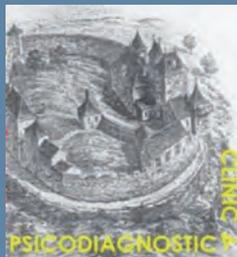


Metacognizione,  
neuropsicologia  
e riabilitazione  
psichiatrica.  
Un metodo  
per il trattamento  
di gruppo  
nella schizofrenia

Roberta Famulari  
e  
Maria C. Quattropani

**aA**ccademia  
university  
press



# PSICOLOGIA E PSICODIAGNOSTICA CLINICA

collana diretta da

**Salvatore Settineri e Carmela Mento**



# PSICOLOGIA E PSICODIAGNOSTICA CLINICA

ISSN 2385-2879

## **Esperienze di psicologia clinica di allievi e docenti in una istituzione universitaria**

Diletta La Torre, Carmela Mento e Salvatore Settineri

pp. 296                      isbn 978-88-97523-39-0  
ebook [www.aAccademia.it/psicologiaclinica](http://www.aAccademia.it/psicologiaclinica)

## **Handbook di psicologia clinica.**

### **A cosa serve la psicologia clinica nella mia pratica professionale**

Salvatore Settineri, Carmela Mento e Maria C. Quattropiani

pp. 114                      isbn 978-88-97523-95-6  
ebook [www.aAccademia.it/psicologiaclinica2](http://www.aAccademia.it/psicologiaclinica2)

## **Metacognizione, neuropsicologia e riabilitazione psichiatrica.**

### **Un metodo per il trattamento di gruppo nella schizofrenia**

Roberta Famulari e Maria C. Quattropiani

pp. 192                      isbn 978-88-99200-47-3  
ebook [www.aAccademia.it/psicologiaclinica3](http://www.aAccademia.it/psicologiaclinica3)

#### *titoli previsti*

S. Settineri    **Il Reattivo di Rorschach**

C. Mento    **Vademecum di Psicodiagnosi clinica nei contesti sanitari**

S. Settineri, A. Rizzo e C. Mento    **La percezione dell'Altro nella realtà virtuale. Psicologia e Psicodiagnosi in rete**

**aA**

**Metacognizione,  
neuropsicologia  
e riabilitazione  
psichiatrica.  
Un metodo  
per il trattamento  
di gruppo  
nella schizofrenia**

**Roberta Famulari  
e  
Maria C. Quattropani**

© 2015  
Accademia University Press  
via Carlo Alberto 55  
I-10123 Torino

Publicazione resa disponibile  
nei termini della licenza Creative Commons  
Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0



Possono applicarsi condizioni ulteriori contattando  
[info@aAccademia.it](mailto:info@aAccademia.it)

prima edizione dicembre 2015  
isbn 978-88-99200-47-3  
edizione digitale [www.aAccademia.it/psicologiaclinica3](http://www.aAccademia.it/psicologiaclinica3)

book design boffetta.com

**Accademia University Press** è un marchio registrato di proprietà  
di LEXIS Compagnia Editoriale in Torino srl

|                      |                      |      |
|----------------------|----------------------|------|
| <b>Prefazione</b>    | Roberta Famulari     | VII  |
| <b>Presentazione</b> | Maria C. Quattropani | X    |
| <b>Introduzione</b>  |                      | XIII |

**Metacognizione, neuropsicologia  
e riabilitazione psichiatrica.  
Un metodo per il trattamento di gruppo  
nella schizofrenia**

|   |  |    |
|---|--|----|
| <b>1. Breve panoramica sulla schizofrenia</b>   |  | 3  |
| 1. Quadro clinico: come si manifesta la malattia  |  | 3  |
| 2. Dati epidemiologici  |  | 4  |
| 3. I criteri diagnostici: la disfunzione sociale  |  | 7  |
| 4. L'eziopatogenesi   |  | 9  |
| <b>2. Aspetti neuropsicologici della schizofrenia</b>   |  | 12 |
| 1. Origine e sviluppo degli studi neuropsicologici in psichiatria   |  | 12 |
| 2. I deficit cognitivi nella schizofrenia   |  | 14 |
| 3. Gli studi sulla metacognizione:<br>Teoria della Mente, Cognizione Sociale, Coscienza   |  | 24 |
| 4. La schizofrenia secondo il modello neuropsicologico cognitivo<br>di C. Frith   |  | 32 |
| 5. Gli studi sulle emozioni   |  | 35 |
| 6. Controllo esecutivo, relazioni con la conoscenza di sé e <i>l'insight</i> :<br>uno studio preliminare  |  | 37 |
| 7. Il Progetto MATRICS  |  | 40 |
| <b>3. I trattamenti riabilitativi nella schizofrenia<br/>e valutazioni di esito: lo stato dell'arte</b>   |  | 44 |
| 1. Interventi rivolti all'addestramento di abilità sociali<br>e ai deficit cognitivi  |  | 44 |
| 2. L'approccio riabilitativo attuale alla luce delle relazioni<br>tra funzionamento nel "real world", sintomatologia<br>e deficit cognitivo-metacognitivo |  | 49 |
| 3. Gli studi di esito sui trattamenti riabilitativi   |  | 52 |
| 4. Appropriatezza dei trattamenti riabilitativi   |  | 55 |
| <b>4. Il metodo</b>   |  | 57 |
| 1. Dalle neuroscienze alla riabilitazione:<br>premesse per la progettazione dell'intervento   |  | 57 |
| 2. Significato dell'Alleanza Terapeutica  |  | 59 |
| 3. La relazione terapeutica in riabilitazione:<br>il contributo della teoria dell'attaccamento  |  | 61 |

|               |   |     |
|---------------|---|-----|
| <b>Indice</b> |   |     |
|               | 4. Diversità tra Alleanza Terapeutica e Attaccamento                            | 63  |
|               | 5. Riabilitazione e neuroscienze  | 64  |
|               | 6. Background clinico e scientifico dell'intervento                             | 66  |
|               | 7. Il sé alieno: l'identità spezzata nel trauma cranico<br>e nella schizofrenia | 68  |
|               | 8. Il Trattamento Sperimentale  | 70  |
|               | <b>5. La costruzione del training</b>   | 75  |
|               | 1. Il contesto dell'intervento  | 75  |
|               | 2. Le funzioni dei due terapeuti  | 75  |
|               | 3. Il materiale in uso  | 76  |
|               | 4. Strutturazione degli incontri di gruppo                                      | 76  |
|               | <b>Conclusioni e prospettive</b>  | 107 |
|               | <b>Allegati</b>   | 111 |
| VI            | <b>Bibliografia</b>   | 135 |

aA

*«Ho avuto problemi di salute poiché percepivo nomi e luci che i miei occhi non sopportavano. Ascoltavo voci dentro di me che mi provocavano fastidi insormontabili e non sapevo il perché di tali sofferenze. Non riuscivo a comunicare con i miei amici e con la mia famiglia, i miei genitori si allarmavano e io non capivo il perché. Pensavo che fosse una situazione risolvibile con le medicine, ma niente di più falso. Forse ci voleva l'intervento di una persona qualificata e di fiducia che mi aiutasse a uscire dal tunnel in cui mi ero ficcato. Uscito dall'ospedale avevo la paura di essere ricoverato d'urgenza dal centro di psichiatria da cui ero appena uscito. L'unica cosa che posso ricordare di quell'esperienza era la difficoltà ad accettare la situazione in cui mi trovavo. Mi sentivo debole, non in grado di reagire o difendermi dal mondo attorno a me. Cercavo di scaricare la mia paura nel dottore che mi seguiva costantemente... Mentre ero lì non riuscivo a pensare a casa cioè alla mia famiglia e ai miei amici... percepivo come un certo disappunto e vergogna nella mia degenza in ospedale».*

VII

Leggere questa breve narrazione ci fa entrare con estrema intelligibilità dentro il vissuto e la dimensione fenomenologica della schizofrenia: alienatezza, frammentarietà, incomunicabilità e isolamento, paura, incomprendibilità, sfiducia e vergogna. Si tratta di uno stralcio di racconto scritto da uno

dei molti pazienti incontrati nella mia pratica professionale, relativo al primo ricovero nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Tra le righe emerge la richiesta di aiuto, Aldo (nome di fantasia) fa riferimento a una «*persona qualificata e di fiducia* che lo potrebbe aiutare *a uscire dal tunnel...*». A questa persona è richiesto oltretutto una competenza tecnico-scientifica che non può essere certo essere raggiunta in modo assoluto e definitivo, una visione dell'uomo e della realtà, positiva e trasformativa. Tenere in considerazione solo la malattia, i deficit e ciò che manca porta, inevitabilmente, a ridurre le possibilità di recupero e trasformazione della persona. Possibilità che esistono, nonostante l'esperienza di malattia. Diviene fondamentale in tal senso agire anche sull'ambiente affinché faciliti il percorribile processo trasformativo. È ormai scientificamente riconosciuto il peso di aspettative negative e atteggiamenti disfattisti, specie da parte degli operatori e della famiglia sulla prognosi di tali gravi disturbi. Oggi di frequente, i nostri servizi distratti dall'impegno dei piani di rientro economico, faticano a orientarsi verso la Evidence Based Medicine e le "buone pratiche", che condurrebbero a outcome favorevoli, quali la *recovery*, quindi con ricadute positive anche per la società, proprio in termini socio-economici, oltretutto naturalmente in termini di salute e benessere.

Il sentirmi professionalmente attratta e stimolata da un disturbo psichiatrico altamente invalidante e dalle molteplici sfaccettature, quale la schizofrenia, mi ha indotto a intraprendere un lavoro di ricerca in ambito riabilitativo. Lavoro svolto insieme alla prof.ssa Maria C. Quattropani dell'Università degli Studi di Messina, i cui studi hanno da sempre abbracciato una materia affascinante quale la neuropsicologia clinica. Si tratta di un progetto di ricerca-intervento che ha avuto come scopo quello di costruire e sperimentare un trattamento riabilitativo di gruppo di tipo metacognitivo rivolto a persone affette da schizofrenia. Elemento di rilievo, in fase di progettazione, è stata la considerazione di alcuni dati scientifici rilevanti, derivati proprio da ricerche in ambito neuropsicologico. Questi dati riguardano la similitudine dei deficit cognitivi riscontrati nei pazienti schizofrenici con quelli che generalmente presentano pazienti neurologici con lesioni frontali e fronto-temporali. Non solo sono simili i deficit, indubbiamente paragonabile è anche la sofferenza derivante dal sé destrutturato, dall'identità spezzata sia nel

caso di persone con esiti di trauma cranico sia in caso di persone con schizofrenia.

Sono trascorsi venti anni da quando, iniziato il percorso formativo accademico da terapeuta della riabilitazione psichiatrica, mi ritrovai sulla soglia dell'Ospedale Psichiatrico L. Mandalari di Messina, per espletare il tirocinio previsto. Il manicomio emanava l'immensa sofferenza di chi entrando aveva lasciato fuori la propria identità, gli affetti, i sogni, le speranze. Spinta dall'attrazione e dalla curiosità, per un mondo "altro", quello della follia; mi confrontai con l'incertezza e il timore, che seguono chi si accinge a intraprendere sentieri sconosciuti, unitamente a un profondo rispetto per il dolore e al pregnante coinvolgimento emotivo, sentiti in un luogo fatto di emarginazione e angoscia. Con tutto ciò varcai quella soglia intraprendendo il faticoso percorso di crescita personale emotiva e formativo-professionale.

Percorso, da allora mai interrotto e continuato presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina. Dove dal 2000 mi occupo, prevalentemente di pazienti psicotici, definiti "difficili", a causa della gravità della loro patologia fatta di: eclatanza sintomatologica, difficoltà a riconoscersi una malattia mentale e ad accettare le cure. È proprio all'interno del DSM che dal 2010 al 2012 si è svolto il progetto di ricerca che viene esposto in questa sede.

## Presentazione

Maria C. Quattropani

X

Nell'ultima decade, in seguito a un'attenzione sempre più crescente per gli aspetti neuropsicologici della schizofrenia, la comunità scientifica internazionale ha prodotto una così vasta mole di articoli da rendere complicata l'integrazione delle conoscenze sull'argomento. Grazie all'avvento delle tecniche di visualizzazione cerebrale *in vivo*, infatti, è stato possibile accertare alterazioni anatomiche e meccanismi patogenetici specifici per la schizofrenia, evidenziando alcune disfunzioni corticali, relative ad alterazioni della sostanza bianca, allargamento dei ventricoli e riduzione della sostanza grigia. Inoltre, nonostante ormai sia acclarata la disfunzione cognitiva in tale patologia, prevalentemente di natura frontale, a tutt'oggi pochi trattamenti sono stati centrati sulla riabilitazione dei deficit disesecutivi. Data la natura multiforme e multicomponentiale della schizofrenia, che rende complicato il lavoro di cura, il presente volume nasce con l'intento di fornire uno strumento di informazione e di formazione ai professionisti che operano nei Servizi di Salute Mentale e agli studenti dei corsi di laurea in Riabilitazione Psichiatrica e in Scienze Psicologiche.

