lavori individuati) non è stata possibile. E' stato usato un metodo di conteggio del voto per determinare il numero di effetti statisticamente significativi nella direzione ipotizzata (cioè che una TR più positiva predica dei risultati più favorevoli).

I risultati hanno dimostrato la presenza di un'associazione significativa tra una buona TR e un buon esito del trattamento, valutato in termini di ospedalizzazione, sintomi e funzionamento del paziente.

Si può concludere dicendo che qualche evidenza, anche se non tutte, mostra che la TR predice i risultati dei programmi di trattamento psichiatrico complesso nei pazienti con psicosi, e che una ricerca metodologicamente più rigorosa è necessaria in questo campo. Tale ricerca dovrebbe misurare la TR nello stadio iniziale del trattamento ed usare strumenti di misura convalidati sia per la TR sia per i suoi esiti.

In un altro studio di Svensson et al. (1990) un totale di 26 pazienti schizofrenici e altri pazienti con malattie mentali a lungo termine che ricevevano sessioni di terapia cognitiva due volte la settimana nel contesto di un programma di trattamento completo sono stati valutati ogni 5 settimane rispetto all'alleanza terapeutica. I terapisti valutavano l'alleanza rispetto al Report di Status Psicoterapeutico (*Psychotherapy Status Report*) e i pazienti la valutavano rispetto alla Scala di Collaborazione del Paziente (*Patient Collaboration Scale*). I risultati hanno mostrato una buona o corretta e stabile alleanza terapeutica per la maggior parte dei pazienti nel periodo di trattamento. Poche correlazioni sono state trovate tra caratteristiche del paziente e alleanza iniziale. Le valutazioni dei terapeuti hanno evidenziato una relazione positiva tra alleanza iniziale ed esito positivo finale.

Tra le varie tecniche usate per consolidare l'alleanza terapeutica possiamo annoverare il processo di normalizzazione che può essere considerato come un obiettivo centrale dell'intervento terapeutico.

La Normalizzazione

La normalizzazione è un processo centrale non solo nella TCC delle psicosi ma anche nella terapia cognitivo-comportamentale classica, poiché si basa su un modello secondo il quale, la valutazione di un evento determina le reazioni emotive e comportamentali successive.

Nella Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi il terapeuta aiuta i propri pazienti a vedere come non siano gli unici a provare certe sensazioni o a formulare certi pensieri: questo può portare ad un incremento dell'autostima, facilitare l'uso di strategie di *coping* migliori. La normalizzazione può, inoltre, ridurre le reazioni emotive secondarie, come l'essere infastiditi per il fatto di provare ansia, e i comportamenti secondari che perpetuano i sintomi primari, quali i comportamenti protettivi e il ritiro sociale. Uno dei modi per ottenere la normalizzazione è quella di procurare al paziente del materiale informativo da leggere. Un altro metodo potente è la “*self-disclosure*”, spiegato in precedenza.

Solitamente le esperienze psicotiche sono catastrofizzate, più che normalizzate, non solo da parte del paziente ma anche dalla società e dai media; da sempre sono considerate qualitativamente diverse da quelle normali e un segnale di un'alterazione funzionale causata probabilmente da un processo biologico patologico (Bental, 2003).

Questa visione delle psicosi non è priva di conseguenze: il solo fatto di etichettare un soggetto psicotico come malato mentale comporta una maggiore percezione di imprevedibilità e pericolosità del suo comportamento e spesso ad una rottura dell'alleanza terapeutica.

Numerosi studi, invece, hanno dimostrato che esperienze allucinatorie e idee persecutorie non costituiscono fenomeni “tutto o nulla” (presenti solo a livello di gruppi di soggetti con diagnosi clinica accertata), ma tendono piuttosto a distribuirsi secondo un continuum a gradiente crescente dalla popolazione generale a gruppi clinicamente significativi. Infatti le evidenze accumulate già dal 1980 indicano che idee persecutorie ed esperienze allucinatorie sono presenti in campioni non clinici della popolazione generale.

