PHENOMENA
Research, Conference & Journal

Pubblicato: novembre 2019
doi: 10.32069/pj.2019.1.59

MINI REVIEW

# Sintomi positivi: quali trattamenti possibili?

**Sabrina Bisogno[1-2-3], Paola Falanga[1-2-3]**

[1] Psicologa e Psicoterapeuta cognitivo – comportamentale
[2] Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, SPC
[3] Socia SITCC

OPEN ACCESS

***Citation***
Bisogno S., Falanga P. (2019).
Sintomi positivi:
quali trattamenti possibili?
Phenomena Journal, 1, 62-68
https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.59

***Direttore scientifico***
Raffaele Sperandeo

***Supervisore scientifico***
Valeria Cioffi

***Journal manager***
Enrico Moretto

***Contatta l'autore***
Sabrina Bisogno
sabrinabisogno@hotmail.it

***Ricevuto:*** *16 settembre 2019*
***Accettato:*** *12 novembre 2019*
***Pubblicato:*** *14 novembre 2019*

## ABSTRACT

When we talk about serious patients, we certainly refer to those patients who present a symptomatology of schizophrenic type. Often psychotherapy in these cases is considered marginal, aimed at catching the signs of a worsening or helping the patient and his family to live with the disorder. But the evidence in the literature tells us that patients often refuse or stop drug treatment. Is it conceivable in these cases an alternative treatment to pharmacological therapy that allows the engagement of the patient and which allows the containment of positive symptoms? The present work has a dual purpose: on the one hand to collect and report on the efficacy of non-pharmacological treatments, on the other to question the nature of psychotherapeutic interventions that are currently effective in the treatment of positive symptoms and therefore hypothetically transposable in cases of refusal or interruption of the drug. Specifically, this work focuses on the psychotherapeutic treatment of auditory hallucinations. The data collected highlight the possibility of not merely pharmacological interventions and underline that the therapeutic approaches of a psychological nature for the treatment of hallucinations have evolved over time, passing from interventions focused on behaviour and on the management of the "problem" to interventions that include application of approaches based on acceptance and mindfulness.

**KEYWORDS**
**Cognitive Behaviour Therapy, auditory hallucinations, psychosis, mindfulness, normalization.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Quando si parla di pazienti gravi si fa sicuramente riferimento anche a quei pazienti che presentano un quadro sintomatologico riconducibile allo spettro della schizofrenia. Spesso la psicoterapia in questi casi è considerata marginale, finalizzata a cogliere le avvisaglie di un peggioramento o ad aiutare il paziente e la sua famiglia a convivere con il disturbo. Ma le evidenze della letteratura ci dicono che non di rado i pazienti rifiutano o interrompono il trattamento farmacologico. È pensabile in questi casi un trattamento alternativo alla terapia farmacologica che consenta l'aggancio del paziente e che permetta il contenimento dei sintomi positivi? Il presente lavoro ha un duplice scopo: da una parte quello di raccogliere e riportare dati riguardanti l'efficacia di trattamenti non farmacologici, dall'altra interrogarsi sulla natura degli interventi psicoterapeutici che risultano attualmente efficacinel trattamento dei sintomi positivi e dunque ipoteticamente trasponibili nei casi di rifiuto o interruzione del farmaco. Nello specifico il presente lavoro si focalizza sul trattamento psicoterapeutico delle allucinazioni uditive. I dati raccolti evidenziano la possibilità di interventi non meramente farmacologici e sottolineano che gli approcci terapeutici di natura psicologica, per il trattamento delle allucinazioni, si sono nel tempo evoluti passando da interventi focalizzati sul comportamento e sulla gestione del "problema" ad interventi che includono l'applicazione di approcci basati sull'accettazione e sulla mindfulness.

**PAROLE CHIAVE**
**Psicoterapia cognitivo comportamentale, allucinazioni uditive, psicosi, mindfulness, normalizzazione.**

## 1. Introduzione

I farmaci antipsicotici costituiscono il trattamento di prima linea per la schizofrenia, le linee guida cliniche ne indicano chiaramente i benefici in termini di riduzione dei sintomi. Tuttavia in letteratura, così come nella pratica clinica, ci sono evidenze del fatto che spesso le persone affette da psicosi smettono, per una vasta gamma di motivi (es. effetti collaterali debilitanti o la convinzione che non li aiuteranno), di assumere i farmaci loro prescritti e questo ne rende estremamente difficile la presa in carico. Talvolta questi pazienti smettono di frequentare i Servizi per il timore di essere "sanzionati" o costretti a ricominciare il trattamento. Lo studio di Lieberman et al.[1], descritto in letteratura come uno dei trial più importanti e finalizzato al confronto (in termini di efficacia ed effetti collaterali) traantipsicotici atipici e tipici, ha portato alla luce un aspetto significativo e cioè che i partecipanti, indipendentemente dal tipo di farmaco assunto, tendevano all'interruzione del trattamento: il 74% dei pazienti aveva interrotto il trattamento prima dei 18 mesi.