Questo testo, oltre a offrire una descrizione clinica dei principali disturbi caratterizzanti la schizofrenia e dei de-

aA

ficat neuropsicologici più comunemente riscontrati, spiega lo sviluppo degli studi neurocognitivi sulla schizofrenia e l'*assessment* neuropsicologico; fornisce i principali approcci terapeutici e un'ampia esposizione del metodo integrato da noi messo a punto, alla luce del *recovery movement*, di cui viene presentata l'analisi della valutazione della sua efficacia. Lo studio, infatti, del funzionamento cognitivo compromesso è inestricabilmente correlato con la definizione del sintomo e il trattamento, così come recentemente raccomandato anche dal DSM-5. Per tale motivo, la nostra ricerca si è sviluppata in questo campo, avanzando da settori circoscritti verso concezioni integrative, al fine di guidare il paziente a una progressiva riacquisizione della propria identità personale e al riadattamento all'interno della comunità. Ciò non sarebbe stato possibile senza l'integrazione e l'apporto di tecniche e procedure derivate da discipline quali la psicologia clinica, la riabilitazione psichiatrica, la neuropsicologia e la riabilitazione cognitiva. È nostra profonda convinzione, infatti, che patologie complesse come i disturbi della sfera schizofrenica, richiedano un approccio analogamente complesso, senza tuttavia aggravare il lavoro quotidiano degli operatori.

aA

Nel libro vengono anche affrontate le questioni relative alla *recovery*, intesa come condizione soggettiva di recupero. Recupero che, a nostro avviso, non può ignorare il rafforzamento delle attività cognitive di base che, sembrerebbero imprescindibili per il funzionamento psicosociale e per il consolidamento del senso del sé, stimolando la dimensione dell'identità del malato, spesso umiliata e irrigidita dalla patologia e dalle sue ripercussioni nel contesto sociale. Proprio per questo il nostro lavoro si è dapprima sviluppato su un'impegnativa e complessa valutazione del funzionamento cognitivo, personale, sociale e dell'esperienza soggettiva, per proseguire con una metodologia di intervento in assetto gruppe, stimolando contemporaneamente le funzioni neuropsicologiche, emotivo-affettive, relazionali e sociali. Si è trattato di un percorso non lineare e multidimensionale attraverso il quale abbiamo cercato di attivare nei pazienti, dall'interno, così come raccomandato da Anthony (1993), *un processo autenticamente personale di sviluppo di un nuovo senso e di una nuova finalità della propria vita, al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale.*

XI

Pertanto, il metodo di intervento qui proposto, partendo da una visione relazionale, tipica della psicologia clinica, si è evoluto integrando le conoscenze sul funzionamento cognitivo e metacognitivo con le tecniche e le strategie della riabilitazione psichiatrica, che hanno fornito la chiave per favorire un processo volto a offrire alle persone con schizofrenia tutte le opportunità necessarie a raggiungere un livello migliore di funzionamento, un'identità e la riappropriazione del diritto alla scelta, al controllo, alla responsabilità della propria vita.

Attraverso questo nostro lavoro speriamo di promuovere una visione più fiduciosa sull'esito della patologia schizofrenica, restituendo speranza ai pazienti, ai familiari e agli operatori della salute mentale.

aA

XIII

La schizofrenia è tuttora una delle patologie di più difficile gestione nella pratica clinica psichiatrica, comportando rilevanti conseguenze, sia a breve che a lungo termine, per chi ne è affetto, per le famiglie, per i servizi sanitari, per la società. Il disfunzionamento psicosociale, spesso grave, caratterizza la schizofrenia e contribuisce in modo sostanziale a definirne la condizione stessa di malattia, il decorso e l'esito. Nonostante ad oggi non è del tutto chiaro quali siano i fenomeni all'origine di tale disfunzione, essa può essere definita un costrutto derivante dalla somma di più deficit nelle competenze e abilità in diversi contesti e situazioni di vita. Le ipotesi e i modelli per spiegare, l'origine del disfunzionamento sociale (DS), che non sembra essere diretta conseguenza dei sintomi clinici, sono diverse. Di conseguenza, per affrontare la presa in carico dei pazienti affetti da schizofrenia, un efficace intervento terapeutico-riabilitativo dovrebbe essere "diversificato" ovvero di tipo multimodale e specifico, che vuol dire orientato al trattamento e alla gestione dei sintomi, dei deficit e dei bisogni psicosociali, comprendendo anche il coinvolgimento dei familiari sia in termini di sostegno che di trattamento mirato. Il problema di adottare un modello di intervento

multimodale-specifico, rivolto a questi pazienti, è di estrema importanza sia sul piano personale sia su quello sociale. Ciò appare indispensabile per affrontare adeguatamente le conseguenze di una patologia così invalidante. Anche se le origini del DS restano poco chiare, sicuramente, alcune difficoltà possono essere ascritte alla scarsa performance cognitiva evidenziabile in vari domini. In merito ai trattamenti di riabilitazione psichiatrica, l'interesse è rivolto alla dimensione cognitiva e al deficit nel funzionamento psicosociale. A partire dagli anni '90, infatti, i deficit cognitivi, già riconosciuti da Kraepelin e Bleuler (1909-1913, 1911) nel secolo scorso, sono stati descritti come aspetti nucleari del disturbo, costituenti il tratto centrale e persistente della schizofrenia. I domini cognitivi maggiormente coinvolti sembrerebbero essere l'attenzione, la *working memory* e le funzioni esecutive, che includono le capacità di *problem solving*, *decision making* e l'espressione delle opinioni. Nel 1992 C. Frith, studioso autorevole di neuropsicologia della schizofrenia, ritiene che i segni e i sintomi della schizofrenia e i deficit cognitivi sottesi a questi sono tutti aspetti legati all'alterazione della funzione metacognitiva, che lui chiama "meta-rappresentazione". egli attribuisce un ruolo patofisiologico nel determinare i sintomi psicotici, secondo questa ipotesi, essendo la metacognizione funzione cardine della consapevolezza di sé, la schizofrenia si configurerebbe proprio come disturbo dell'autoconsapevolezza. Sono molte le ricerche, tra le quali quelle dello stesso Frith che sostengono la similitudine dei deficit cognitivi riscontrati nei pazienti schizofrenici e in quelli con danno frontale. Conferme, in questo senso, emergono anche dagli studi di *neuroimaging* funzionale sulla valutazione del flusso sanguigno e del metabolismo delle aree cerebrali coinvolte in corso di schizofrenia. Il risultato più replicato, sembrerebbe, la presenza di una ipofrontalità (Davidson, Heinrichs 2003) con compromissioni localizzate anche nelle regioni mediali temporali e limbiche (Vita *et al.* 1995; Catafau *et al.* 1994). Sebbene non manchino dei risultati contrastanti (Catafau *et al.* 1994; Ebmeier 1993) allo stato dell'arte la maggior parte dei ricercatori concorda nell'affermare un coinvolgimento corticale e un disfunzionamento cognitivo nella schizofrenia. Negli ultimi decenni, benché l'attenzione di clinici e ricercatori si sia rivolta allo studio e all'identificazione delle funzioni cognitive compromesse, non sono molte le ricerche sulla

valutazione dell'efficacia di interventi integrati e olistici, indirizzati non solo al recupero della dimensione neuropsicologica deficitaria ma anche al trattamento psico-riabilitativo e psicosociale. Anche nella pratica clinica quotidiana non vi è riscontro in tal senso, sono ancora pochi i servizi di salute mentale strutturati e organizzati per obiettivi e specificità, dedicati a interventi di riabilitazione neurocognitiva intensiva individuale o di gruppo.

Sulla base di quanto riscontrato in seno alle ricerche in ambito neuropsicologico e in particolare sulle acclamate similitudini tra deficit cognitivi e funzionali presentati dai pazienti schizofrenici e da quelli con esiti di trauma cranico (TC) fronto-temporale, il metodo che proponiamo è stato in parte influenzato dall'esperienza dell'*Overall Model of Rehabilitation* (Ben-Yishay, Prigatano 1990; Prigatano 2008). Questo modello costituisce un valido esempio di programma di riabilitazione per pazienti neurologici con esiti di TC, comprendente interventi mirati all'implementazione di motivazione e impegno, accettazione, controllo, consapevolezza e identità, che utilizza un approccio olistico, partendo dall'estensione della visione di Goldstein (1952), sulla natura umana in stato normale e patologico. Secondo quest'ultimo, la perdita di funzioni in seguito a TC potrebbe essere la conseguenza di 3 cause: lesione cerebrale, meccanismo di difesa ed effetto della condizione o esperienza catastrofica esistenziale.

Nel cimentarci verso la costruzione e messa in opera del metodo, dall'altra parte, sicuramente abbiamo mutuato quello che è definito come approccio *empowering* al paziente. Che è caratterizzato dall'essere personalizzato, clinico, relazionale e negoziale (Mencacci, Straticò 2003) nonché orientato alle evidenze scientifiche. La teoria della *vulnerabilità-stress/ coping-competence* (Zubin e Spring 1977; Ciompi 1987; Nuechterlein e Dawson 1984; Perris 1988; 1991), che si riferisce all'eziopatogenesi, al decorso e all'esito della schizofrenia è stata posta quale fondamento teorico-scientifico. Tra i diversi modelli di stress-vulnerabilità proposti, il più dinamico ci è sembrato quello di Perris, secondo cui viene assunto che la predisposizione individuale a sviluppare la malattia, ovvero, la vulnerabilità, sia il risultato di interazioni continue tra i diversi fattori (biologici, genetici, psicologici e sociali) nel corso dello sviluppo. Tali fattori, inoltre, sembrerebbero interagire ancora più precocemente, determinando l'interiorizzazione di Modelli Operativi

Interni (Bowlby 1988) che, attraverso l'attaccamento, svolgono un ruolo importante nella costruzione del sé e nell'auto-regolazione emotiva. La vulnerabilità, secondo il concetto di "determinismo reciproco" di Bandura (1978), si configura anche come il risultato dell'interazione continua tra l'individuo vulnerabile e l'ambiente. Perris, pur ammettendo una base biologica, sottolinea fortemente come, durante il corso della propria vita, l'individuo abbia la capacità-possibilità, sia di determinare la sua vulnerabilità sia di modificare il livello di gravità della patologia. In questo modello dinamico e interattivo, la vulnerabilità deriva da elementi quali: la genetica, le influenze ambientali e culturali, i fattori psicologici, i fattori biochimici e neurologici, il *parenting*, i deficit di percezione-elaborazione delle informazioni, gli eventi di vita stressanti.

Tale condizione non è imm modificabile nel corso della vita dell'individuo è, dunque, soggetta a cambiamenti. L'interpretazione che l'autore dà della schizofrenia implica una visione olistica dell'individuo, dal punto di vista del trattamento ne consegue un'integrazione di diversi interventi: farmacologico, terapeutico-riabilitativo, psicoterapico e sociale. In questa prospettiva teorica è posta particolare attenzione agli aspetti sia cognitivi che comportamentali, al fine di aiutare i pazienti a soddisfare le concrete richieste dettate dalla quotidianità e a poter "convivere" con il loro disturbo, sviluppando un sufficiente grado di adattamento psicosociale. Per raggiungere tali obiettivi è necessario che il paziente abbia un ruolo attivo in termini di autodeterminazione, anche all'interno del percorso di cura, ciò è possibile promuovendo in lui una forte motivazione e un suo pieno coinvolgimento. Presupposti imprescindibili affinché si instauri una buona alleanza terapeutica. Contrariamente a quanti, ancora, ritengono la riabilitazione dei pazienti psicotici quale mero intrattenimento e/o attività occupazionale, il target dei cosiddetti pazienti "difficili" si è mostrato sensibile ai trattamenti riabilitativi di tipo neuropsicologico e cognitivo-comportamentale come sostengono gli studi di Kurtz 2003 e 2005. Pertanto, tenendo conto delle esperienze più accreditate di riabilitazione sia in campo psichiatrico sia in ambito neuropsicologico, e a partire, anche, dall'esperienza personale è stato elaborato un intervento strutturato di gruppo, di tipo multimodale-specifico denominato "Gruppo di Riabilitazione Metacognitiva". L'intervento posto in essere, all'interno di una Presa in Carico Globale della per-

sona, vede confluire in sé i principi e le tecniche della terapia cognitiva, della riabilitazione neuropsicologica, di tecniche di tipo psicoeducativo e interventi psicosociali con un approccio psicoterapico, con lo scopo di fornire agli utenti maggiori possibilità per affrontare la loro malattia con successo e raggiungere un sufficiente grado di adattamento e integrazione a livello sociale.