Freeman e colleghi (2006) dimostrarono attraverso uno studio che circa il 30 % dei soggetti di un campione non clinico manifestava idee paranoidee. Tale sovrapposizione tra campione clinico e non clinico sembra essere presente molto spesso (Peter et al., 1999, Hansen et al., 2003).

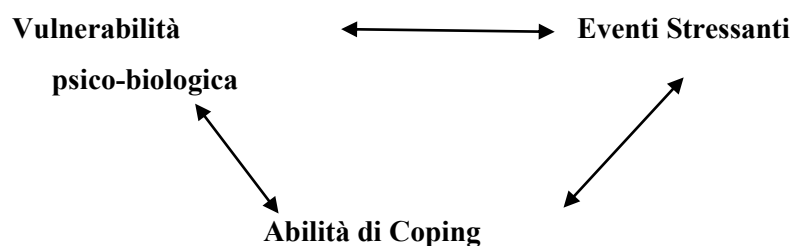
Per quanto riguarda il processo di normalizzazione nella TCC delle psicosi, uno dei primi passi da fare è quello di creare una buona alleanza terapeutica con il paziente, che come visto in precedenza, richiede empatia, calore, accettazione da parte del terapeuta. Il processo di normalizzazione, in realtà, può essere usato come strumento terapeutico per creare l'alleanza, esplorando aree tematiche non minacciose per il paziente e poi affrontare la sintomatologia vera e

propria in modo tale da ridurre il suo eventuale imbarazzo. La normalizzazione può essere di aiuto per gettare le basi della formulazione del caso e per fare in modo che il paziente diventi un agente del proprio trattamento. Tuttavia non bisogna usare la normalizzazione in modo estremo, poiché ciò potrebbe portare o essere percepita come una minimizzazione del problema.

Dopo aver coinvolto il paziente nella terapia, è utile fornirgli una spiegazione dei sintomi che percepisce come più disturbanti, oltre ad affrontare le sue idee catastrofiche in merito alla “pazzia”. Si può procedere facendoli capire che probabilmente esistano delle motivazioni che giustificano la comparsa dei sintomi e come chiunque, in determinate circostanze stressanti, possa sviluppare dei sintomi psicotici. Si può, inoltre, approfondire il fatto che esista una predisposizione familiare a reagire in questo modo: questo aiuta la persona a sentirsi meno diversa e isolata ma soprattutto ascoltata e capita, elementi essenziali per favorire l'alleanza terapeutica.

Si può, inoltre, introdurre l'ipotesi stress-vulnerabilità di Zubin e Spring, 1977, che spiega come la vulnerabilità e lo stress si combinano tra loro producendo i sintomi caratteristici della psicosi. La vulnerabilità è intesa come suscettibilità o predisposizione individuale a sviluppare il disturbo. Risulta dall'azione e dall'interazione reciproca dei suoi fattori di rischio genetici, biologici, psicologici e psico-sociali.

“Ciascun soggetto è vulnerabile in maniera idiosincratca ad eventi particolari, che possono essere invece del tutto indifferenti per un altro soggetto(...) Questo si accorda ovviamente con quanto ogni psicoterapeuta cognitivista conosce bene: è il significato che ciascuno dà agli eventi che alla fine determina la gravità del carico dello stress”.(Perris. 2000 pag. 27-28).



La TCC delle psicosi è fortemente legata alla normalizzazione, dal momento che il terapeuta cerca di generare e verificare assieme al paziente una spiegazione alternativa, nuova o meno minacciosa ai suoi vissuti; in questa fase tutte le informazioni normalizzanti relative ai sintomi risultano cruciali.

Conclusioni: Efficacia della TCC sulle psicosi

Il trattamento cognitivo comportamentale delle psicosi è stato sottoposto ad un'analisi da parte del GDG (*Guideline Development Group*) per verificare l'efficacia rispetto alla riduzione dei sintomi, ricadute, permanenza in trattamento e prevenzione dei comportamenti suicidari. I risultati hanno evidenziato l'efficacia della CBT nel ridurre i sintomi nelle persone affette da schizofrenia fino ad un anno di follow-up, rispetto ad altre terapie. È stato messo in evidenza come l'efficacia è maggiore per sintomi psicotici persistenti piuttosto che per sintomi acuti. Inoltre hanno dimostrato che la CBT può migliorare l'*insight* e l'adesione al trattamento farmacologico e avere un effetto positivo sul funzionamento sociale.