Negli ultimi vent'anni in letteratura si è molto pubblicato sull'individuazione e il trattamento delle psicosi all'esordio. Le linee guida dell'American PsychiatricAssociation prevedono senza ombra di dubbio l'uso degli antipsicotici di seconda generazione come prima scelta nel trattamento del paziente schizofrenico al primo episodio di malattia [2]. Tuttavia, soprattutto nel caso dei più giovani, anche quando i pazienti accettano di intraprendere il trattamento farmacologico, gli effetti collaterali alimentano le paure soggettive di non riuscire a *"tornare come prima"*, determinando, se non un'interruzione del progetto terapeutico, un aumento dei sintomi negativi secondari.

Quando si parla di giovani all'esordio psicotico sappiamo, dalle più recenti linee guida [3], che il trattamento ruota intorno alla tempestività dell'intervento. In quest'ottica risulta di notevole importanza che il clinico possa immaginare anche un trattamento alternativo alla farmacoterapia che consenta l'aggancio del paziente in un progetto di cura cooperativa e il contenimento del sintomo positivo.

La review di Nosé et al. [4] evidenzia alcuni fattori che risultano associati alla scarsa compliance, ossia: mancanza di insight, sintomi positivi, giovane età, genere maschile, storia di abuso di sostanze, disoccupazione e basso funzionamento sociale.

## 2. Evidenze della letteratura

Nel 2012 Hutton et al. [5] si pongono un'interessante domanda: come aiutare le persone che decidono di non assumere farmaci?

Gli autori descrivono l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale (CBT) riportando il caso di un giovane (18 anni) che presenta allucinazioni uditive e visive trattate senza farmaci. I risultati dello studio su caso singolo sottolineano una diminuzione in termini di frequenza e durata delle allucinazioni insieme ad una riduzione delle convinzioni riguardanti l'incontrollabilità e l'inaccettabilità del sintomo, dunque una variazione del vissuto.

In letteratura, fin dal 1994 è possibile ritrovare uno studio su caso singolo ad opera

di A.P. Morrison [6] in cui un paziente di 38 anni con allucinazioni uditive viene trattato con un intervento cognitivo-comportamentale senza farmaci concomitanti. Alla fine del trattamento si registra una riduzione delle allucinazioni in termini di frequenza e soprattutto il distresslegato al sintomo si riduce significativamente alla fine del trattamento. I risultati sono mantenuti al follow-up di uno e tre mesi.
Nel 2014 Morrison [7] ed altri autori conducono quello che viene descritto come il primo studio randomizzato controllato su un gruppo di pazienti che avevano interrotto l'assunzione di farmaci da almeno sei mesi o che non li avevano mai assunti. Il campione di 74 pazienti, con un'età compresa tra i 16 e i 65 anni e una diagnosi riconducibile allo spettro della schizofrenia, è stato diviso in due gruppi: uno trattato secondo le modalità standard previste dal Serviziocoinvolto (ossia due centri del Regno Unito) e l'altro trattato con modalità standard e terapia cognitivo-comportamentale. Con l'espressione modalità "standard" si fa riferimento ai trattamenti solitamente proposti per questi pazienti, trattamenti che differiscono a seconda dell'organizzazione interna del Servizio e che possono spaziare da interventi psicoeducativi a incontri familiari, fino alla sola presa in carico presso il servizio senza un trattamento. I risultati sono stati valutati osservando i punteggi alla Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS [8]. Gli autori hanno osservato nel gruppo trattato anche con CBT benefici significativi alla fine del trattamento (dopo 9 mesi) e al follow-up (a 18 mesi), maggiore compliance e nessun peggioramento significativo.
Caratteristiche centrali dell'approccio utilizzato dagli autori sono: interventi di normalizzazione ed esplorazione delle valutazioni che le persone fanno dei loro sintomi, al fine di identificare e modificare le risposte cognitive e comportamentali non utili al benessere.
Aspetto rilevante dello studio è che un quinto del campione ha poi deciso di intraprendere una cura farmacologica a differenza di quanto deciso al baseline. La libertà di scelta e un approccio collaborativo sembrano aver migliorato la risposta dei pazienti al trattamento.
Questi dati ci dicono dunque che è possibile immaginare un trattamento non meramente farmacologico dei sintomi positivi.
Appare interessante chiedersi quali interventi psicoterapeutici risultano essere oggi maggiormente efficaci nel trattamento di questi pazienti e, pertanto, ipoteticamente utilizzabili anche in caso di mancata adesione alla terapia farmacologica. A questo scopo si è analizzata la letteratura fissando il focus sul trattamento psicoterapeutico delle allucinazioni uditive, sintomo che si verifica con alta frequenza (40-80%) e che è legato ad agiti rischiosi, nonché spesso resistente ai farmaci [9].
Una recente review di Pontillo et al. [9] sottolinea che la psicoterapia non si deve focalizzare sulla riduzione dell'esperienza allucinatoria ma sul ridurre il potere percepito delle voci, sul rapporto tra la voce e colui che la sente; questa la netta differenza rispetto agli interventi utilizzati nell'ambito cognitivista standard, maggiormente incentrati sull'acquisizione di strategie di fronteggiamento del sintomo [10].
A partire dagli studi di van Os e colleghi [11] molte teorie hanno cominciato a mettere