Il metodo è stato sperimentato, nell'arco di due anni, in ambito ambulatoriale, presso il DSM dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina. Nel volume, destinato principalmente ai terapisti della riabilitazione psichiatrica e agli psicologi, vengono proposti: una breve panoramica sulla malattia con la messa a fuoco sugli aspetti legati maggiormente agli elementi di maggiore interesse per la nostra ricerca, quali la Disfunzione Sociale come criterio diagnostico e l'alterazione neuropsicologica e psicofisiologica in relazione all'eziopatogenesi, che vengono trattati nel primo capitolo; il secondo capitolo si apre a un approfondimento sulla neuropsicologia in ambito psichiatrico, che comprende un'attenta disamina delle singole funzioni cognitive, meta-cognitive e sul ruolo delle emozioni, nel funzionamento sociale, cui segue uno studio correlazionale condotto dal nostro gruppo di lavoro<sup>1</sup>, sulle funzioni esecutive, la conoscenza di sé e l'insight che ci ha dato importanti indicazioni sull'impostazione dell'intervento di riabilitazione metacognitiva di gruppo. Prima di esporre strumenti e tecniche per l'intervento globale, ci è sembrato opportuno, in seno al terzo capitolo, soffermarci sullo stato dell'arte dei trattamenti riabilitativi nella schizofrenia. All'interno del quarto capitolo, vengono "stigmatizzati" valenza e significato della relazione-alleanza terapeutica in riabilitazione proseguendo, quindi, con l'esposizione dettagliata del metodo, che include il background clinico e scientifico dell'intervento. Il volume si chiude con un breve report sulla impostazione, valutazione ed esito del metodo.

In una parte dedicata agli allegati si vuole offrire un suggerimento sul materiale da usare durante il training. Specificando che parte del materiale impiegato è stato "pensato e messo in opera dai conduttori". Il resto del materiale è stato estratto da diverse fonti che vengono citate sempre in questa parte.

1. Un particolare ringraziamento va alla dottoressa Stefania La Foresta, componente del gruppo di lavoro, per il suo rilevante contributo.



**Metacognizione,  
neuropsicologia  
e riabilitazione  
psichiatrica.  
Un metodo  
per il trattamento  
di gruppo  
nella schizofrenia**



## 1. Breve panoramica sulla schizofrenia

«Nello schizofrenico le manifestazioni patologiche non avvengono in luogo di quelle sane ma collateralmente ad esse».

E. Bleuler

«Anche nelle forme più gravi di psicosi rimane celata una persona normale [che osserva] come spettatore imparziale il trascorrere della malattia e del suo tumulto».

S. Freud

aA

### 1. *Quadro clinico: come si manifesta la malattia*

La schizofrenia altera le percezioni, i pensieri, gli affetti e il comportamento della persona. I sintomi con cui si manifesta solitamente sono divisi in positivi e negativi (Andreasen 1997), i primi includono i deliri e le allucinazioni, mentre i secondi comprendono apatia, carenza di iniziativa, povertà d'eloquio, ritiro sociale e trascuratezza personale. Tuttavia la forma clinica in cui si manifesta la malattia è variabile da persona a persona rivelandosi in una peculiare combinazione di sintomi ed esperienze, la cui forma specifica è influenzata dalle circostanze particolari che si trovano a vivere i soggetti. Tipicamente si può distinguere un periodo prodromico, che precede l'insorgenza vera e propria del disturbo, caratterizzato da segni precoci di deterioramento nel funzionamento personale. Le alterazioni psichiche e comportamentali possono comprendere ritiro sociale, comportamenti insoliti e bizzarri, affettività e contatto alterati, ideazione ed esperienze percettive insolite, scarsa cura di sé, nonché riduzione delle iniziative, degli interessi e della motivazione. Durante questo periodo le persone spesso avvertono un cambiamento nel proprio mondo interno e nell'ambiente circostante. Da parte dei pazienti l'interpretazione di tale cambiamento, soli-

3

tamente, genera disaccordo, spesso di grado elevato, con i familiari che riferiscono di non riconoscere più il loro congiunto. Al periodo prodromico fa seguito frequentemente la fase acuta, contraddistinta dalla conclamazione sintomatologica fatta da: deliri, allucinazioni, disturbi del comportamento, ritiro sociale. Dopo la risoluzione, frequentemente non facile, della fase acuta, soprattutto per la difficoltà di approccio al paziente, i sintomi positivi si riducono lasciando il posto ai sintomi negativi. Questa terza fase della malattia è interrotta, spesso, da riacutizzazioni della sintomatologia positiva. Sebbene questo sia il decorso “tipico” del disturbo schizofrenico, si presentano gradi diversi di variabilità. Anche la modalità di insorgenza può variare, diversi soggetti non vanno incontro al periodo prodromico, esordendo con un episodio acuto improvviso e abbastanza florido. Alcuni pazienti presentano solo episodi occasionali di malattia, con un recupero più o meno completo nel periodo intercritico, altri invece vanno incontro, con un’alta frequenza, a ricadute con un recupero solo parziale tra i vari episodi. In altri casi la malattia si trasforma in un disturbo cronico, in cui la persona non è mai libera dai sintomi, sebbene la severità degli stessi sia variabile nel tempo. Comunque, indipendentemente dalla forma in cui si manifesta, il disturbo schizofrenico tende a recidivare, essendo fortemente influenzato da diversi fattori, tra questi il “clima” familiare, come dimostrano gli studi sull’Emotività Espressa (Brown, Rutter 1966; Brown *et al.* 1972). Il rischio di recidive e di cronicità esiste anche quando l’intervento terapeutico si configura soltanto come risposta ai bisogni non tenendo in altrettanta considerazione l’attivazione di risorse, ovvero quando non si mette in atto alcun processo riabilitativo.

## 2. Dati epidemiologici

Un ampio progetto internazionale promosso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 1992) ha accertato che la schizofrenia è responsabile dell’1,1% del totale di anni di vita persi a causa della disabilità (DALYs, Disability Adjusted Life Years) e del 2,8% complessivo di anni vissuti in condizioni di disabilità. Le principali ricerche condotte sino a oggi in diversi contesti socio-culturali, a cominciare dagli studi condotti dall’OMS hanno dimostrato che la schizofrenia è un disturbo universale, che si riscontra tanto nei paesi industrializzati,

quanto nei paesi in via di sviluppo e nelle aree a dominante struttura rurale. Un'ampia revisione sistematica (McGrath, Saha *et al.* 2004) degli studi di incidenza (N = 55) condotti in 33 paesi e in differenti contesti socio-ambientali, ha messo in luce un tasso mediano (10%-90% quantile) di incidenza pari a 15,2 (7,7-43,0) per 100.000 abitanti. Il tasso di incidenza è significativamente più elevato nel sesso maschile che in quello femminile, con un rapporto (valore mediano) maschi/femmine pari a 1,40. L'incidenza è altresì significativamente più elevata tra gli immigrati rispetto alle popolazioni native, con un rapporto (valore mediano) immigrati/locali pari a 4,6; è anche più elevata tra le persone nate in aree urbane, con un rischio proporzionalmente maggiore quanto più ampia è l'area urbana di nascita. Per quanto riguarda la prevalenza del disturbo, gli autori di un'altra recente revisione sistematica (Saha *et al.* 2005), che ha incluso 20 studi per la stima della prevalenza nel corso della vita, hanno calcolato una stima mediana (10%-90% quantile) della prevalenza della malattia pari a 4,0 (1,6-12,1) per 1000. Tale stima è molto simile a quella riscontrata da Warner e de Girolamo in un'esauritiva analisi del 1995 (Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems, vol. III, World Health Organization) di 106 studi di prevalenza della schizofrenia realizzati in 27 paesi, condotti su un totale di 132 differenti campioni di popolazione. In Italia, con una popolazione adulta (di età superiore a 18 anni) pari a 49 milioni di individui, si può stimare che circa 245.000 persone sono o sono state affette, in un qualche momento della loro vita, da un disturbo di tipo schizofrenico. L'età media di comparsa del disturbo è compresa tra i 15 e i 35 anni; tuttavia, i tre più importanti studi di coorte realizzati sino a oggi hanno riscontrato un valore mediano dell'età di insorgenza pari a 22 o 23 anni (Kessler, Amminger *et al.* 2007).

In generale, nel sesso femminile l'esordio della malattia si manifesta di solito con un ritardo medio di 3-4 anni rispetto al sesso maschile; i tassi di prevalenza nella vita sono però sostanzialmente simili nei due sessi, così come tra aree urbane, rurali e miste. Oltre a un'età di esordio più precoce, nei maschi il disturbo tende anche a presentare un decorso più grave, con maggiori sintomi negativi, minori probabilità di guarigione e un esito complessivamente peggiore. La schizofrenia è una malattia multifattoriale, e il fattore di rischio

più importante è la familiarità. Per la popolazione generale il rischio nel corso della vita è appena inferiore all'1%, per i parenti di primo grado di un malato questo valore arriva al 6,5%, e sale oltre il 40% in caso di gemelli monozigoti. È verosimile che esistano molti fattori genetici di rischio, ciascuno dei quali ha un effetto di ampiezza ridotta ed è relativamente comune nella popolazione generale; è verosimile anche che i pazienti ereditino parecchi fattori genetici di rischio, i quali interagiscono tra loro e con l'ambiente per produrre il disturbo schizofrenico, una volta che venga superata una soglia critica. Per quanto riguarda gli esiti della schizofrenia i risultati di uno Studio Pilota Internazionale promosso e condotto dalla OMS nel 1973 indicano che la percentuale di guaribilità della schizofrenia si attesta intorno al 50%, mentre nell'altro 50% dei casi si ha o una "condizione difettuale", caratterizzata dall'assenza di sintomi, ma con una personalità priva di interessi e iniziative, affettivamente e intellettualmente impoverita; pur essendo l'adattamento sociale variabile, l'esistenza è tendenzialmente piatta e povera di significato, oppure la stabilizzazione del disturbo, caratterizzata dalla persistenza dei sintomi, da una personalità più o meno disorganizzata e un adattamento sociale minimo o inesistente.

Sempre soffermandoci su questo studio, gli esiti migliori sono registrati, nei paesi in via di sviluppo, nel 59% dei casi, a fronte del 39% nei paesi più sviluppati. I risultati di questa importante ricerca ci portano a modificare definitivamente il concetto di inguaribilità della schizofrenia, indirizzando l'ipotesi eziopatogenetica sempre più verso una posizione biopsicosociale.

Per quanto riguarda l'epidemiologia, vanno aggiunte le osservazioni di McGrath (2005), soprattutto circa il dato relativo alla distribuzione di tipo universale del disturbo. Sembra che tale visione stia sfumando, dato che la prevalenza appare variare in base alle diverse culture. Nascere o risiedere in un contesto urbano è associato a un più alto rischio di sviluppare il disturbo (Mortesen *et al.* 1999). Gli emigranti hanno un rischio maggiore di sviluppare la schizofrenia, soprattutto se di pelle nera e migrano in un'area con gruppo dominante a pelle bianca (Boydell, Murray 2003). Gli afro-americani sono tre volte più esposti al rischio di sviluppare la schizofrenia rispetto agli americani di origine europea (Bresnahan *et al.*

2007). Nel Regno Unito, Harrison *et al.* (1988), mettono in evidenza che la diagnosi viene fatta più spesso di quanto atteso per le persone di origine afro-caraibica. È stato ipotizzato, inoltre, che povertà e isolamento sociale possano slatentizzare una psicosi in soggetti vulnerabili (Faris, Dunham 1967). La schizofrenia è anche associata a un alto tasso di mortalità. I pazienti, sono più a rischio suicidario, soprattutto nella prima fase della malattia (Brown 1997). Inoltre si è rilevato che le persone affette dal disturbo hanno una elevata mortalità in un'ampia gamma di categorie di malattie (Palmer *et al.* 2005).

### 3. I criteri diagnostici: la disfunzione sociale

Uno dei sistemi maggiormente utilizzati per formulare una diagnosi di schizofrenia è il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Il DSM giunto, ormai alla sua quinta edizione (APA, 2013), è un sistema di classificazione psicopatologica, “ateoretico”, dunque trasversale ai vari orientamenti teorici. Per la diagnosi contano sia la natura, sia la durata dei sintomi. La sintomatologia viene distinta in positiva, che sembra riflettere un eccesso delle funzioni psichiche normali: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato e catatonico e sintomi negativi, che sono espressione di una perdita o diminuzione di tali funzioni, configurandosi con affettività appiattita, alogia, povertà di linguaggio, abulia. La descrizione nosografica della schizofrenia secondo il DSM IV-TR (2000) comprendeva cinque sottotipizzazioni o categorie e veniva effettuata facendo ricorso a una serie precisa di criteri. Questa sottotipizzazione scompare con il DSM-5 perché rivelatasi empiricamente debole e poco utile ai fini della pianificazione del trattamento (Maone, Gazzillo 2014).

