RUOLO DELLA CBT NEL TRATTAMENTO DELLA TS:DIFFICOLTA' E NUOVI SVILUPPI

Monica Mercuriu

Francesco Mancini

Carlo Buonanno

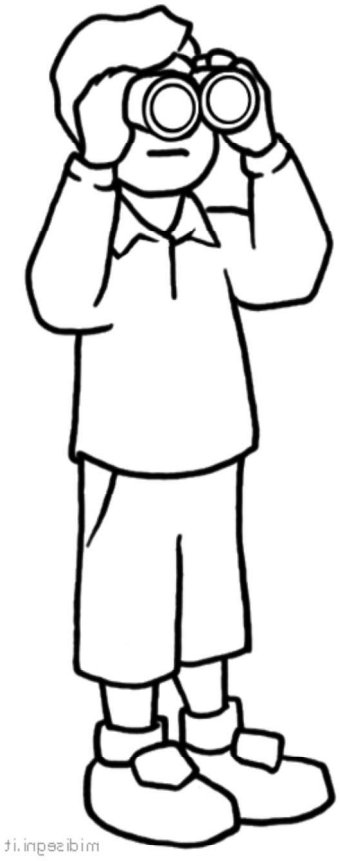
Equipe per l'Età Evolutiva
Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva APC – SPC, Rome, Italy

AGENDA:

- Proposte interventi CBT per il trattamento della TS;
- Come funziona lo stato mentale regolatore del pz TS con OCD;
- Razionale e intervento cognitivo teso alla riduzione della sintomatologia ossessiva, nei bambini con Sindrome di Tourette e Disturbo Ossessivo Compulsivo in comorbidità.
- In particolare modo: l'intervento sul problema secondario (Valutazioni di II ordine e tentativi di soluzione di II ordine).

- Un bambino con la Sindrome di Tourette od un Disturbo da Tic cronico non è un bambino che passa inosservato.

  - I vissuti di questi bambini sono collegati quasi sempre a forte imbarazzo, vergogna, timore di essere giudicati, rabbia, ed in genere, atteggiamenti evitanti nei confronti di persone, situazioni o cose che potrebbero scatenare i tic e non permettere al bambino di poterli controllare, o perlomeno, di non essere visto.