In accordo al "*Health Beliefs Model of Compliance*", il più alto grado di adesione al trattamento può essere interpretato come la risultante di un miglioramento della percezione degli effetti positivi del trattamento, associata alla minore rilevanza soggettiva degli effetti collaterali (Becker M.H., 1979; Bebbington P.E., 1995).

La terapia cognitivo comportamentale applicata alle psicosi si è dimostrata efficace nel ridurre l'intensità dei sintomi, nel prevenire le ricadute e nel ridurre i giorni di ospedalizzazione.

Inoltre, quando la CBT è portata avanti per più di 3 mesi, esistono forti prove d'efficacia che i tassi di ricaduta si riducano (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2004).

Sono tanti gli studi che confermano l'efficacia della psicoterapia cognitivo comportamentale per il trattamento delle psicosi.

Nel 2004 è stata valutata l'efficacia della CBT anche nella prevenzione della psicosi mettendo a confronto la terapia cognitiva con trattamento su 58 pazienti con alto rischio di sviluppare primi episodi di psicosi. La terapia è andata avanti per 6 mesi e tutti i pazienti sono stati monitorati per 12 mesi. I risultati hanno mostrato che la CBT riduceva significativamente la probabilità di progredire verso la psicosi, così come è stato dimostrato dalla scala dei sintomi positivi e negativi dopo 12 mesi.

Una metanalisi condotta nel 2005 è stata realizzata prendendo in esame 14 studi clinici randomizzati sull'efficacia della CBT dimostrando la sua efficacia nel trattamento dei sintomi positivi delle psicosi (Zimmerman et al., 2005).

Il trattamento CBT sembra essere consigliato per la cura di pazienti con sintomi psicotici di media gravità e per quelli ad elevato rischio di conversione o con grave sintomatologia (Morrison et al., 2004). Inoltre, diverse ricerche hanno dimostrato come l'uso di farmaci antipsicotici migliorano la neuro genesi e, solo se combinati con un trattamento di psicoterapia, portano all'acquisizione di nuove abilità da parte del paziente (Lieberman et al., 2005).

In un articolo di Birchwood e Trower si sostiene come la CBT sia ora raccomandata dal *National Institute for Clinical Excellence* (2002) in quanto volta a ridurre i sintomi psicotici, aumentare la conoscenza e promuovere l'aderenza ai farmaci.

Nel 2006, Baker et al. hanno condotto uno studio randomizzato controllato su 130 pazienti con disturbi psicotici e abuso di sostanze, confrontando la CBT associata a colloqui motivazionali con il trattamento di routine. Sono emersi miglioramenti significativi nel livello di depressione dei pazienti del gruppo di psicoterapia cognitiva che si sono estesi al funzionamento globale a 6 e 12 mesi di *follow-up*.

Risultati analoghi sono emersi dallo studio di Lecomte et al. (2008), i quali assegnarono a 129 pazienti la CBT, il *Social Skills Training* per la gestione dei sintomi, riscontrarono che la CBT ha effetti significativi e durevoli nel tempo sulla sintomatologia globale e sull'autostima.

In uno studio di Neem et al. (2015), è stato messo a confronto l'efficacia di un intervento classico di trattamento di schizofrenia con un trattamento associato a programmi di CBT. L'intero campione dei soggetti partecipanti era composto da 116 persone, di cui 5 avrebbero beneficiato dell'intervento TAU associato a CaCBT e 57 del solo intervento TAO. Gli strumenti utilizzati per l'analisi dei soggetti sono stati la *Positive and Negative Syndrome Scale of Schizophrenia* (PANSS), la *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS) e la *Schedule for Assessment of Insight* (SAI).