La diagnosi comporta il riconoscimento di segni e sintomi associato a un basso livello di funzionamento lavorativo e sociale, ovvero il criterio B come caratteristica diagnostica fondamentale, tale criterio contribuisce in modo sostanziale nel definire la condizione di malattia, ma non specificandone la natura. Uno o più ambiti aree principali (lavoro, relazioni interpersonali, cura di sé) devono essere gravemente compromessi rispetto al livello raggiunto prima della comparsa del disturbo.

La disfunzione sociale (DS) è considerata come tipica del fenotipo schizofrenico pre-morbo (Schmael *et al.* 2007;

Uzclac *et al.* 2006) e accompagna l'individuo lungo il decorso della malattia (Pinkham *et al.* 2003). Sebbene almeno alcune delle difficoltà possono essere attribuite alla scarsa performance cognitiva le ragioni della DS restano poco chiare. La correlazione tra deficit neuro cognitivi e funzionamento psicosociale è ampiamente riconosciuta (Green *et al.* 2000, 2004), specie nei pazienti cronici ciò appare più evidente (Addington, Addington 2000; Prouteau *et al.* 2004), tuttavia in letteratura, non mancano aspetti di incoerenza. Stenghellini e Ballerini (2010) fanno notare che, mentre in passato si riteneva unicamente che il processo conducente al disfunzionamento sociale, nella schizofrenia, originasse dalla disfunzione neurocognitiva, così come appare maggiormente evidente nei pazienti cronici (Verdoux *et al.* 2002;) più di recente è chiamata in causa la cognizione sociale (*hot cognition*) che medierebbe il processo che conduce a un livello di funzionamento deficitario. Infatti, pur essendo strettamente legate, la *neurocognition* (*cold cognition*) e la *social cognition* sono distinguibili, essendo la prima un prerequisito per la seconda e, questa a sua volta, fungendo da prerequisito per il funzionamento sociale (Green *et al.* 1996; Green *et al.* 1999; Sergi *et al.* 2006). Nei pazienti schizofrenici la riduzione delle risposte emotive agli stimoli sociali e non sociali (anedonia) contribuisce a isolarli dagli altri e dall'ambiente, sebbene la preoccupazione per gli altri (empatia affettiva) e la sofferenza personale rispetto a sé stessi e agli altri non li differenziano dalle altre persone (Stanghellini, Ballerini 2005, 2010). Altri autori sostengono invece che *cold cognition* e *hot cognition* siano funzioni quasi indipendenti, sostenute anche da differenti *patterns* neuronali. I deficit funzionali della schizofrenia sarebbero, quindi, da ascrivere quasi interamente a un compromissione dei meccanismi di cognizione sociale (Pinkham *et al.* 2003; Penn *et al.* 1997).

In conclusione la DS è stata considerata, secondo diversi modelli esplicativi (Carpenter *et al.* (1985), come conseguente al processo morboso, anche in base alla classificazione fatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1980), specialmente in relazione ad alcuni pattern sintomatologici (disorganizzazione) e neurocognitivi (Addington *et al.* 1998; Green *et al.* 1999). La DS è stata considerata anche come sintomo clinico a tutti gli effetti (Strauss *et al.* 1974; Lezenweger *et al.* 1996-97), come conseguenza alle reazioni di stigma sociale

(Zubin *et al.* 1983) o legata a inadeguate capacità e strategie psicologiche di *coping* (Strauss *et al.* 1989). Escludendo le ultime due ipotesi esplicative, si può affermare che i fenomeni della DS appaiono più come “tratto” (Stenghellini, Ballerini 2005) che, accompagna i pazienti nella fase pre-clinica, seppur in misura variabile. Essa si riflette nell’organizzazione della persona e nel suo modo di vivere, accomunando al suo interno tutti i disturbi appartenenti allo spettro schizofrenico.

#### 4. *L’eziopatogenesi*

Si è rivelata scarsamente utile la ricerca di relazioni univoche, tipo causa-effetto nel cercare la risposta alla domanda: “perché ci si ammala di schizofrenia”? In atto esistono diverse ipotesi volte a spiegarne le “cause”. L’integrazione circolare di almeno tre modelli, a matrice biologica, psicologica e sociale, sembra essere l’ipotesi più accreditata per spiegare l’eziopatogenesi del disturbo. Vengono quindi presi in esame diversi fattori di rischio, ad esempio, riguardo la genetica l’attenzione è rivolta agli studi familiari, gemellari e sulle adozioni; per quanto riguarda l’incidenza dei fattori ambientali gli studi sono indirizzati a indagare cause gestazionali, perinatali e post-natali, comprendenti lo sviluppo psicologico. La schizofrenia è, quindi, una sindrome complessa, causata da una varietà di fattori genetici e ambientali, ognuno arrecanti un contributo allo sviluppo del disturbo che implica, tra le condizioni sintomatologiche di base, un danno neurocognitivo pervasivo e molte piccole alterazioni neuroanatomiche e neurofisiologiche. In tal senso gli studi comprendono diversi aspetti quali: fattori neuroevolutivi, le anomalie anatomiche, funzionali e neurotrasmettitoriali. Ci soffermeremo solo su uno dei tanti aspetti, individuati come possibili fattori chiamati in causa nel determinare il disturbo, quello che più da vicino potrebbe configurarsi come substrato incisivo, ovvero l’alterazione neuropsicologica e psicofisiologica. Nei pazienti con schizofrenia difficoltà nei processi di attenzione e *problem solving* erano stati osservati sia da Kraepelin che da Bleuler. Reichenberg e Harvey (2007) riportano una rassegna quantitativa di dodici domini cognitivi, includendo tra questi, l’abilità intellettuale generale, la memoria verbale e non verbale, il riconoscimento, le funzioni esecutive, le abilità motorie, la memoria di lavoro, il linguaggio, l’attenzione

e la velocità di elaborazione dell'informazione. La principale scoperta è che i pazienti hanno prestazioni più scadenti dei soggetti sani in tutti e dodici i domini neurocognitivi, con una differenza paziente-controllo di 1-1,5 *deviazione standard* (*ds*). Tali differenze sono maggiori rispetto a quelle misurate tramite le tecniche di neuroimaging strutturale. Esistono, comunque, dati alquanto contestati (Wilk *et al.* 2005) che evidenziano che una quota di soggetti schizofrenici esaminati abbia performance neuropsicologiche normali (Palmer 1997). Tuttavia, le differenze tra pazienti e controlli, hanno portato numerosi autori a riferirsi al deficit cognitivo come una caratteristica principale del disturbo schizofrenico e come una chiave di lettura della sua patofisiologia (Gur, Gur 2005; Heinrichs 2005; Keefe, Easley 2006; MacDonald, Carter 2002; Marder, Fenton 2004). Il deficit cognitivo emerge prima dell'esordio della psicosi, e sembra che la gravità del deficit sia indistinguibile durante il primo episodio (con una variazione di una *ds*, in media, nella performance) dal deficit riscontrato negli individui in fase cronica (Gold, Green 2005; Keefe, Easley 2006), suggerendo che costituisca un aspetto stabile della schizofrenia. Inoltre rassegne quantitative lo considerano uno dei migliori fattori predittivi del funzionamento psicosociale (Green 1996; Green *et al.* 2000). Una importante scoperta è l'aver riscontrato nei parenti genetici degli individui schizofrenici, un deficit cognitivo attenuato, più grave se paragonato alle performance dei controlli (Reichenberg, Harvey 2007). In media, la differenza si attesta nell'ordine di una *ds* che varia lungo i domini da 0,2 a 0,5. Tali risultati sono stati riprodotti in uno studio familiare multigenerazionale, dimostrando che le funzioni cognitive possono essere considerate indicatori genetici per la schizofrenia (Gur *et al.* 2007).

Questi risultati sono stati ottenuti anche utilizzando metodi di indagine psicofisiologica sull'attività elettrica cerebrale, come la misura dell'*eye tracking* (movimenti dell'occhio nell'inseguimento lento, legata all'attività cerebrale frontale) o i potenziali evocati relati ad eventi. Anche se i deficit sono riscontrabili in modo diffuso e in più domini cognitivi, le compromissioni più delineate sono a carico dell'attenzione, della memoria-apprendimento e delle funzioni esecutive. Funzioni notoriamente associate all'attività dei lobi frontali e

temporali (Cornblatt, Keilp 1994; Heinrichs, Zakzanis 1998; Saykin *et al.* 1991).

La schizofrenia sembra essere interessata da una rottura nel funzionamento dei processi paralleli distribuiti, piuttosto che da specifiche e localizzate lesioni cerebrali, che non sono facilmente identificabili dagli attuali meccanismi di *imaging* cerebrale. A tal proposito sono stati elaborati da diversi autori vari modelli teorici per spiegare diversi aspetti eziologici, quale l'alterazione del processo cognitivo come base dei sintomi della schizofrenia, che viene considerata una disfunzione originata da problemi nei circuiti basilari del cervello. Tra queste alterazioni, sembrano avere rilievo:

- la densità, l'organizzazione neuronale e la comunicazione anomala fra le cellule, causata da alterazioni nell'attività eccitatoria e/o inibitoria dei neurotrasmettitori (modello della schizotassia di Meehl 1992; modello di coordinazione cognitiva di Philips e Silverstein 2003 modello di elaborazione distribuita in parallelo di Hoffmann 1989, 1993; modello della salienza di Kapur 2003);
- l'alterazione dopaminergica considerata correlata a fattori di stress e di malfunzionamento dei sistemi del cortisolo (modello di risposta allo stress di Walker e Diforio 1997);
- i processi psicologici correlati a processi fisiologici (modello dell'azione intenzionale di Frith 1992; modello di controllo cognitivo di Cohen 1999; modello del programma motorio di Gray e Hemsley 1991).

A quest'ultimo approccio si rifà il modello cognitivo integrato della schizofrenia di Beck e collaboratori (2009), che postula come causa della schizofrenia una deficienza nella capacità integrativa complessiva del cervello, piuttosto che interazioni di disfunzioni localizzate. In base a tale modello la schizofrenia avrebbe origine nell'insufficienza cognitiva e nell'ipersensibilità allo stress: questi deficit condurrebbero all'iperattivazione di schemi disfunzionali, rendendosi responsabili dei sintomi positivi e al risparmio di risorse, in parte responsabili dei sintomi negativi.

## 2. Aspetti neuropsicologici della schizofrenia

«La cosa più difficile da capire non è forse capire come capiamo? La cosa più sconcertante non è forse rendersi conto che è la coscienza a rendere possibili e perfino inevitabili le nostre domande sulla coscienza?».

