

**L'INTERVENTO  
COGNITIVO-  
COMPORTAMENTALE  
(CBT) DI GRUPPO  
NEL SERVIZIO  
PSICHIATRICO DI  
DIAGNOSI E CURA**

**Dr. Andrea Sileoni**

L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo in S.P.D.C.

Modello "stress-vulnerabilità-coping" (Faloon e Perris) *"ciascuno ha una propria particolare vulnerabilità allo sviluppo di una condizione di stress, inteso come reazione psicobiologica ad eventi e a situazioni di vita definite fattori stressanti"*.

# CARATTERISTICHE:

- Efficienza nell'uso delle risorse perché è un intervento di gruppo;
- Durata contenuta;
- Promuove la partecipazione attiva dei pazienti alla soluzione dei loro problemi;
- Migliora l'atmosfera dell' SPDC e la qualità di vita dei pazienti ricoverati;
- Promuove il coinvolgimento di tutte le figura professionali
- Promette grande efficacia nella prevenzione delle recidive e nella riduzione dei TSO

# OBIETTIVI

- 1) **Partecipazione attiva e informata del paziente alle cure**
- 2) **Fornire un modello CBT facilmente riproducibile per livelli di competenza**
- 3) **Offrire un'occasione di maggiore coinvolgimento e gratificazione per gli infermieri – Contrastare il burn – out**

# Obiettivi

- Attuare riunioni di gruppo dei pazienti ricoverati in SPDC per facilitare la rilevazione di informazioni sullo stato mentale dei pazienti e sull'efficacia della terapia mediante l'osservazione dei loro comportamenti durante gli incontri;
- Promuovere la collaborazione tra le risorse del SPDC e quelle dei pazienti in un'ottica di cogestione della malattia anche in fase acuta.

# Obiettivi specifici per i pazienti

- Aiutare a vedere il ricovero, anche se inizialmente vissuto come traumatico, arbitrario ed ingiusto, come un momento di riflessione e di approfondimento della propria visione di sé e del mondo;
- Fornire informazioni della malattia in senso dimensionale e non categoriale con un tentativo di normalizzazione dell'esperienza psicopatologica.
- Dare una spiegazione della natura dei disturbi psicotici basata sul modello *"stress-vulnerabilità"* che riduca i sensi di colpa e che faciliti la messa in atto delle strategie di fronteggiamento *"coping"* nei confronti di eventi e di situazioni stressanti verso i quali siano particolarmente vulnerabili;

- **Ridurre l'isolamento;**
- **Aumentare l'adesione all'assunzione della terapia sia in SPDC che dopo la dimissione;**
- **Migliorare l'autocontrollo, il senso di autoefficacia;**
- **Insegnare a riconoscere i segni precoci di crisi per ridurre le ricadute.**

## **Indicatori di efficacia:**

- **Diminuzione di comportamenti aggressivi e violenti in reparto;**
- **Diminuzione di ricoveri in regime di TSO;**
- **Miglioramento del clima di reparto;**
- **Soddisfazione per il ricovero da parte dei pazienti e dei propri familiari;**
- **Soddisfazione da parte degli operatori per il clima di lavoro.**

## “Potere e violenza nell’Ospedale Psichiatrico” (Basaglia, 1979)

“Una comunità diventa terapeutica perché funziona su principi condivisi, che non appartengono solo al vertice dell’istituzione. Ma che portano *tutti* a lavorare insieme: in questo modo il gruppo riesce a curare se stesso e la malattia, perde alcune caratteristiche essenziali perché persino il malato più grave, il più delirante, comincia ad essere parte attiva della comunità”

# Moduli costanti:

## 1) COSA E' ACCADUTO PRIMA DEL RICOVERO

- Essere convinti che le crisi che portano al ricovero siano l'esito di una loro particolare vulnerabilità allo stress;

## 2) MODELLO STRESS VULNERABILITA'

- Definire una o più strategie di coping (modi di pensare e di comportarsi) atte a fronteggiare i fattori stressanti e quindi a ridurre la loro vulnerabilità allo stress;

## 3) PSICOFARMACI

- Sapere che gli psicofarmaci riducono la vulnerabilità allo stress e che possono dare effetti collaterali, che però per lo più possono essere ridotti e/o eliminati.