Il programma CBT è stato usato per oltre 4 mesi sul campione selezionato. Una parte fondamentale del programma CBT è il coinvolgimento della famiglia. I risultati di tale studio hanno mostrato come i partecipanti del gruppo sperimentale mostrano significativi miglioramenti rispetto al gruppo di controllo alla fine della terapia, sia in riferimento ai sintomi positivi che a quelli negativi, oltre che alla psicopatologia in senso più generico (PANSS).

Nello studio di Staring et al. (2012) è stata analizzata l'efficacia della CBT rispetto ai sintomi negativi. Sono stati selezionati 21 pazienti adulti con uno spettro della schizofrenia con sintomi negativi. L'obiettivo era quello di distinguere le varie credenze disfunzionali. La terapia iniziava con la somministrazione della *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) in modo tale da creare il profilo personale del paziente e decidere gli obiettivi da raggiungere. Seguiva la psicoeducazione per i deficit neuro cognitivi. I risultati hanno dimostrato come i pazienti hanno riportato una riduzione delle credenze disfunzionali sulle loro abilità cognitive, delle esperienze sociali e di esclusione sociale e questa riduzione ha parzialmente mediato gli effetti sui sintomi negativi come ipotizzato dai ricercatori.

Nello studio di Tsapakis et al. (2005) ci si è concentrati principalmente sul fatto che i sintomi negativi interagiscono maggiormente sulla qualità di vita del paziente rispetto ai sintomi positivi. I

ricercatori hanno elencato tra le terapie più efficaci, da interagire alla cura farmacologica, la CBT (oltre alla psicoeducazione e l'arte terapia). I risultati ottenuti hanno confermato l'efficacia della CBT nel ridurre i sintomi, nel migliorare l'*insight* e l'adesione del soggetto al trattamento farmacologico con conseguente miglioramento del funzionamento sociale.

Bibliografia

- Andreasen. N.C. (1990). Schizofrenia: Positive and negative symptoms and syndromes. Karger.
- Australian. R. (2017). "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders". Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.
- Bachelor. A., Lavardièrè. O., Gamache. D., & Bordeleau. V. (2007) "Client's collaboration in therapy: Self- perception and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations and motivation". Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44(2):175.
- Baker. A., Bucci. S., Lewin. T.J., Richmond. R., & Carr. V.J. (2005). "Comparison between psychosis samples with different patterns of substance use recruited for clinical and epidemiological studies" Psychiatry research. 134(3):241-250.
- Bebbington. P.E. (1995). "The content and context of compliance". International Clinical Psychopharmacology, 9:41-50.
- Becher. M.H. (1979). "Understanding patient compliance: The contribution of attitudes and other psychosocial factor". New direction in patient compliance 2:1-31.
- Beck, J.S. (2013) "La Terapia Cognitivo Comportamentale" Casa Editrice Astrolabio.
- Bellino. S., Rinaldi. C., Brunetti. C., Cremasco. A., Bogetto. F. (2013). "Personality disorder and psychosis a critical review of literature". Journal of Psychopatology. 19:213-227.
- Bentall. R.P. (2004). Madness Explained. Psychosis and Human Nature. Penguin UK.
- Bentall. R. (2007). "The new psychology and treatment of psychosis". Journal of the Norwegian Psychological Association, 44 (5):524-526.
- Birchwood. M., Gilbert. P., Gilbert. J., Trower. P., Meaden. A., Hay. J., Murray. E., Miles. J.N. (2004). "Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant voice in schizophrenia: a comparison of three models". Psychological Medicine, 34(8):1571-180.
- Birchwood.M., & Trower. P. (2006). " The future of cognitive- behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic". The British Journal of psychiatry, 188 (2):107-108.