A.R. Damasio

12

### 1. *Origine e sviluppo degli studi neuropsicologici in psichiatria*

La nascita della neuropsicologia clinica avviene nella seconda metà del XVIII secolo nell'ambito della clinica neurologica, dove alcuni studiosi come Broca, Wernicke e Lissauer ritenuti i padri fondatori della disciplina, trovandosi a studiare pazienti con lesioni cerebrali di natura organica (vascolare, neoplastica, infettiva) conducevano importanti osservazioni sulle basi neurologiche del linguaggio e della percezione. Solo dopo la seconda guerra mondiale, negli USA inizia lo studio neuropsicologico di pazienti affetti da patologie psichiatriche come la schizofrenia, in un ambito di indagine a carattere clinico-empirico, basato sulla valutazione psicometrica, allo scopo di individuare la presenza di patologia organica nel cervello. La somministrazione di batterie di test neuropsicologici si afferma come metodo economico e relativamente sensibile di *screening*, per la individuazione di segni di obiettività organica di tipo neurologico, in pazienti psichiatrici. Successivamente a questo tipo di studio, essenzialmente di carattere diagnostico, il riscontro di profili di compromissione neuropsicologica relativamente tipici, per le differenti patologie psichiatriche conduce a interpretazioni in termini patogenetici (Keefe 1995). La presenza di deficit

aA

a livello neuropsicologico in pazienti psichiatrici viene interpretato come elemento di disfunzione cerebrale correlata alla malattia. È opportuno precisare che questo approccio ha ottenuto grande impulso a partire dallo sviluppo degli studi di *neuroimaging* funzionale (Weinberg *et al.* 1986). L'approccio neuropsicologico tradizionale si basa sulla individuazione delle "singole funzioni" deficitarie: il linguaggio, la percezione visuo-spaziale, la memoria, il ragionamento dove per ciascuna delle quali sono stati proposti degli strumenti di misurazione (test psicometrici). Nel momento in cui si considera la complessità di ciascuna funzione cognitiva, l'approccio di tipo psicometrico, dimostra subito i suoi limiti. A tal proposito, nel 1973, Luria proponeva, ancor prima della nascita ufficiale della neuropsicologia cognitiva, il concetto di "sistema funzionale", attraverso una analisi delle diverse componenti cognitive implicate in ciascun compito, che venivano messe in correlazione con il complesso insieme di componenti anatomo-funzionali. Questo tipo di impostazione ha ricevuto una importante spinta propulsiva a partire dalla cosiddetta "rivoluzione cognitiva" degli anni '70, basata in gran parte sulla metafora mente-computer. Rientrano in tale ambito gli studi di Frith (1992), che ne delineano un ulteriore e successivo sviluppo. Egli applica in ambito psichiatrico i modelli teorici della neuropsicologia cognitiva la cui caratteristica principale è il costante riferimento a modelli della normale organizzazione delle funzioni cognitive, e la formulazione di precise ipotesi sulla modificazione di questi processi normali a causa della patologia (Shallice 1988). Una importante conseguenza di questa impostazione di ricerca, che si fonda sullo studio dei sintomi di compromissione neuropsicologica, è la perdita di rilevanza che assume la distinzione tra patologia neurologica e psichiatrica. Basti pensare ad esempio che può essere usata la stessa metodologia per esaminare le molteplici componenti dell'elaborazione del linguaggio o del ragionamento astratto sia in un paziente con esiti di cerebrolesione focale, sia in un paziente con diagnosi di schizofrenia. Gli studi clinici, ma soprattutto le indagini di neuroimmagine funzionale hanno consentito di ipotizzare specifici correlati anatomo-funzionali per molteplici componenti dei processi cognitivi, individuati sulla base di modelli del funzionamento normale. Proprio grazie allo sviluppo e all'uso di tali tecniche, come la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) e

la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) si è arrivati alla definizione di un nuovo ambito di studio, quello delle neuroscienze cognitive. Rifacendoci all'ipotesi di "sistema funzionale" di Luria, è grazie all'impiego di queste nuove tecnologie, che finalmente è possibile studiare in modo diretto i sistemi funzionali coinvolti in qualsiasi compito cognitivo. La conferma di questo tipo di impostazione è venuta dall'osservazione che qualsiasi compito, anche il più semplice, non si associa mai all'attivazione di una singola area cerebrale, ma coinvolge sempre i circuiti costituiti da molteplici aree. Dunque, anche il più semplice dei compiti attiva a livello cerebrale una risposta sinergica e "orchestrata" dove le singole componenti, identificate sulla base della scomposizione dei compiti, effettuata basandosi sui modelli della psicologia cognitiva, non appaiono localizzati, ma coinvolti in reti funzionali distinte e parzialmente embricate (Posner, Raichle 1994). La neuropsicologia clinica avendo, per molto tempo, lasciato in secondo piano l'analisi delle modificazioni del comportamento emozionale indotte dalla patologia neurologica (Gainotti 1989), impostazione trasferita anche al campo psichiatrico, ha incluso lo studio delle emozioni e dei loro correlati funzionali e anatomico-fisiologici, nonché il tipo di relazione tra la dimensione emotiva e la dimensione cognitiva, possibile grazie agli studi psicobiologici. Infatti, tali studi hanno dato importanti informazioni sui circuiti cerebrali coinvolti nelle risposte emozionali, in particolare per quanto riguarda il ruolo dell'amigdala, come struttura cruciale per il processo di produzione, comprensione e regolazione delle emozioni. Diversi approcci teorici hanno messo in rilievo gli effetti delle emozioni sulla cognizione e sulla elaborazione delle informazioni, in particolare gli studi di Le Douarin (1998) e Damasio (1999).

## 2. *I deficit cognitivi nella schizofrenia*

Nel 1911 Bleuler, sosteneva che i disturbi primari delle funzioni cognitive elementari sembravano i fattori determinanti dei cosiddetti disturbi del pensiero dei pazienti schizofrenici. Anche successivamente, molti clinici hanno sostenuto che i deficit cognitivi rappresentano gli indicatori chiave della schizofrenia e la base della sintomatologia del disturbo. Nell'arco di molti anni sono stati condotti diversi studi non sempre adeguati e comparabili tra loro, anche rispetto alle

metodiche e agli strumenti disponibili in uso. Le ricerche iniziarono a diventare più numerose quando i ricercatori applicarono in questi studi gli stessi modelli e metodi che gli psicologi cognitivi utilizzavano nell'esame dei processi di elaborazione delle informazioni in soggetti normali. Secondo questi ultimi, il modo con cui le persone sperimentano la vita e si comportano è determinato dalla loro capacità di elaborare le informazioni. Per elaborazione delle informazioni si intendono i processi che identificano, trasducono, associano, selezionano, codificano, immagazzinano e recuperano, all'interno del Sistema Nervoso Centrale, gli stimoli provenienti dall'ambiente esterno e da quello interno, in modo da generare una risposta. Il tipo di risposta prodotta identifica i tre domini nei quali è possibile classificare l'*information processing*: sensoriale, percettivo, cognitivo. Gli anni '70 del secolo scorso, negli USA, segnano l'inizio di numerosi studi aventi per oggetto la neuropsicologia della schizofrenia, a oggi, mediante l'utilizzo di appropriati strumenti di indagine, con sempre maggiore cura e rigore scientifico, i deficit cognitivi sono stati accuratamente misurati e descritti come aspetti nucleari, del disturbo. Oggi è riconosciuto che essi costituiscono il tratto centrale e persistente della schizofrenia, rendendosi individuabili già parecchio tempo prima che si manifesti la malattia, ostacolando i pazienti nella loro vita sociale e di relazione. Nel 1989, Brenner ha sviluppato un modello prevalentemente euristico, riguardo alla disfunzione dell'elaborazione delle informazioni, che rappresenta un tentativo di spiegare i deficit cognitivi, secondo un approccio multidimensionale. La base di tale modello si poggia sull'*arousal* e sul sistema di attivazione del cervello umano, inoltre rappresenta un tentativo di cogliere le relazioni tra i processi neuronali, cognitivi ed emotivi nel controllo del comportamento. Nella schizofrenia, la costante ed eccessiva stimolazione del sistema di attivazione e il suo errore intrinseco porterebbero verso una predominanza di controlli interni, quindi a percezioni rigide e a una stretta pianificazione del comportamento. Brenner (1994) fa notare come i pazienti schizofrenici manifestino alterazioni specifiche di molte aree dell'elaborazione delle informazioni: incapacità di selezionare stimoli sensoriali rilevanti ed escludere quelli non rilevanti; incapacità di mantenere e dirigere l'attenzione in modo selettivo; incapacità di usare le informazioni preceden-

temente memorizzate e di identificare gli stimoli; incapacità di pensare in modo astratto; di trarre conclusioni corrette in modo deduttivo analogico o di evocare risposte appropriate a causa dell'interferenza di risposte in competizione fra loro.

Quindi i pazienti schizofrenici si irrigidiscono in aspettative ad esito negativo e ciò può essere aggravato ancora di più da due aspetti di comune riscontro, cioè la presenza di un'immagine negativa di sé e di un marcato *locus of control* esterno. Generalmente, la messa in atto di un comportamento attivo, da parte di un paziente con schizofrenia, e gli sforzi di cambiare un determinata situazione attraverso un comportamento attivo sono di breve durata. I processi emotivi, nonché i processi di elaborazione delle informazioni percettive e concettuali, divengono via via sempre più dissociati. Pertanto i pazienti tendono a ritirarsi sempre di più dalla realtà mettendosi in relazione con l'ambiente attraverso modalità progressivamente più frammentate e irregolari. Gli psicologi cognitivi hanno dimostrato che i disturbi di base nell'elaborazione dell'informazione hanno un effetto dannoso sulle capacità dell'individuo di compiere funzioni mentali complesse, come ad esempio formarsi un'opinione, o prendere una decisione, risolvere un problema, ecc. Questi disturbi influiscono similmente anche sull'emotività e sul comportamento manifesto. Solo negli ultimi decenni si è arrivati, comunque, a concludere che i processi psicologici anomali possono essere messi in relazione con sistemi cerebrali sottostanti, definiti sia in termini funzionali che anatomo-fisiologici. Per quanto riguarda l'alterazione cognitiva, un QI deficitario sembra accompagnare alcuni pazienti. Ciò indica che tale alterazione può essere relativamente profonda e diffusa, con interessamento globale a livello corticale. In altri pazienti, invece, le capacità intellettive generali risultano conservate ma si riscontrano alterazioni specifiche e circoscritte a livello frontale. La valutazione della dimensione neurocognitiva tramite specifici strumenti standardizzati, è in grado di fornire delle preziose indicazioni rispetto all'impiego di adeguati protocolli e programmi terapeutico-riabilitativi e all'efficacia degli stessi, oltreché al decorso clinico della patologia.

Come già evidenziato, in precedenza, il funzionamento sociale delle persone affette da disturbo schizofrenico è spesso molto compromesso, nella misura del 70-80% circa. Ciò, com'è ovvio, influisce negativamente sulla qualità della vita

e sull'esercizio dei ruoli sociali ed è ben poco modificabile dai farmaci neurolettici, che incidono prevalentemente sulla dimensione sintomatologica. Deficit cognitivi e sintomatologia si caratterizzano, per la loro severità e persistenza e per la loro sensibilità rispetto ai fattori di stress ambientale, quali *life events* e fattori di stress psicologico. I deficit cognitivi si manifestano soprattutto a carico dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive, che includono le capacità di *problem solving*, *decision making* e l'espressione delle opinioni. Da molte ricerche condotte sui deficit cognitivi è emerso che essi condizionano l'adattamento psicosociale in misura maggiore dei sintomi negativi (Green 1996); che il grado di funzionalità cognitiva precedente l'esordio psicotico influisce in modo significativo sull'articolazione sociale del paziente durante il corso della sua esistenza (Heaton, Drexler 1987) e che le abilità cognitive maggiormente predittive del funzionamento sono la velocità motoria, le funzioni esecutive e l'attenzione (Bilder, Bates 1994). Altrettanto compromessa può essere la capacità di generalizzazione delle abilità apprese, nel momento in cui i pazienti devono riconoscere somiglianze e differenze tra l'ambiente artificiale di apprendimento e l'ambiente reale della vita quotidiana. Pertanto, mentre non si riscontra una particolare correlazione tra gravità dei sintomi positivi e gravità dei deficit funzionali (Perlick *et al.* 1992; Harvey *et al.* 2000), lo stesso non può dirsi per le alterazioni cognitive, che ostacolano il funzionamento del soggetto e sono ritenute fattori di massima importanza in relazione al decorso della schizofrenia (Green 1996).

I deficit cognitivi possono essere messi in relazione anche con la capacità introspettiva, ovvero l'*insight* (Lysacker *et al.* 1994). Tale capacità è associata all'adesione al trattamento, per cui i deficit cognitivi possono influenzare indirettamente i sintomi e possono interferire, con l'apprendimento, al punto tale che i pazienti hanno difficoltà nel prendere parte ai trattamenti riabilitativi tradizionali (Mueser *et al.* 1991; Wykes 1994). I deficit cognitivi, inoltre, possono anche interferire con la percezione sociale e quindi compromettere l'efficacia della comunicazione e dell'azione (Penn *et al.* 1996).

### **Studi sull'attenzione**

L'attenzione comprende diverse componenti che possono essere ricondotte a circuiti neuronali distinti e non correlabili

tra loro. Distinguiamo l'attenzione selettiva, l'attenzione sostenuta, la ricerca attenta e l'attenzione divisa. Nei pazienti con schizofrenia sono state riportate alterazioni a carico di ognuna di queste componenti dell'attenzione. Un deficit dell'attenzione selettiva è stato riscontrato sia nei pazienti che nei familiari di primo grado. Il paradigma sperimentale più spesso utilizzato è quello introdotto da Shalowsky nel 1963, in cui vengono presentati ai soggetti due stimoli in sequenza, uno di "allerta" e uno che richiede una risposta immediata. Nei soggetti normali, il tempo di reazione è minore per gli intervalli interstimolo regolari e di durata non superiore ai 15 secondi rispetto agli intervalli irregolari. Nei pazienti schizofrenici, il tempo di reazione è più lungo di quello riscontrato nei controlli per tutte le modalità sensoriali e rappresenta il cosiddetto *cross over effect*, cioè esso è minore per gli intervalli regolari rispetto a quelli irregolari quando i primi sono inferiori a 5 secondi, mentre si verifica l'inverso quando essi sono superiori a 5 secondi.