LO STATO MENTALE REGOLATORE DEI B.NI CON TS

Adesso mi guardano per vedere se faccio i tic

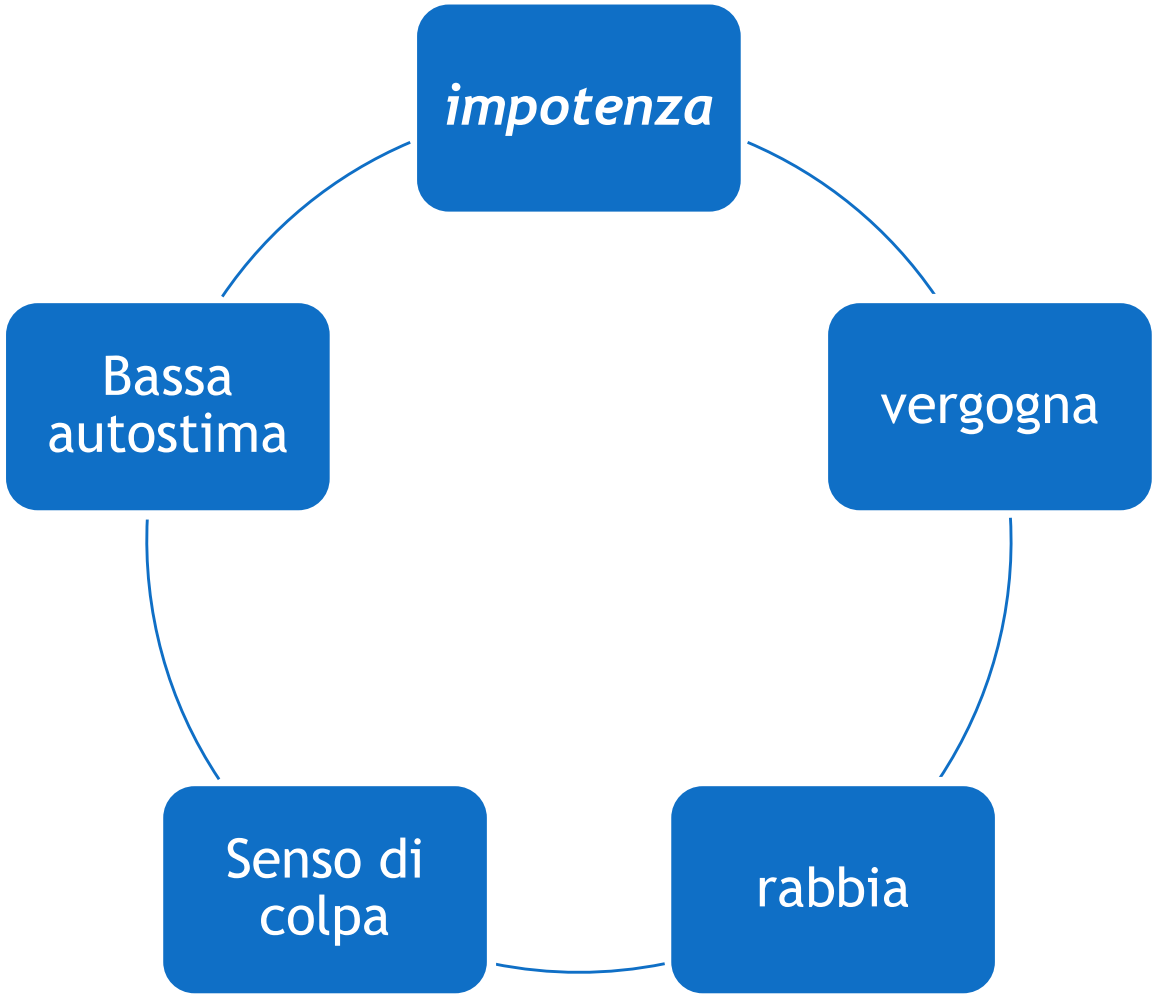
Se non ci penso magari non mi vengono

Devo fare per forza i tic altrimenti esplodo

È colpa mia se i miei genitori si vergognano

Devo resistere, devo resistere

COSA PROVA UN BAMBINO CON I TIC?



“Mi sembra di non essere mai padrona del mio corpo”

“non mi ricordo più come si sta senza tic…ma dev’essere bellissimo”

Cit. Silvia 9 anni

“ sono malato, non sono normale,i miei amici non fanno queste cose”

“ se uno non ci vede si mette gli occhiali e risolve…se uno ha i tic si rassegna”

cit. Stefano, 12 anni

OBIETTIVI FONDAMENTALI

- Intervento complesso svolto in parallelo (bambino-famiglia-scuola).
- Stabilire contatti periodici con l'equipe medica.
- Rendere il bambino consapevole del suo disturbo, aiutarlo a comprenderne la causa in maniera semplice e chiara, analizzarne le manifestazioni e i correlati neuropsicologici e psicologici.
- Ridurre la sintomatologia ticcosa attraverso tecniche evidence-based di comprovata efficacia.

OBIETTIVI FONDAMENTALI 2

- Ridurre la sintomatologia ticcosa attraverso tecniche evidence-based di comprovata efficacia.

Habit Reversal Training HRT

Exposure with Response Prevention ERP

HABIT REVERSAL TRAINING

E' il trattamento comportamentale più ampiamente studiato per i tic.

- il **protocollo HR**: include cinque componenti:

1. consapevolezza primaria,
2. training di rilassamento,
3. training per la formazione di risposte alternative/antagoniste;
4. la gestione delle contingenze;
5. la generalizzazione. (Azrin & Nunn, 1973, 1977).