in luce il rapporto tra il ruolo dei fattori metacognitivi e la vulnerabilità allo sviluppo di allucinazioni, riconducibile ad una serie di meccanismi, come un eccesso di attenzione rivolta a se stessi, ruminazione, credenze autoriferite disfunzionali e una ipervigilanza verso stimoli percepiti come minacciosi. Sviluppare un atteggiamento di ipervigilanza nei con¬fronti di stimoli simili, punirsi per averli, considerarli alta¬mente pericolosi in quanto segnali di follia, non farà che renderli più probabili, generando un circolo vizioso di difficile interruzione. Gli individui, focalizzandosi sulle voci per cercare di farle smettere, concentreranno l'atten¬zione su di esse, rendendole più potenti e frequenti.

L'approccio ai sintomi positivi, di quella che viene chiamata *"la terza ondata"* [12] della Terapia Cognitiva, risulta maggiormente incentrato sull'incremento della connessione con le esperienze interne, e quindi con le voci, e meno orientato alla sola modificazione delle credenze. In questo modo i pazienti sembrano mostrare un livello inferiore di compliance al sintomo e un aumento della resistenza alle voci stesse. Gli aspetti comuni ai diversi modelli di trattamento che rientrano nella terza ondata riguardano sia i fondamenti teorici che alcune metodologie d'intervento. L'enfasi è generalmente posta su dimensioni quali l'accettazione, la defusione, l'attenzione consapevole e il cambiamento dei comportamenti.

Secondo l'Acceptance and CommitmentTherapy (ACT) ad esempio è importante imparare ad osservare, accettare e comprendere gli eventi interni. Si mira all'individuazione dei valori personali e si incoraggia l'individuo ad agire secondo questi, incrementando la flessibilità psicologica. Per una panoramica approfondita su come l'ACT possa essere applicata alla psicosi, si può far riferimento agli studi di Pankey e Hayes [13] che sottolineano la centralità del distanziamento cognitivo, dell'accettazione e dell'azione valutata.

Rientra nella "terza ondata" anche la CompassionFocusedTherapy (CFT) che applicata con pazienti psicotici ha lo scopo di aiutarli a regolare il sistema di elaborazione della minaccia grazie allo sviluppo e/o rafforzamento di un sistema di emozioni di affiliazione e sicurezza (*soothingsystem*). Ci si propone di raggiungere tale obiettivo attraverso pratiche e insights che facilitano lo sviluppo di compassione verso se stessi, gli altri e le voci [14].

Giungere al decentramento dall'esperienza può aumentare la consapevolezza di quel che accade dentro di sé e, al contempo, permette di mantenere una certa distanza, ad esempio: sviluppare l'abilità del prestare attenzione alle voci, ai pensieri e alle sensazioni ad esse associati e considerarli eventi passeggeri [15].

Per lo psicotico, come per tutti, divenire consapevoli del proprio mondo interiore e di ciò che accade fuori da questo segna l'inizio della liberazione dalle emozioni di difficile gestione, che danno poi origine a preoccupazioni mentali [16].