Secondo Shalowsky questo fenomeno è espressione dell'incapacità di questi soggetti di mantenere uno stato di prontezza alla risposta. Inoltre, anche a prove che valutano altri aspetti dell'attenzione, la performance dei soggetti schizofrenici è inferiore rispetto ai controlli sani, mentre i familiari di primo grado dei pazienti presentano prestazioni intermedie (Mirsky *et al.* 1995). L'attenzione sostenuta è risultata compromessa nei pazienti schizofrenici sia nella fase attiva della sindrome che nei periodi di remissione, e nei loro familiari di primo grado (Nuechterlein 1991). Essi mostrano, rispetto ai controlli sani, una bassa capacità di discriminazione tra gli stimoli *target* e quelli non *target*. Tale deficit è dimostrabile sia nelle fasi acute che durante la remissione e viene considerato, pertanto, come un *trait marker* (Nuechterlein 1991). La compromissione è stata rilevata anche nei familiari di primo grado e nei soggetti a rischio, che successivamente sviluppano la sindrome (Rutschmann *et al.* 1986). Inoltre, in compiti di discriminazione i pazienti hanno difficoltà nel riconoscere una lettera, tra numerose altre presentate contemporaneamente per pochi msec. (Asarnow *et al.* 1977).

Secondo Mirsky *et al.* (1995) l'attenzione sostenuta richiederebbe l'integrità funzionale della formazione reticolare del tetto e mesopontina e dei nuclei reticolari talamici della linea mediana; viene riconosciuto anche un ruolo alle aree

parietali dell'emisfero destro (Buchsbaum *et al.* 1990), inoltre secondo Posner e Petersen (1990), la capacità di mantenere l'attenzione coinvolge un sistema a mediazione noradrenergica lateralizzato nell'emisfero destro, che comprende la porzione posteriore del lobo parietale destro, il pulvinar e il collicolo superiore.

L'attenzione selettiva dipenderebbe invece da un circuito comprendente il giro temporale superiore, il lobulo parietale inferiore e i gangli della base; la corteccia prefrontale, invece, sarebbe responsabile della capacità di spostare l'attenzione. Sono state riscontrate anche alterazioni dei cosiddetti "meccanismi pre-attentivi", ossia dei meccanismi neuronali di tipo inibitorio che modulano la percezione degli stimoli dell'ambiente, interno ed esterno, in rapporto alla loro rilevanza per il soggetto.

### **Studi sulla memoria**

Com'è noto la memoria è suddivisa in più sistemi, viene distinta una memoria a lungo termine e una a breve termine, quest'ultima sostituita, ormai, con la definizione di memoria di lavoro (Working Memory, WM). Bisogna tenere presente che tale denominazione dovrebbe essere riservata alla manipolazione dell'informazione on line ed evitato per i compiti di semplice ripetizione (come il *digit span*), per i quali appare più opportuna la denominazione di magazzino di memoria a breve termine. La memoria a lungo termine viene, a sua volta, suddivisa in memoria esplicita, che consente la rievocazione cosciente, e comprende la memoria episodica e quella semantica; e in memoria implicita, che si acquisisce attraverso la ripetizione, non consentendo la rievocazione cosciente. Un deficit della memoria a breve termine, ossia della capacità di mantenere in memoria un certo numero di informazioni, per un tempo limitato, è stato riscontrato, solo raramente, nei pazienti con schizofrenia (Gruzelier *et al.* 1988). In questi pazienti è stato frequentemente riportato un deficit della memoria episodica (Tamlyn *et al.* 1992), e semantica (Quattropiani, Cova 2011), anche se ci sono dati contrastanti a tal proposito. Per ciò che riguarda gli studi sulla memoria implicita, vanno ricordati quelli sul *priming*. Esso viene suddiviso in semantico e percettivo, il primo consiste nel più rapido riconoscimento degli stimoli quando sono preceduti da altri semanticamente correlati ad essi; mentre

il secondo consiste nel più rapido riconoscimento di stimoli ripetuti rispetto a quelli non ripetuti. Il *priming* semantico risulta aumentato nei pazienti schizofrenici rispetto ai controlli sani (Kwapil *et al.* 1990).

Inoltre, nei primi, sembra essere presente un effetto di facilitazione anche con stimoli indirettamente correlati con gli stimoli target. Non è chiaro se l'aumento dell'effetto *priming* nei pazienti schizofrenici sia limitato solo a quelli che presentano un disturbo formale positivo del pensiero (Kwapil *et al.* 1990). La WM comprende le funzioni coinvolte nel mantenimento in memoria, per un periodo limitato di tempo, di informazioni che devono essere usate per lo svolgimento di un compito, cioè richiedono una manipolazione attiva. Essa è legata al concetto di memoria a breve termine, intesa come quella parte di informazioni che viene trattenuta temporaneamente dal sistema mnestico, ma con una capacità e un tempo di ritenzione ridotti. Si costituisce, quindi, come un sistema per l'immagazzinamento temporaneo e la prima gestione/manipolazione dell'informazione, costituente un link funzionale tra percezione sensoriale e azione controllata. Baddley (1995) considera la memoria come il centro di ogni processo cognitivo, attorno al quale ruotano numerosi aspetti dell'attività psicologica e cerebrale, quali la percezione, l'azione, l'emozione, l'attenzione. Egli ha dapprima elaborato un modello tripartito di Working Memory, in atto considerata la teoria dominante nell'ambito degli studi sulla psicologia della memoria. Il modello di Baddley della memoria include una componente chiamata Esecutivo Centrale, che controlla il flusso informativo, e due sottocomponenti: il *loop fonologico* e il *taccuino visuo-spaziale*. Questi due sistemi, gerarchicamente sottoposti all'Esecutivo Centrale, sono magazzini a breve termine, dedicati alla ritenzione e all'elaborazione dell'informazione rispettivamente verbale e visuo-spaziale.

Nel 2000 Baddley ha aggiunto al suo modello una quarta sottocomponente, chiamata *Episodic Buffer*. Il Buffer rappresenta un sistema di memoria separato, di capacità limitata che utilizza una codifica di tipo multimodale; viene chiamato "episodico" in quanto ha la capacità di mantenere le informazioni che sono integrate da una serie di sistemi, comprese le altre componenti della Working Memory e della memoria a lungo termine, in rappresentazioni unitarie multidimensionali come scene ed episodi. Il *Buffer* funge quindi da in-

termediario tra sottosistemi con codici diversi, e li combina in rappresentazioni unitarie, significative e coerenti (Baddeley 2006). L'Esecutivo Centrale interviene in situazioni in cui, in relazione al verificarsi di situazioni nuove, non sono disponibili o risulterebbero dannose le risposte abituali. La disfunzione dell'Esecutivo Centrale comporta l'incapacità di mantenere il set cognitivo e una tendenza alla perseverazione e alla distraibilità. Il concetto di memoria di lavoro presenta delle sovrapposizioni con quello di funzioni esecutive. Alle prove di WM i pazienti schizofrenici hanno una performance più scadente rispetto ai controlli sani, sia per le versioni verbali del test che per quelle visuo-spaziali, mentre i familiari di primo grado mostrano a loro volta, una prestazione intermedia tra quella dei pazienti e quella dei controlli sani. La neuropsicologia della memoria ha ancora degli aspetti controversi: tuttavia viene riconosciuto generalmente che la traccia mnemonica risiede a livello corticale e che alcune stazioni sottocorticali siano indispensabili per il consolidamento e la rievocazione di specifici ricordi. Le aree temporali mediali, in particolare l'ippocampo e l'amigdala, i corpi mammillari e i nuclei dorsali mediali del talamo sono indispensabili per le funzioni di memoria a lungo termine esplicita (Poldrack, Gabrieli 1997). L'ippocampo ha un ruolo fondamentale nell'organizzazione della memoria rispetto alle coordinate spazio-temporali; l'amigdala favorisce l'associazione tra diversi tipi di memoria (visiva, uditiva, olfattiva, ecc) e tra questi e le emozioni ad essi collegate. Per la memoria implicita viene riconosciuto un ruolo fondamentale al nucleo striato, nell'acquisizione di memorie procedurali e "abitudini". Il nucleo striato, infatti, sembra favorire la costruzione di associazioni dirette da un certo input percettivo e una sequenza motoria, fino a che si ha l'avvio di quest'ultima automaticamente (risposta automatica). Per il *priming* sembrano essere ininfluenti le stazioni sottocorticali limbiche e striatali, mentre viene riconosciuto un ruolo essenziale alle cortecce polimodali per il *priming* semantico, e a quelle visive per il *priming* percettivo (Poldrack, Gabrieli 1997).

aA

Per quanto riguarda la memoria di lavoro la funzionalità della corteccia prefrontale dorsolaterale, dell'area supplementare motoria e della parte anteriore del cingolo sarebbero indispensabili per l'Esecutivo Centrale, mentre le aree corticali associative sarebbero alla base dei due comparti-

menti modalità-specifici, il *loop* fonologico e il taccuino visuo-spaziale (Frith 1992). In sintesi, i deficit che interessano tutti gli aspetti della memoria di lavoro, evidenziati da Baddley, tra cui il *loop* fonologico, il taccuino visuo-spaziale e il Sistema Attentivo Supervisore (SAS) sembra siano correlati l'un l'altro, nonostante vi sia l'esistenza di dati contrastanti che riguardano la gravità della compromissione in ogni singola componente della memoria di lavoro (Salame *et al.* 1998). La compromissione della WM specie quella visuo-spaziale (Park *et al.* 1995), con entità variabilmente minore non riguarda solo i pazienti con patologia conclamata, ma anche pazienti con patologia dello spettro schizofrenico, compresi i disturbi di personalità schizoide (Lees Roitmani *et al.* 2000) e anche i parenti biologici non psicotici dei pazienti con schizofrenia. Sembra che molte aree della disfunzione cognitiva nei pazienti schizofrenici siano correlate alla WM. È stato riscontrato che i test sensibili alla disfunzione frontale siano correlati frequentemente ai deficit della WM, che sono i deficit maggiormente studiati. La compromissione della memoria di lavoro, così come altri deficit, sembra correlare con la sintomatologia negativa (Carter *et al.* 1996) e con il disturbo formale del pensiero (Spitzer 1993). A differenza di altri aspetti, come il deficit di auto-monitoraggio che, invece, può essere associato anche alla sintomatologia positiva (Carte *et al.* 1996; Bressi *et al.* 1996; Frith e Done 1988; Keefe 1998). Recenti studi di *imaging* funzionale (Carter *et al.* 1998; Callicot *et al.* 1998; Fletcher *et al.* 1998) indicano che i compiti di WM attivano la corteccia prefrontale nei soggetti sani, soprattutto nei compiti ad alto carico, mentre nei pazienti schizofrenici vi è un'attivazione normale o maggiore della WM quando il carico è basso e tuttavia mostrano un'attivazione ridotta dei carichi della WM rispetto ai controlli sani.

aA

### **Studi sulle funzioni esecutive**

La definizione di funzioni esecutive (o controllo esecutivo) è abbastanza controversa. Per alcuni autori il controllo esecutivo si identifica con la memoria di lavoro (Fuster 1989) mentre per altri rappresenta una modalità di pianificazione e controllo del comportamento nel suo complesso, che richiede numerose funzioni, quali la generazione di azioni e pensieri intenzionali, il loro monitoraggio, la loro esecuzione e l'inibizione di risposte con essi interferenti (Goldberg 1985).

Norman e Shallice (1980) sono stati i primi a proporre l'esistenza di due modalità di controllo del comportamento. Una modalità automatica, dove è l'input percettivo che di volta in volta seleziona sequenze ben consolidate di risposte; e una modalità esecutiva che si attiva in situazioni nuove. Quando gli schemi non sono ancora acquisiti o sono attivati schemi competitivi interviene il Sistema Attentivo Supervisore, che è analogo all'Esecutivo Centrale della Working Memory. Anche Goldeberg (1985) ha ipotizzato due modalità di controllo comportamentale, denominate rispettivamente *responsive*, che dipenderebbe dal contesto percettivo e *projectional* che, sganciata dal contesto esterno permetterebbe di usare piani generati internamente, di controllare l'interferenza e di monitorare la corretta esecuzione di un compito. Specificatamente il funzionamento esecutivo consente un equilibrio adattabile di mantenimento e spostamento delle risposte cognitive o comportamentali alle richieste ambientali che consente un comportamento mirato nel lungo termine anziché un'azione riflessa o automatica. Tale controllo richiede l'esame delle circostanze ambientali presenti e di un probabile futuro, la creazione e valutazione di risposte alternative, la scelta e l'attuazione di un percorso specifico e il monitoraggio/ri-valutazione in risposta ai *feedback* ambientali.