Araki & Nakai, 1990; Azrin & Peterson, 1988b, 1990; Carr, 1995;Carr & Bailey, 1996; Clarke, Bray, Kehle, e Truscott, 2001; Deckersbach,Rauch, Bühlmann, e Wilhelm, 2006; Peterson & Azrin, 1992;Tolchard, 1995; Verdellen et al, 2004;. Wilhelm et al, 2003.)

TIC	Risposta competitiva
Strizzare occhi	Fissare un punto nella stanza, mantenere gli occhi aperti e controllare il movimento
Piegare le dita dei piedi	Fare pressione con le dita dei piedi sul pavimento
Movimenti delle mani e delle dita	Poggiare le mani sulle ginocchia e se necessario fare pressione su queste
Girare i polsi	Mettere le mani sulle gambe, stringerle nelle gambe se necessario

Tratto da "Managing Tourette Syndrome. A behavioural Intervention for Children and Adults. (Woods et al.2008).

EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION ERP

- È la tecnica più efficace per il trattamento di comportamenti compulsivi associati al Disturbo Ossessivo Compulsivo (Jenike, 2001; Buonanno *et al.,*2010) ed è anche il metodo più recente valutato per il trattamento della TS (Woods *et al.,* 2000; Verdellen, *et al*.,2004).

- Nel trattamento dei tic, è possibile spiegare al bambino che lo si sottoporrà al gioco in cui il suo obiettivo è cercare di sopprimere il tic più che può, focalizzandosi sul premonitory urge.

OBIETTIVI FONDAMENTALI 3

- Aumentare il livello personale di autostima ed autoefficacia sperimentati; mettere in luce gli stati mentali connessi al disturbo e ridurre i pensieri disfunzionali;
- Intervenire sui disturbi in comorbidità ed i problemi secondari.
- Fornire ai genitori un adeguato supporto, attraverso il coinvolgimento in programmi di di Parent Training; fornire sostegno agli insegnanti del bambino.
- Generalizzare l'apprendimento delle tecniche nei diversi contesti di vita.

LA COMORBIDITÀ…

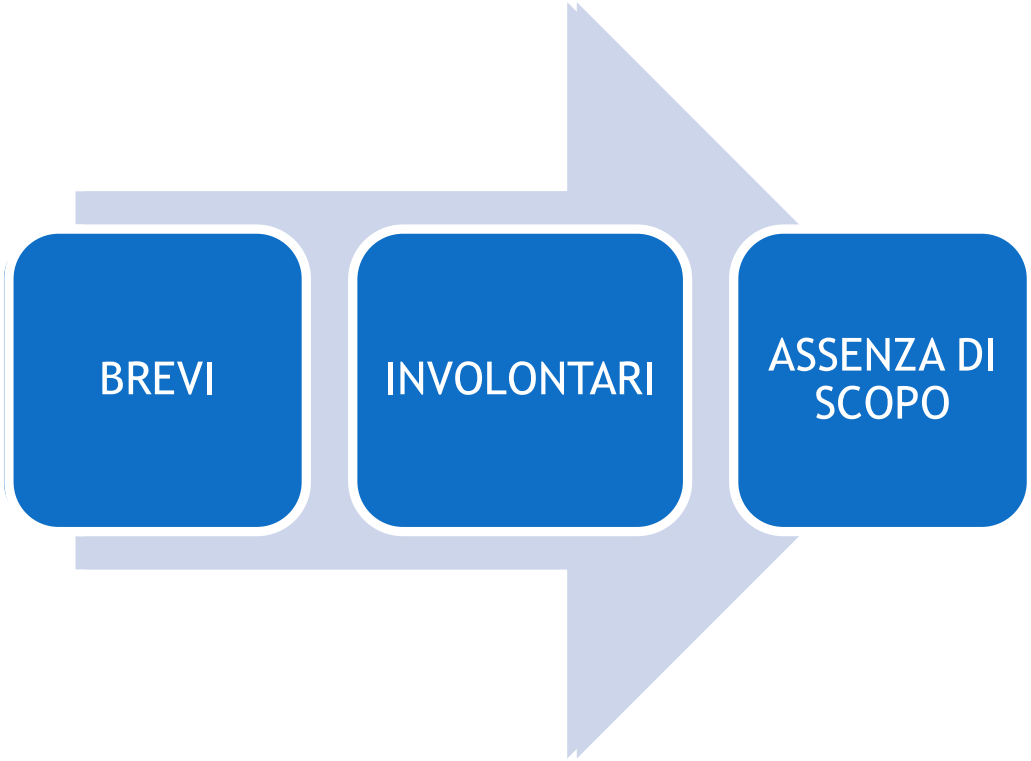
I Disturbi Cronici da tic, in età pediatrica, sono associati a una vasta gamma di difficoltà: aggressività, impulsività, disturbi dell'umore e di ansia, scarse abilità sociali, livelli più elevati di conflittualità familiare, e a sintomi ossessivo - compulsivi (Leckman *et al*., 1999; Margolis *et al*., 2006).