- Bleuler. E. (1950). "Dementia praecox or the group of Schizofrenia". Zinken Journal International Universities Press.
- Butler. A.C., Chapman. J. E., Forma. E. M., & Beck. A. T. (2006). "The empirical status of cognitive – behavioral therapy: a review of meta-analyses". Clinical Psychology Review. Vol .26(1):17-31.
- Chadwick. P., Birchwood. M., Trower. P., & Beck. A.T. (1997). "La Terapia Cognitivo per i deliri, le voci e la paranoia". Astrolabio.
- Carcione. A., Nicolò. G, Procacci. M. (2012). "Manuale di terapia cognitiva delle psicosi". Franco Angeli.
- Carcione. A., Nicolò. G., Semerari. A. (2016). "Curare i casi complessi: La terapia meta cognitiva interpersonale dei disturbi di personalità". Laterza
- David. A.S. (1990). "Insight and Psychosis". The British Journal of Psychiatry. 156(6):798-808.
- Dunn.H., Morrison. A.P., Bental. R.P. (2006). "The relationship between patient suitability, therapeutic alliance, homework compliance and outcome in cognitive therapy for psychosis". Clinical Psycology & Psychoterapy, 13(3):145-152.
- Erickson. M., Jaafari. N., Liysake.r P. (2011). "Insight and negative symptoms as predictor of functioning in a work setting in patients with schizofrenia". Psychiatry Research, 189(2):161-165.
- Evangelia. M., Tsapakis, Trisevgeni Dimopoulou, Frank. I. Tarazi.(2015) "Clinical management of negative symptom of schizofrenia: an update". Pharmacology e Therapeutics Volume 53:135-147 [Elsevier].
- Frank. A.F., & Gunderson. J. G. (1990). "The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizofrenia: Relationship to Course and Outcome". Archives of general Psychiatry. 47(3): 228-236.
- Fowler. D., Garety. P. & Kuipers. E. (1995). "Cognitive Behavior Therapy for Psychosis: Theory and Practice. Volume 25. Wiley.
- Goldsmith. LP., Lewis. SW., Dunn. G., Bental. RP. "Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis." Psychological medicine. 45(11):2365-2373.

- Hagen. R., Turkington. D., Berge. T. & Grawe. R.W. (2011). *Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi*. Eclipsi.
- Kirschenbaum. H., & Jourdan. A. “Carl Rogers e l’Approccio Centrato sulla Persona oggi”.
- Kuipers. E., Garety. P., Fowler. D., Freeman. D., Dunn. G., Bebbington. P. (2006). “Cognitive, emotional, and social process in psychosis: referring cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms”. *Shizofrenia Bulletin*, 32 (Suppl 1):S24-S31.
- Liberman. JA., Stroup. TS., McEvoy. JP., Swartz. MS., Rosenheck. RA., Perkins. DO., Keefe. RS., Davis. SM., Davis. CE., Lebowitz. BD., Seber. J., Hsiao. JK. (2005). “Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizofrenia”. *New England Journal of Medicine*. 353 (12):1209-1223.
- Lecomte. T., Leclerc. C., Corbiere. M., Wykes. T., Wallace. CJ., Spidel. A. (2008). “Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial”. *The Journal of nervous and mental disease*. 196(12):866–875.
- Messari. S., & Hallman. R. (2003). “CBT for psychosis: A qualitative analysis of client’s experiences”. *British Journal of Clinical Psychology*. 42(2):171-188.
- Miller. W.R., & Rollnick. S. (2014). “Il colloquio motivazionale” – Terza edizione: Aiutare le persone a cambiare. Edizioni Erickson.
- Morrison. A.P., French. P., Walford. L., Lewis. S.W., Kilcommons. A., Green. J., ...& Bentall. R. P. (2004). “Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra high risk”. *The British Journal Psychiatry*, 185(4):291-297.
- Mosticoni. R. (1989). “L’atteggiamento terapeutico: fattore non a-specifico i cambiamento. A. Meneghelli & D. Sacchi (a cura di), *Terapia e modificazione del comportamento negli anni*, 80.
- Mosticoni. R. (1998). “Metodi e tecniche di intervento cognitivo-comportamentale”. *Psicoterapia*, 13.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). “Schizophrenia core intervention in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care”(update). *British Psychological*

Society.