## 4) SEGNI PRECOCI DI CRISI

- Identificare i segni precoci delle crisi e sapere che cosa fare in caso si manifestino

# MODULI OPZIONALI

- **ALCOOL**
- **ALLUCINAZIONI**
- **ANSIA E PAURA**
- **DELIRIO E PENSIERO PSICOTICO**
- **DISTURBI DELL'UMORE**
- **DISTURBI DI PERSONALITA' CLUSTER B: RABBIA**
- **IDEE DI SUICIDIO**
- **TSO**

# Organizzazione e conduzione degli incontri:

## Invito ai pazienti:

I pazienti ricoverati il giorno prima o che comunque non hanno ancora partecipato al gruppo sono invitati singolarmente a parteciparvi dagli infermieri che spiegano loro in breve gli scopi e la modalità del gruppo.

Ai pazienti che non si avviano verso la sala di animazione viene detto comunque che potranno unirsi al gruppo in qualunque momento, per partecipare all'incontro o per osservare quello che vi succede anche solo per pochi minuti.

## **Materiale a disposizione:**

Gli infermieri, con l'aiuto dei pazienti, dispongono le sedie in cerchio.

E' preferibile che le lavagne a fogli mobili siano due e vengano sistemate in modo che completino il cerchio.

Servono pennarelli e fogli bianchi, penne matite

# I conduttori e gli altri operatori presenti:

I professionisti più attivi sono due:  
il *conduttore* e il *co-conduttore*.

Il co-conduttore sintetizza i punti salienti della discussione in modo che si possa fare riferimento durante la discussione.

# Regole fondamentali per lo svolgimento degli incontri

Il conduttore fa presente che si chiederà a tutti i pazienti di esprimere a turno un'opinione sui temi trattati.

Sottolineerà l'importanza di attenersi ai temi trattati; chiarirà che i pazienti possono allontanarsi dal gruppo quando lo desiderano e rientrare quando lo ritengono opportuno.

Si deve comunque evitare di uscire e rientrare continuamente

# Atteggiamenti e tecniche fondamentali

## ■ Approccio maieutico

Non si devono dare informazione prima di sapere cosa già sa il paziente; ma dare informazioni solo per integrare o correggere quello che il paziente già sa.

Ci si deve impegnare ad indurre i pazienti ad attingere alle loro risorse di nozioni e alle loro capacità di soluzione dei problemi, in particolare quelle utili per fronteggiare le situazioni stressanti.

## ■ **Collegamento tra pensieri, emozioni e comportamenti**

I pazienti sono incoraggiati a riflettere su cosa è successo subito prima che insorgessero o peggiorassero i loro disturbi e a collegare le loro emozioni al loro dialogo interno.

Li si può invitare a compilare moduli suddivisi in quattro colonne:

1. **Contesto o situazione**
2. **Pensieri o immagini mentali**
3. **Emozioni o stati d'animo**
4. **Comportamenti**

- **“Normalizzazione” dei sintomi;**
- **“Normalizzazione” del ricovero;**
- **Rinforzo positivo e feed-back positivo;**
- **Decentramento cognitivo;**
- **Soluzione dei problemi (problem solving);**
- **Abilità di comunicazione;**
- **Assegnazione dei compiti per il pomeriggio;**
- **Discussione dei lavori pomeridiani.**

# Schema generale degli incontri

- Preparazione
- Fase 1. Introduzione
- Fase 2. Nuovi pazienti
- Fase 3. Lavori del pomeriggio precedente
- Fase 4. Ricapitolazione dell'incontro precedente
- Fase 5. Tema del giorno
- Fase 6. Chiusura

# Preparazione

L'infermiere ed i pazienti dispongono le sedie nel locale animazione e si siedono.

Il co-conduttore va alla lavagna ed il conduttore si siede tra i pazienti e agli altri operatori.

# Introduzione

Il conduttore inizia ogni incontro comunicando lo scopo e gli obiettivi del gruppo; il conduttore, co-conduttore e l'IP si presentano ed invitano tutti i pazienti a ripresentarsi o a presentarsi per la prima volta.

Il conduttore ricorda brevemente le regole degli incontri, soprattutto se sono presenti nuovi pazienti.

## Fase 2. Nuovi pazienti

Se un paziente partecipa al gruppo per la prima volta, il conduttore lo invita a raccontare che cosa sia successo prima del ricovero, allo scopo di aiutarlo ad individuare eventuali sintomi e fattori di stress.