- La comorbidità del TS e OCD è bidirezionale: il 23% dei pazienti TS soddisfa i criteri per OCD; tra il 7 e il 37% degli individui con OCD può anche soddisfare i criteri per il TS (Miguel et al., 2001).

COMORBIDITA' 2

Nei bambini e negli adulti con TS e OCD, i comportamenti sintomatici più diffusi sono i rituali di controllo, ordine e simmetria, con percentuali esigue di lavaggi fondati su preoccupazioni di contaminazione (Hanna *et al*., 2002; Leckman *et al*., 2000; Mansueto e Keuler, 2005).

Differenziare i sintomi legati al OCD dai tic può essere difficile soprattutto in considerazione degli alti tassi di sovrapposizione tra questi due disturbi. (*Scahill et al., 2003;Leckman, 2002)*



TIC SEMPLICI (movimenti oculari)

TIC COMPLESSO (contare o toccare oggetti)

(Mansueto e Keuler, 2005)

DIFFERENZA TRA RITUALE E TIC COMPLESSO

I pazienti con OCD senza tic spesso, riescono a dare una spiegazione (cognitiva e in termini di pensieri circa) dei loro rituali *(il comportamento ripetitivo viene eseguito per ridurre una preoccupazione ricorrente su danno o contaminazione);*

I pazienti con TS possono riferire di effettuare un tic come risposta volontaria a seguito del premonitory urge senza particolari spiegazioni *("sentivo di doverlo fare, non so perché").*

(Leckman et al., 1993; Scahill et al., 2003; Leckman, 2002; Woods et al., 2005

CREDENZE

- Un pz o un b. con TS e OCD può sviluppare la credenza di "potere o dovere" controllare un tic *(se a scuola ne faccio di meno e a casa di più significa che posso controllarlo");*

- La credenza di controllo sul tic aumenta la prevenzione del tic stesso, con conseguente aumento di tensione e maggiore probabilità che i tic si verifichino;

- Lo stile di parenting di alcuni genitori che hanno un figlio con TS e OCD è caratterizzato da severità e critica. Questo contribuisce *a rinforzare la credenza di doversi e potersi impegnare nella prevenzione del tic (*Stern et al.2005).

  "se ti impegni, lo sai che puoi controllarti"; "oggi abbiamo fatto una figuraccia, l'altra volta ce l'avevi fatta, cosa ti è successo?")