- Neale. MS., Rosenbeck. RA. (1995). "Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program". *Psychiatric Services*. 46(7): 719-721.
- Neeem. F., Saees. S., Irfan. M., Kiran. T., Mehmood. N., Gul. M., Munshi. T., Ahmad. S., Kazmi. A., Husain.N., Farooq. S., Ayub. M., Kingdon. D. (2015). "Brief culturally adapted CBT for psychosis (CaCBTp): a randomized controlled trial from a low income country" *Schizophrenia Research*. 164(1-3): 143-148.
- Norcross. J. (2002). "Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients". Oxford University Press.
- Perris. C., McGorry. P.D. (2000). "Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità. S. Sassaroli & R. Lorenzini (Eds). Masson.
- Pinto. A. (2009). "Mindfulness and Psychosis". *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer, New York. (pp.339-368).
- Poerio. V. (2014). "Il Piano di trattamento nelle psicoterapie ad impianto cognitivo: Assessment, Concettualizzazione e Pianificazione del caso clinico. Franco Angeli.
- Priebe. S., Richardson. M., Cooney. M., Adeleji. O., McCabe. R. (2011)". Does the Therapeutic Relationship Predict Outcomes of Psychiatric Treatment in Patients with Psychosis? A Systematic Review". *Psychoterapy and Psychosomatics*. 80(2):70-77.
- Rector.N.S., Stolar. N., & Grant. P. (2011). "Schizophrenia: Cognitive Theory, research, and Therapy". Guilford Press.
- Sanavio. E. "Il colloquio clinico". (1991). (fascicolo monografico n. 30/31 della rivista *Terapia del Comportamento*). Roma: Bulzoni, 1991.
- Schennach. R., Meyer. S., Seemuler. F., Jager. M., Schmauss. M., Laux. G., Pfeiffer. H., Naber. D., Schmidt. L.G., Gaebel. W., Klosterkotter. J., Heuser. I., Maier. W., Lemke. M.R., Ruther. E., Klingberg. S., Gastpar. M., Moller. H.J., NRiedel. M. (2012) "Insight in Schizophrenia- course and predictors during the acute treatment phase of patients suffering from a schizophrenia spectrum disorder". *European Psychiatry*. 27(8):625-633.

- Shifman. J., Walker. E., Ekstrom. M., Shulsinger. F., Sorensen. H., Medruck. S. (2004). "Childhood Videotaped Social and Neuromotor Precursors of Schizophrenia: A prospective Investigation", *American Journal of Psychiatry*, 161(11):2021-2027.
- Staring. AB, Ter Huurne. MA, van der Gaag. M. "Cognitive Behavioral Therapy from negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study". *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 44(3):300-306.
- Svensson. B., Hansson. L; (1999). "Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long- term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(4):281-287.
- Turkington. D., Bryant. C., & Kingdon. D. (2007). "Optimising functional outcome in schizophrenia: Combining cognitive behavioural therapy with antipsychotic therapy". *Progress in neurology and Psychiatry*, 11(Supplement):S10-13.
- Van. Os., Gilvarry. C., Bale. R., Van. Horn., E. Tattan., White. I., & Murray. R. (2000) "Diagnostic Value of the DSM and ICD categories of psychosis: an evidence-based approach", *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 35(7):305-311.
- Vender. S., Fraticelli. C., Moalli. M., Poloni. N. (2010). "Widening the concept of insight in the treatment of schizophrenic disorder". *Journal of Psychopathology*, 16:27-35.
- Zimmermann. G., Favrod. J., Trieu. V.H., Pomini. V. "The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis". *Schizophrenia Research*. Volume 77 (1):1-9.
- Zubin. J., & Spring. B. (1977). "Vulnerability: A new view of schizophrenia". *Journal of abnormal psychology*. Volume 86, N°2: 103-126.

Elisa Meraglia, Psicologa-Psicoterapeuta, Treviso
Specializzata in psicoterapia cognitivo comportamentale
e-mail; elisa.meraglia@psypec.it; elisameraglia@live.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it