Riassumendo, le funzioni esecutive comprendono molteplici abilità quali la formazione dei concetti, il ragionamento astratto, la flessibilità concettuale, la pianificazione, la capacità di risolvere problemi, il far fronte a compiti che richiedono la manipolazione di preesistenti conoscenze e ancora, riconoscere, applicare, mantenere e modificare i propri piani cognitivi, cioè le regole del proprio comportamento secondo le circostanze. Tutti elementi cruciali nell'organizzazione e controllo dei comportamenti finalizzati. Altri costrutti cognitivi come la memoria di lavoro e l'attenzione sono coinvolti e coordinati da queste funzioni (Lezak 1995; Stratta *et al.* 1997; Lavoive 2001). I pazienti schizofrenici riportano un deficit delle funzioni esecutive, sia nell'ambito di una più generalizzata compromissione cognitiva (Sullivan *et al.* 1994) che come deficit selettivo (Morrison-Stewart *et al.* 1992). In particolare sono state rilevate una scadente capacità di categorizzazione, la presenza di perseverazione e ridotta flessibilità cognitiva (Bilder *et al.* 1992; Morrison-Stewart *et al.* 1992), nonché una compromissione del monitoraggio di

sequenze di risposte (Sullivan *et al.* 1994). Più recentemente sono stati messi a punto test specifici per lo studio del monitoraggio centrale di azioni autogenerate in presenza o in assenza di *feedback* esterno. I pazienti schizofrenici con sintomi di primo rango di Scheneider (voci commentanti, esperienze di passività, ecc) presentano difficoltà in assenza del feedback esterno (Frith, Done 1989). Alcuni studi hanno riportato una significativa correlazione tra compromissione ai test per le funzioni esecutive e i sintomi negativi (Kemali *et al.* 1987), mentre altri non hanno riscontrato alcuna correlazione tra deficit esecutivo e sintomatologia (Sullivan *et al.* 1994) oppure hanno riportato una correlazione sia con i sintomi negativi che positivi. Per quanto riguarda le strutture anatomo-fisiologiche maggiormente coinvolte nel controllo esecutivo, abbiamo, analogamente a quelle coinvolte nella memoria di lavoro, la corteccia prefrontale dorso-laterale, la parte anteriore del cingolo, l'area supplementare motoria e i gangli della base; il circuito fronto-striatale a partenza dalla corteccia orbito frontale sarebbe responsabile del controllo dell'interferenza. Il grado di disfunzione neurocognitiva che include quella esecutiva, varia molto fra pazienti schizofrenici (Braff *et al.* 1991; Goldstein 1994; Palmer *et al.* 1997). Molti ricercatori riferiscono l'assenza di correlazione tra gravità della sintomatologia e deficit esecutivi (Franke *et al.* 1992; Hepp *et al.* 1996; Abbruzzese 1996; Stratta *et al.* 1997), ma è stata suggerito un rapporto diverso in base al tipo di sintomi. La gravità dei sintomi positivi (allucinazioni, e disturbi del pensiero) sembra avere un minimo rapporto con la gravità di disfunzione esecutiva (Franke *et al.* 1992; Morris *et al.* 1995; Vorugani *et al.* 1997). Al contrario i sintomi negativi (appiattimento affettivo, avolizione, alogia, isolamento sociale (Andreasen e Olsen 1982) possono essere associati più frequentemente con un basso livello di funzionamento esecutivo. In alternativa pazienti con scadente funzionamento esecutivo possono mostrare con più probabilità sintomatologia negativa costante (Lysaker *et al.* 1997).

### 3. *Gli studi sulla metacognizione:*

#### *Teoria della Mente, Cognizione Sociale, Coscienza*

La metacognizione è stata definita in termini generici prima di tutti da Flavell negli anni '70, come «ogni conoscenza o attività cognitiva che prende come oggetto, o regola, ogni

aspetto di qualsiasi impresa cognitiva». Comprendere ciò che pensiamo e che proviamo emotivamente o quello che gli altri pensano e provano è un'operazione molto complessa, che richiede di decodificare e comprendere sia segnali interni, che informano sui diversi "stati d'animo" (ad esempio il fatto di essere arrabbiati, stanchi, ansiosi, preoccupati, euforici, ecc.) sia segnali esterni, che portano a ipotizzare e desumere le motivazioni dei comportamenti altrui e perseguire obiettivi utili sulla base di queste informazioni.

Siamo chiamati a decodificare la mimica facciale e la gestualità e a considerare le informazioni del contesto per comprendere le azioni, le intenzioni e gli stati emotivi di chi ci sta accanto. Dobbiamo "ragionare" su quale sia la strategia migliore per affrontare questo o quell'altro problema o evento che la vita ci pone davanti, quale sia la migliore modalità per instaurare buone relazioni interpersonali, ed riuscire a raggiungere gli obiettivi prefissati e trarne soddisfazione. Abbiamo anche la necessità di distinguere il nostro punto di vista da quello delle altre persone, più siamo capaci di fare questo e più avremo possibilità di avere successo per soddisfare i nostri bisogni e governare al meglio le nostre emozioni. Una scarsa consapevolezza del nostro mondo interiore e del mondo esterno, ovvero della mente altrui, ci lascia incapaci o scarsamente equipaggiati nel fronteggiare sia le difficoltà interpersonali che i sintomi, nel caso di un disturbo conclamato. Molti sono gli autori che si sono occupati e si occupano di studiare la metacognizione, in ambiti diversi. Ricordiamo, Main e coll. (1991, 1992, 1995), Fonagy (1991, 1993, 1995, 1996) che hanno affrontato la metacognizione all'interno dell'area di ricerca riguardante la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1989) intendendo la capacità metacognitiva essenzialmente come la capacità di "comprendere la natura meramente rappresentativa del proprio pensiero e di quello degli altri". Un altro gruppo di autori tra cui Cornoldi (1991), Ianes (1990, 1996), Malim (1996) si sono occupati di metacognizione nell'area della ricerca sulla didattica, sulla memoria e nell'ambito delle tecniche di riabilitazione di abilità cognitive in soggetti con disabilità psichica. In ambito clinico, un gruppo di studiosi, tra cui Carcione e coll. (1997) attribuiscono alla metacognizione un significato più ampio, comprensivo anche di quelli sopraesposti, in modo tale che possa essere utilizzato per comprendere la sofferenza psichi-

ca ed elaborare un modello dei disturbi psichici e di una teoria della cura. Seguendo l'impostazione di questi autori, la funzione metacognitiva, nell'ambito delle abilità che costituiscono la vita mentale dell'individuo, si configura come un concetto eterogeneo e complesso, dove sono comprese la presenza di almeno tre ordini di fattori componenziali, ovvero operazioni autoriflessive sui propri processi mentali; operazioni riflessive di comprensione della mente altrui e operazioni di *mastery*, cioè di padronanza nel gestire i propri stati mentali rispetto a un problema. I risultati delle ricerche suggeriscono in modo sempre più uniforme l'esistenza di un vero e proprio sistema metacognitivo, in cui vari aspetti della conoscenza di sé e dell'altro interagiscono potenziandosi l'un l'altro o rinforzando le proprie disfunzioni (Dimaggio, Lysaker 2010; Semerari 1999). Nella metacognizione sono coinvolte diverse capacità che sono tra loro correlate ma distinte l'una dall'altra, che possono operare o essere compromesse in maniera indipendente, e alcune che possono richiedere un certo numero di processi cognitivi distinti (Harrington, Seigert, McClure 2005). A livello neurofisiologico, infatti, le regioni del cervello attivate da un compito non si sovrappongono completamente a quelle attivate dall'altro. Tali capacità o funzioni sono essenzialmente la Teoria della Mente, la Cognizione Sociale e la Coscienza.

### **Teoria della Mente**

La Teoria della Mente (TdM), come emerge dalla sua prima definizione, data da Premack e Woodruff (1978), due studiosi, che si occupavano della ricerca sulla comprensione mentale dei primati, riguarda quegli aspetti specifici della capacità metacognitiva relativi al «possesso di una rappresentazione dell'evento mentale e alla capacità di attribuire a sé e agli altri stati mentali e di prevedere e/o spiegare il comportamento manifesto sulla base di questi dati». Dal punto di vista sperimentale furono Wimmer e Perner (1983) tramite l'impiego del "compito sulla falsa credenza" ad evidenziarla, dimostrando che i compiti di TdM, vengono risolti dai bambini intorno ai quattro anni di età. Anche se la Camaioni (1995) come altri autori, riconosce nei bambini, alcune abilità, già presenti nei primi due anni di vita, che vengono considerate come antecedenti precoci delle idee sulla mente. Basti pensare che a 12-13 mesi il bambino discrimina le

espressioni della mimica facciale emotiva e regola le azioni in base alle reazioni emotive della madre; a 2-3 anni sa comprendere desideri, emozioni e intenzioni, definite come stati mentali non epistemici e sa fare giochi di finzione. Fodor (1987) e Leslie (1987, 1995) sostengono, che questo rappresenta la natura innata della TdM ipotizzando proprio un modulo mentale innato predisposto specificatamente per la comprensione della mente.

Secondo Leslie (1995) il “gioco di finzione” è il primo aspetto del *decoupler* cioè del meccanismo distaccatore, che permette alla nostra mente di separare le rappresentazioni “primarie” dai vincoli di verità con sospensione del significato letterale, ovvero dalle rappresentazioni “secondarie” o “metarappresentazioni” (rappresentazioni di eventi ipotetici, rappresentazioni di rappresentazioni).

Il pensiero dell'autore trova comunque delle contraddizioni nel pensiero di altri studiosi, come ad esempio la Karmiloff-Smith (1992) che nega l'esistenza del modulo specifico di TdM. Mentre Meltzoff e Gopnik (1995) differenziano due forme di innatismo: quello “modularista” di Leslie, secondo cui sono implicite, in una teoria della mente, limitazioni innate, che non sarebbero modificabili e l'“innatismo dello stato di partenza”, cui gli stessi autori fanno riferimento, che sostiene che i bambini sono dotati di informazioni innate sulla natura delle persone e del mondo, affinché essi possano riconoscere gli altri esseri umani come propri simili. In questo caso tali informazioni possono essere modificate e corrette dall'esperienza e dall'apprendimento. Comunque, ci sono delle abilità progressivamente più complesse che il bambino, prima che acquisisca un completo sviluppo della TdM, all'incirca al 4° anno, deve aver sviluppato e che, secondo Spence (1995), sono:

- saper discriminare tra realtà psichica e realtà esterna;
- essere in grado di avere uno stato di diversità di rappresentazione, cioè che la relazione tra mente e mondo è mediata dalla rappresentazione;
- sapere che la rappresentazione della propria mente e di quella altrui va incontro a cambiamento.

Nel 1995, Fonagy individua un livello più evoluto di TdM, che prevede la capacità del bambino di pensare ai pensieri di un altro circa una terza persona. Ciò si lega con la capacità

di assumere la prospettiva di un altro circa i pensieri di una terza persona. Tale acquisizione avviene intorno ai sei anni di età. Quindi abbiamo alcuni autori che hanno evidenziato come la TdM includa sia fattori di natura epistemica (stati di conoscenza), sia di natura non epistemica (Chiesi, Mazzoni 1996).

Wellman (1985) individua cinque classi di conoscenze relative alla mente:

1. Esistenza: riconoscere l'esistenza di eventi mentali indipendenti dagli eventi esterni, riconoscendoli sia per sé che per gli altri.
2. Differenziazione: riconoscere, per esempio, la differenza tra ricordare, sognare, immaginare, pianificare.
3. Ruolo delle variabili: riconoscere il ruolo di variabili relative al compito, al materiale, alle differenze individuali, al contesto.
4. Integrazione: riconoscere i nessi tra i vari, distinguibili, processi mentali propri e altrui.
5. Monitoraggio cognitivo.

A proposito di rendere visibile la differenza tra la capacità metacognitiva da quella di TdM, si può fare riferimento a quanto fa notare la Camaioni (1995), sostenendo che «possedere una Teoria della Mente non significa essere in grado di riflettere su di essa o sapere fornire una descrizione esaustiva in termini di regole, principi e processi...». Secondo Carcione e Falcone (1999) queste sono, invece, le competenze che caratterizzano la funzione metacognitiva e che consentono l'utilizzo delle conoscenze del proprio funzionamento mentale per fronteggiare specifici stati problematici, fonte di sofferenza soggettiva o disadattamento sociale, e di acquisire abilità di *problem solving* e capacità di padroneggiamento (*mastery*) rispetto a situazioni specifiche prima non altrimenti fronteggiabili.