Come terapie di "terza generazione" è possibile annoverare anche quelle *mindfulness–based*, ossia basate sulla meditazione [12]. La consapevolezza favorita dalla meditazione permette non solo il riconoscimento delle emozioni provate, soprattutto quelle negative, ma ancor più permette di comprenderne ed esperirne la transitorietà, l'impermanenza: le emozioni sono sì presenti in quel preciso momento, ma ciò non

vuol dire che dovranno esserci per forza anche in seguito [17]. Ancora, attraverso la *mindfulness* lo psicotico potrebbe accettare i propri sintomi e osservarli senza giudicarli: la non accettazione e i continui tentativi di combatterli rendono il paziente sempre più prigioniero.

L'impiego della mindfulness coi pazienti psicotici potrebbe configurarsi come pratica di supporto nel lungo percorso di acquisizione di consapevolezza dei propri pensieri, sentimenti e sensazioni; consapevolezza che negli esercizi di meditazione potrebbe esser facilitata dall'uso di frasi chiare e concise come: *"I pensieri non sono fatti"*, o ancora *"Io non sono i miei pensieri"*. La mindfulness non ha quindi l'obiettivo di modificare le idee del paziente, quanto piuttosto il suo atteggiamento verso di esse [17,18].

Nonostante in psichiatria già da oltre un decennio vi sia il ricorso alla pratica della mindfulness, il suo utilizzo nel processo di cura di persone con un disturbo di tipo psicotico non è stato immediato. Tale ritardo è conseguenza dei dubbi circa l'adeguatezza o meno della pratica degli esercizi di mindfulness per soggetti con disturbi dello spettro schizofrenico. Tuttavia i risultati di più studi hanno evidenziato che, attraverso adeguate modifiche, la mindfulness rende anche le persone affette da patologia psicotica consapevoli delle proprie esperienze di malattia e migliora la loro accettazione, sia della malattia che della propria persona [19,20,21].

Nell'ultimo decennio diversi studi dimostrano l'assenza di esiti negativi in seguito alla pratica mindfulness ad opera di pazienti psicotici, tale evidenza è emersa nei diversi contesti in cui la pratica è stata applicata: situazioni acute, di nuova insorgenza o con durata di malattia superiore a 5 anni [22, 23].

La pratica della mindfulness, in particolare l'osservazione, permette di distogliere il paziente angosciato dal timore che qualcosa possa accadere e lo riporta a ciò che sta accadendo nel qui ed ora del flusso percettivo. Quando nella storia dei pazienti ricorrono allucinazioni uditive, paradossalmente possono essere proposti esercizi di percezione dei suoni, invitando ciascuno a percepirne il timbro, l'altezza tonale, il ritmo e la durata; ciò contrasta la tendenza che gli psicotici con allucinazioni uditive hanno di tacitare le voci.

È importante che l'utilizzo della mindfulness non comporti una destabilizzazione a causa dei contenuti che tali interventi possono andare a toccare. Per far fronte a questa possibilità è importante regolare gli interventi in base alle particolari esigenze della persona; occorre, inoltre, tener presente che concentrare maggiormente l'attenzione su parti del corpo a contatto con oggetti altri risulta più stabilizzante, come per esempio portare l'attenzione alla pianta dei piedi che tocca il suolo/pavimento, ai suoni presenti nell'ambiente circostante oppure al cibo che si sta consumando [24]. Dunque nel caso una persona presenti difficoltà nel sostenere pensieri e ricordi, è più indicato eseguire una meditazione incentrata su oggetti di attenzione esterni che possono apportarle stabilità e sicurezza.

La pratica meditativa non si basa sulla riduzione della sintomatologia ma sull'identificazione di risorse interiori, consentendo alla persona di divenir capace di attivarle, creando una nuova relazione con la malattia.

## 3. Conclusioni

*«Nel trattamento delle psicosi, e in particolare dei sintomi positivi, la ricerca evidence-based in campo farmacologico è stata di gran lunga superiore a quella in campo psicoterapeutico e proprio per questo il trattamento psicofarmacologico delle psicosi rappresenta a tutt'oggi un caposaldo terapeutico imprescindibile e di provata efficacia»* [25]. La presente revisione della letteratura non afferma dunque che i pazienti che traggono beneficio da un trattamento farmacologico dovrebbero interromperlo, ma che ulteriori interventi dovrebbero essere pensabili per coloro che sono ambivalenti o che rifiutano l'assunzione di farmaci, come spesso accade con i giovani all'esordio. Lo sviluppo di alternative efficaci agli antipsicotici offrirebbe ai pazienti una scelta reale e una possibilità di cura cooperativa. Un approccio collaborativo sembra migliorare le risposte dei pazienti che in tale cornice possono poi scegliere di aderire al trattamento farmacologico spontaneamente [7,15].