Se il paziente ha difficoltà a ricordare è utile invitare un altro paziente che abbia avuto esperienze analoghe a riferirle.

Questa fase dovrebbe durare 10 minuti

## Fase 3. Lavori del pomeriggio precedente

Si chiede ai pazienti ed agli infermieri di esporre in modo sintetico quali sono le attività che hanno svolto il pomeriggio precedente e di presentare il prodotto del lavoro.

Il conduttore esprime rinforzi positivi.

Questa fase dovrebbe durare 5-10 minuti

## **Fase 4. Ricapitolazione dell'incontro precedente**

Il conduttore invita un paziente a riassumere, aiutandosi con quanto rimasto scritto dal giorno precedente sulla lavagna, i contenuti del modulo.

Gli altri pazienti sono invitati ad intervenire per completare il riassunto.

Il conduttore ed il co-conduttore intervengono solo se il gruppo ha notevoli difficoltà nella sintesi.

Questa fase deve durare pochi minuti

# Fase 5. Tema del giorno

- Se il modulo del giorno precedente non è stato completato (esempio: psicofarmaci), si continua con lo stesso modulo;
- Se vi sono più pazienti con problemi simili si procede introducendo il modulo specifico
- Se non sussistono le condizioni precedenti, si procede con l'ordine routinario dei moduli

## Fase 6. Chiusura

Il conduttore riassume i punti principali della riunione e ringrazia tutti i partecipanti per il lavoro svolto.

Invita quindi i pazienti a raggiungere l'accordo sugli obiettivi e sulle attività ludico-ricreative del pomeriggio.

Questa fase dovrebbe durare al massimo  
15 minuti

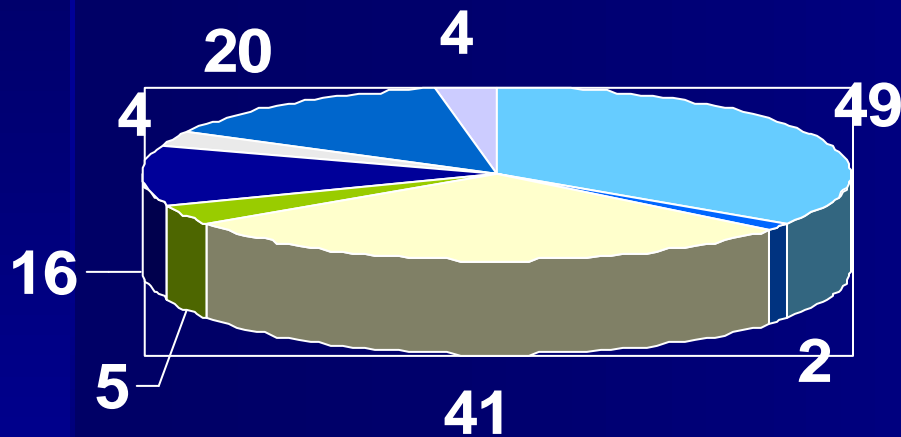
# DATI PRELIMINARI

DA MARZO A NOVEMBRE 2008

# Diagnosi dei pazienti intervenuti

- Numero totale dei pazienti: 141
- di cui 49 affetti da psicosi
  - 41 affetti da disturbo di personalità
  - 20 affetti da depressione
  - 16 affetti da disturbo bipolare
  - 5 affetti da ritardo mentale lieve
  - 4 affetti da nevrosi
  - 4 affetti da demenza
  - 2 affetti da abuso di sostanze

# Diagnosi pazienti intervenuti



- psicosi
- dipendenza
- dist perso
- ritardo mentale
- dist. bipolare
- nevrozi
- depressione
- demenza

# Dati provvisori di approfondimento

- 3 mattine centrali della settimana confermate
- 91 incontri totali mattutini
- 35 incontri pomeridiani di approfondimento
- 72 presenze della figura medica
- 78 presenze della figura educativa
- 70 presenze della figura infermieristica
- 5 presenze della figura dell'operatore socio-assistenziale
- 141 pazienti totali intervenuti
- 8 pazienti in media per incontro
- 45 età media dei pazienti
- 27 pazienti in TSO
- 10 pazienti "recidivi" con due ricoveri nell'arco dei mesi in esame