- *Come si sente il bambino in questione? colpa*

LA COLPA NEL OCD

I pazienti con OCD sono sensibili al timore di colpa o al timore di contaminazione da sostanze disgustose (Mancini, 2003; Mancini e Gangemi, 2004)

Mancini 2006 : due gli ingredienti necessari e sufficienti per **sentirsi in colpa**

1. Il riconoscimento dell'infrazione di una propria norma morale (la consapevolezza di essersi comportati in modo riprovevole)
2. L'idea che si fosse liberi di agire diversamente

- Chi teme una colpa per irresponsabilità si concentra su ciò che può e deve fare per prevedere e prevenire il danno ingiusto di cui si ritiene responsabile.

- Diversamente da chi teme un danno, il timoroso di colpa ha lo scopo di non agire o di omettere in modo da non avere nulla di cui essere accusato. Il focus è la propria stessa performance che deve essere moralmente irreprensibile

I pazienti ossessivi sembrano, dunque, particolarmente sensibili ad accuse e a critiche sprezzanti che potrebbero far seguito a loro colpe.

Un bambino che non riesce a gestire un tic, quando rimproverato, deriso o diventa oggetto di critica, può provare senso di colpa, vergognarsi, sviluppare un'elevate autocritica nei confronti dei sintomi e sperimentare stati ansiosi ad elevata intensità.

LA LINEA DI TRATTAMENTO PROPOSTA (MANCINI 2016)

1) Ricostruzione e Condivisione del profilo interno del disturbo.
   - Costruzione dell'Alleanza Terapeutica
2) Accettazione di un livello di rischio di colpa e/o di contaminazione più elevato.
3) Riduzione delle assunzioni di minaccia
4) Intervento sulla vulnerabilità: riduzione della sensibilità alle accuse aggressive e sprezzanti
5) Prevenzione delle ricadute

SCHEMA GENERALE

Evento

Prima Valutazione

+

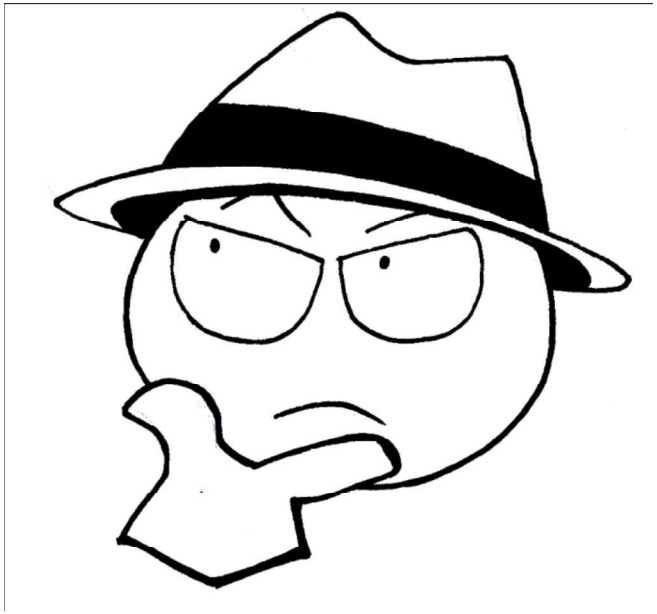
Tentativi di Soluzione 1

+

Seconda Valutazione

Tentativi di Soluzione 2

E SE NON FOSSE COSÌ UTILE???



INTERVENTI SULLA SECONDA VALUTAZIONE 1

- **Condivisione profilo** : rendersi conto che le compulsioni hanno un senso, ancorché esagerato, aiuta il bambino a spaventarsi di meno dei suoi sintomi e, in secondo luogo, vedere che le motivazioni alla base della sintomatologia sono, in definitiva, moralmente apprezzabili, può lenire le auto-colpevolizzazioni.

- **Dal conflitto alla scelta**: mettere a fuoco e confrontare le autocritiche, cioè la seconda valutazione, con le ragioni che portano il b.no a mettere in atto le compulsioni, cioè la prima valutazione.

- Tecnica delle due sedie;
- Drammatizzazione con i personaggi;
- Fumetti.