I dati riportati in questo lavoro evidenziano che è possibile immaginare un trattamento non meramente farmacologico dei sintomi positivi e che la terapia cognitiva risulta essere una valida e maggiormente accettabile alternativa. Il trattamento psicoterapeutico deve focalizzarsi soprattutto sulla riduzione della compliance al sintomo. Nel caso delle allucinazioni uditive focale risulta essere la riduzione del potere percepito, intervenendo sul rapporto tra la voce e colui che la sente, mediante interventi che favoriscano la normalizzazione, l'accettazione e il decentramento.

L'integrazione dei diversi protocolli cui si è fatto riferimento nel presente lavoro, unitamente al trattamento farmacologico, potrebbe rappresentare un nuovo modo di trattare questi pazienti per sollecitare in loro la ricerca del senso e del significato delle esperienze anomale, supportandoli nell'impiegare al meglio le proprie risorse per affrontare il disagio e rimanere ancorati agli scopi e agli obiettivi di vita [26].

## BIBLIOGRAFIA

1. Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P.,&the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine,* 353, 1209-23.

2. Cocchi, A., Meneghelli, A. (2004). *L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore.

3. Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 50(5), 1-117.

4. Nosé, M., Barbui, C., &Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematicreview. *Psychological Medicine,* 33(7), 1149-60.

5. Hutton, P., Morrison, A.P., & Taylor, H. (2012). Brief cognitive behavioural therapy for hallucinations: can it help people who decide not to take antipsychotic medication? A case report. *Behavioural Cognitive Psychotherapy,* 40(1), 111-6.

6. Morrison, A.P. (1994). Cognitive Behaviour Therapy For Auditory Hallucinations Without Concurrent Medication: A Single Case. *Behavioural and CognitivePsychotherapy,* 22(3), 259-264.
7. Morrison, A.P., Turkington, D., Pyle, M., et al. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet,* 383, 1395- 1403.
8. Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin,* 13, 261-76.
9. Pontillo, M., De Crescenzo, F., Vicari, S., et al. (2016). Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations in schizophrenia: A review. *World J Psychiatry,* 6(3), 372–380.
10. Pacifico, R., Riccardi, I., Stratta, P., Rossi, A. (2008). Psicopatologia delle allucinazioni verbali uditive. *Giornale Italiano di Psicopatologia,* 14, 413-424.
11. Van OS, J., &Krabbendam, L. (2002). Cognitive epidemiology as a tool to investigate psychological mechanisms of psychosis. *Paper presented at the annual meeting of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Maastricht, The Netherlands*.
12. Melli, G., & Sica, C. (2015). *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo comportamentale*. *Modelliclinici e tecniched'intervento*. Eclipsi.
13. Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy,* 3, 311-328.
14. Mayhew, S., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 15, 113-138.
15. Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., Van der Gaag, M., Bentall, R.P., Jenner, J., Strauss, C., Sommer, I.E., Johns, L.C., Varese, F., García-Montes, J.M., Waters, F., Dodgson, G., McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin,* 40, 202-12.
16. Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: FrancoAngeli.
17. Holas, P., Jankowski, T. (2013). A cognitive perspective on mindfulness. *International Journal of Psychology,* 48 (3), 232–24.
18. Pinto, A. (2009). Mindfulness and Psychosis, in *Clinical Handbook,* New York: Springer.
19. Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry,* 204, 333–334.
20. Brown, L.F., Davis, L.W., LaRocco, V.A., & Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on Mindfulness Meditation Training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation,* 13 (3), 224–242.
21. Shonin, E., Van Gordon,W., Griffiths, D. M. (2014). Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis? *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry,* 48(2), 124-127.
22. Ashcrofr, K., Barrow, F., Lee, R., & MacKinnon, K. (2011). Mindfulness groups for early psychosis: A qualitative study. *The British Psychological Society,* 327–334.
23. Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., & Hodkinson, K. (2010). Mindfulness Groups for Psychosis; Key Issues for Implementation on an Inpatien Unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* (39), 349–353.
24. Pollak, S. M., Pedulla, T., Siegel, R. D. (2015). *Mindfulness in psicoterapia*. *Tecniche integrate*. Edraeditore.
25. Lorenzini, R., Coratti, B. (2008). *La dimensione delirante*. *Psicoterapia cognitiva della follia*. Raffaello Cortina Editore.
26. Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2012). *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. Milano: FrancoAngeli.