INTERVENTI SULLA SECONDA VALUTAZIONE 2

- **Interventi paradossali:** si può prescrivere al bambino di mettere in atto le compulsioni per un numero di volte doppio di quello che normalmente avviene o di quello che sente utile. In questo modo si possono ridimensionare le paure, le auto-critiche e gli auto-rimproveri del paziente e si possono bloccare i TS2 controproducenti, cioè quei tentativi con cui il paziente cerca di contrastare e di contenere il OCD, ma che in realtà sono peggiorativi.
- Es: Alessandro: triplichiamo il numero dei tic complessi nella TS1

- **Utilizzo delle metafore:** **Es. metafora del bullo.**

  La metafora invita il paziente a trattare la minaccia ossessiva come se fosse la minaccia di un bullo che cerca di dare ordini e che diventa più cattivo quando non vengono rispettati.

INTERVISTA

Questo è il detective acchiappa pensieri. *Brutti pensieri? Ci penso io.* Andiamo alla ricerca dei pensieri. Più ne trovi e meglio è!! Buon lavoro e buon divertimento.

CHI E' LA PERSONA INTERVISTATA?	QUALI SONO I SUOI PENSIERI BRUTTI? Chiedere: "Hai mai avuto brutti pensieri?"

INTERVENTI SULLA SECONDA VALUTAZIONE 3

Normalizzazione del tic: Per aiutare il bambino ad individuare e riconoscere meglio i tic si può fare il gioco della mappa. Può essere proposto al bambino di disegnare una mappa dei tic, ai quali può essere dato un nome, scelto dal bambino, per riconoscerli. Dare un nome ad un tic può essere un momento molto divertente per i bambini ed aiuta a prendere le distanze dalla connotazione negativa insita nel tic stesso.

Raffaele, 9 anni, (Sindrome di Tourette e OCD)ha dato questi nomi ai suoi tic:
***TIRAMISU'**: tic motorio complesso che consiste nell'accovacciarsi in terra e spiccare un salto verso l'alto;*
***SPIDERMAN**: tic motorio delle braccia e delle mani che sembrano"sparare ragnatele";*
***COCCODRILLO**: tic motorio che consiste nel tenere la bocca spalancata;*
***DRAGO DI FUOCO**: tic vocale che consiste nell'emettere un suono gutturale simile a quello dei draghi*

DIFFICOLTÀ NEL RICONOSCERE I TIC COMPLESSI DA RITUALI OSSESSIVI (SOPRATTUTTO PER B.NI PICCOLI):

L'evidenza clinica suggerisce che quando i pazienti tentano di resistere o sopprimere il tic, la sensazione del premonitory urge può divenire insopportabile ed aumentare d'intensità (Sallee e Spratt, 1999) e che nei pazienti affetti anche da DOC, prima del verificarsi di un tic complesso, sia riferita una sensazione molto simile alla *not just right esperience* NJRE (Coles, et al., 2003).

NEL CORPO O NELLA MENTE?

TIC soppresso	NEL CORPO Cosa sento?	NELLA MENTE Cosa sento?
Stringere interno delle cosce e alzare i talloni	Aumento pressione dei polpacci	*
Incrociare le dita (medio e anulare)di entrambe le mani e stringere i pugni	*	Lo faccio una volta sola così va tutto bene
Strofinare la mano destra sulla coscia destra tre volte	*	Non devo pensare a cose brutte
Aprire la bocca e soffiare aria dal naso	Aumento pressione sulla fronte, calore nella gola	*

Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza, nuovi sviluppi.
F.Angeli.2016

DIFFICOLTA' NEL TRATTAMENTO

- Complessità del quadro clinico e quindi scarsa prevedibilità;
- Maggiore presenza di compulsioni rispetto a pensieri ossessivi;
- Difficoltà a portare a termine gli esercizi e tendenza all'evitamento;
- Elevata fluttuazione degli stati umorali;
- Esarcebazione dei sintomi in seguito ad eventi esterni stressanti;
- Scarsa compliance familiare.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!