### **Cognizione sociale**

La cognizione sociale rappresenta quell'insieme di processi e funzioni che permettono a un soggetto di comprendere, agire e trarre benefici dal mondo interpersonale. Nei pazienti schizofrenici, ma non solo, vi è una compromissione nel riconoscimento delle emozioni che si traduce nella difficoltà di processare le emozioni osservate negli altri, nell'essere social-

mente inattivi, privi di spontaneità o indifferenti al mondo circostante. Da una recente revisione della letteratura sulla percezione emotiva (Tremeau 2006), emerge che i pazienti schizofrenici mostrano una compromissione nel riconoscimento emotivo, rispetto ai controlli sani, registrata in tutte le condizioni di valutazione (espressione facciale, prosodia e canali espressivi multipli che combinano gesti, espressioni facciali e voce). Risulta, anche, che il riconoscimento emotivo correla significativamente con l'attenzione e la vigilanza. Un aspetto interessante legato al processamento delle emozioni riguarda la ricaduta che questo ha sul funzionamento sociale e le *social skills*. A tal riguardo è stato elaborato un modello definito biosociale (Brekke *et al.* 2005) secondo il quale la percezione emotiva avrebbe sia un effetto diretto sull'*outcome* funzionale, sia un effetto indiretto, in quanto medierebbe l'impatto che la cognitivtà ha sugli esiti (Shayegan *et al.* 2005). Secondo questi autori, inoltre, l'impatto della percezione emotiva sugli *outcome* sarebbe parzialmente mediata dalle competenze sociali e dalla presenza di supporto sociale. Parallelamente al perfezionamento delle tecniche di *neuroimaging* funzionale, l'alterazione della percezione emotiva ha ricevuto un crescente interesse. Gli studi neuropsicologici sulle emozioni, come già sopra evidenziato, dimostrano l'importanza dei circuiti temporo-limbici-frontali, all'interno dei quali l'amigdala svolge un ruolo fondamentale nella generazione e regolazione delle emozioni.

Per quanto riguarda le persone affette da schizofrenia i risultati della ricerca in questo ambito dimostrano la presenza di una riduzione dell'attività dell'amigdala. Il comportamento sociale è sempre mediato e organizzato da i processi cognitivi e, come fa notare Flavell (Flavell *et al.* 1993), lo sviluppo cognitivo è indispensabile per il potenziale instaurarsi delle relazioni sociali, ma ciò non garantisce che un comportamento socialmente competente venga effettivamente ed efficacemente messo in atto per stabilire una relazione sociale. Autori come Damasio (1994), Frijda (1986), Oatley-Johnson-Laird (1987) hanno messo in evidenza non solo l'importanza del ruolo svolto dalla componente emozionale su cognizione e comportamento ma anche dalla componente sociale, sottolineando come le emozioni siano una sorta di motore decisionale. Il legame di *causazione bidirezionale* tra emozioni e cognizione è mediato dai processi metacognitivi

di conoscenza-monitoraggio e controllo. Rispetto al legame che intercorre tra Metacognizione e Cognizione Sociale, viste all'interno della cornice teorica cognitivo-evolutionista, le ricerche sull'attaccamento di Bowlby (1988), Main (1991) e Fonagy (1997) sono di importanza fondamentale. Secondo Fonagy la metacognizione «è un'acquisizione intrapsichica e interpersonale che emerge pienamente solo in un contesto di attaccamento sicuro». Le ricerche della Main evidenziano che l'attaccamento è influenzato dalla qualità della competenza metacognitiva dei genitori, quindi il livello di metacognizione raggiunto potrebbe essere considerato come indice predittivo della qualità dell'attaccamento e della relazione madre-bambino.

Per poter sviluppare un sé integro e funzionale è necessario che il bambino venga considerato come essere intenzionale dai genitori, così come hanno sottolineato anche Winnicott (1965, 1971), Stern (1985) e Bion (1962). Fonagy sostiene che la metacognizione è predisposta biologicamente ed emerge spontaneamente a meno che alcuni fattori ostacolino tale processo di sviluppo, come ad esempio nel caso di un mancato attaccamento sicuro e/o di traumi e maltrattamenti all'interno di relazioni intime. Quindi, lo sviluppo cognitivo-sociale si articola in un processo di differenziazione di sé dall'altro, dove il bambino impara che il suo comportamento e quello degli altri spesso sono reciproci e interdipendenti, in maniera prevedibile.

### **Coscienza**

La più evidente capacità della coscienza umana è la conoscenza di sé. La percezione dell'ambiente, la memoria e l'emozione caratterizzano anche il mondo dell'esperienza dei mammiferi, ma solo gli esseri umani sono capaci di narrare e commentare interiormente gli eventi della propria vita, assumendo come protagonista di essi un sé unitario e invariante. Questa, conoscenza di sé stessi, questa memoria autobiografica (Kotre 1995; Nelson 1992; Rubin 1986), richiedono alla coscienza lo stato di veglia per esplicitarsi nella sua pienezza. Pur se vagamente e confusamente presente anche nei sogni, la piena coscienza sembra caratterizzare l'interazione tra il processo di memoria e i processi del mondo esterno, interazione ridotta al minimo durante il sonno. La relazione fra l'individuo e il mondo sembra implementare i processi

di memoria con gli elementi necessari per la sintesi della coscienza.

Liotti (2005), nel suo lavoro *La dimensione interpersonale della coscienza*, costruisce un'ipotesi partendo da ricerche e approcci di varia natura: neurologica, etologica, evoluzionistica e della psicologia dello sviluppo. L'autore sulla scorta di modelli teorici e basandosi su numerosi dati sperimentali e, ritiene che la coscienza si formi e si sviluppi nella relazione con l'altro, inizialmente rappresentato dalle figure genitoriali, a partire dalla nascita e parallelamente alla maturazione delle strutture e funzioni cerebrali, e risente della qualità di queste relazioni. Viene messa in rilievo la natura interpersonale della coscienza, che comprende in sé vari aspetti legati alle funzioni cognitive, soprattutto alla memoria e ai vari tipi di conoscenza, all'attenzione, al linguaggio e alle emozioni. Ma è la relazione tra l'individuo e il suo mondo ad essere imprescindibile per comprenderne origine e funzione. Al riguardo, anche le teorie neurobiologiche di Damasio (1999) ed Edelman (2004) sostengono che la coscienza non è un proprietà del cervello, ma piuttosto della relazione tra cervello, corpo e mondo. Liotti fa riferimento a una funzione metacognitiva della coscienza quando parla della «dimensione della responsabilità e della libertà individuale nel contesto della relazione fra sé e il mondo da cui la coscienza continuamente emerge».

La coscienza metacognitiva, in definitiva ci rende liberi e «aumenta la capacità individuale di soluzione dei problemi attraverso un più rapido e generale accesso a tutta la conoscenza che l'individuo ha accumulato nel corso della sua vita, e sono ovvi i vantaggi, in termini di adattamento e sopravvivenza, offerti da tale capacità». Come fanno notare Carcione e Falcone (1999) le funzioni metacognitive che si fondano, in quanto aspetti della coscienza, sulla dimensione intersoggettiva, permettono di modificare, manipolare, ricostruire funzioni cognitive che pure nascono nella stessa matrice. Non solo possediamo schemi con i quali costruiamo il mondo e dai quali siamo costruiti: in modo libero possiamo de-e ri-costruirci.

Sintetizzando, si può affermare che la metacognizione comprende processi di memorizzazione ed elaborazione delle informazioni relativi a eventi mentali; processi di pianificazione, decisione, uso di strategie messi in atto da un

individuo in un ambito di consapevolezza. Essa si struttura sulla base di:

- elementi specificatamente cognitivi (i contenuti del pensiero circa il funzionamento mentale);
- aspetti comportamentali (collegati alle performance e ai processi di controllo della prestazione);
- aspetti relativi al contesto relazionale cui si riferisce;
- aspetti emotivi collegati ai contesti relazionali;
- aspettative circa le proprie performance;
- esiti delle proprie modalità di funzionamento.

#### 4. *La schizofrenia secondo il modello neuropsicologico cognitivo di C. Frith*

Nell'ambito di un filone di ricerca che promuove un rapporto sempre più saldo tra impostazione cognitiva e neuroscienze, C. Frith (1992) ha elaborato un modello di studio dei sintomi schizofrenici che ipotizza alla base del disturbo non solo il coinvolgimento di specifiche strutture cerebrali, ma anche l'esistenza di particolari deficit cognitivi. L'ipotesi centrale, scaturita dagli studi sperimentali dell'autore è che "tutti i sintomi della schizofrenia potrebbero riflettere differenti deficit all'interno di un singolo meccanismo cognitivo: la "metarappresentazione" (o metacognizione).

Egli sostiene che l'unico modo per spiegare i sintomi della schizofrenia sia di spiegare i processi cognitivi sottostanti, perciò il suo obiettivo è quello di descrivere le anomalie che colpiscono i processi cognitivi sottesi ai sintomi. Dapprima, Frith e Done (1989) hanno formulato una teoria secondo la quale esisterebbero due modalità di controllo del comportamento: una modalità *willed intentions* (piani autogenerati) e una modalità *stimulus driven* (guidata dagli stimoli). La prima basata sulla volontà dell'individuo, la seconda legata a situazioni contingenti esterne. Nelle persone con schizofrenia esisterebbe un deficit fondamentale di produzione o monitoraggio delle azioni intenzionali.

In particolare, secondo gli autori, che hanno messo in relazione i deficit cognitivi con i sintomi schizofrenici, i sintomi negativi deriverebbero dalla mancata generazione di atti intenzionali, con conseguente prevalenza a livello del controllo comportamentale della modalità *stimulus driven*.

Questo meccanismo sarebbe alla base delle perseverazioni, delle stereotipie e del generale rallentamento psicomotorio tipico dei pazienti con prevalente sintomatologia negativa. I sintomi positivi, invece, sarebbero dovuti al mancato riconoscimento dell'intenzionalità delle proprie azioni. Infine i sintomi disorganizzativi, come l'incongruenza affettiva e l'incoerenza del linguaggio, si manifesterebbero a causa della mancata inibizione della modalità *stimulus driven* del comportamento, piuttosto che a un'effettiva riduzione delle *willed intentions*, come ipotizzato per spiegare la sintomatologia negativa. Gli autori sostengono che la ridotta generazione delle *willed intentions* deriverebbe da una disfunzione delle connessioni tra il sistema che comprende la corteccia prefrontale dorsolaterale, l'area supplementare motoria e la parte anteriore del cingolo (che costituisce la base neurofisiologica del Sistema Attentivo Supervisore di Norman e Shallice) e il nucleo striato (che riveste un ruolo fondamentale nell'esecuzione dei piani comportamentali). Una disfunzione nell'ambito dello stesso circuito potrebbe essere responsabile anche del comportamento perseverativo, stereotipato o inadeguato che si riscontra spesso nei soggetti che hanno incongruenza affettiva e incoerenza del linguaggio, in cui esisterebbe proprio una incapacità di inibire le risposte *stimulus driven*. Frith (1992) ha ulteriormente elaborato tale modello aggiungendo che alla base della schizofrenia esisterebbe una disfunzione del processo di metarappresentazione, dovuta a un suo sviluppo incompleto o a un'involuzione, riferita soprattutto a un'alterazione della capacità di formarsi un Teoria della Mente, che consiste nella capacità di comprendere il proprio comportamento e quello degli altri, sulla base di inferenze, intenzioni e sul riconoscimento dei propri e altrui stati mentali. Secondo questo modello i pazienti schizofrenici avrebbero almeno tre tipi di deficit della metarappresentazione:

- **Disturbo dell'azione intenzionale:** i soggetti sarebbero capaci di compiere azioni abituali dietro un'adeguata stimolazione ambientale, ma sarebbero invece incapaci di produrre azioni spontanee in assenza di stimoli, questo provoca povertà di azione, perseverazione, messa in atto di azioni inadeguate. Questo disturbo caratterizzerebbe essenzialmente la sintomatologia negativa.

- **Disturbo nella capacità di autocontrollo.** I soggetti sono cioè capaci di compiere azioni in assenza di stimoli, ma non riescono a percepire la propria intenzionalità. Questi soggetti non riescono a comprendere che ogni azione è legata a uno sforzo e a una intenzione, pertanto l'azione o i pensieri vengono percepiti come controllati da altri e ciò spiegherebbe allucinazioni uditive e alcuni tipi di delirio ad esempio di controllo.
- **Disturbo del controllo delle intenzioni altrui,** che consiste nell'incapacità di compiere inferenze in modo adeguato sulle intenzioni degli altri. Ciò spiegherebbe i deliri paranoidei, il pensiero incoerente e le allucinazioni in forma di terza persona con voci commentanti le azioni del soggetto.

Frith (1992), inoltre, basandosi su studi sperimentali di neurofisiopsicologia (Brothers 1990; Eslinger, Damasio 1985; Perret *et al.* 1986; Campbell *et al.* 1990; Kirkpatrick, Buchanan 1990; Frith 1991) ritiene di poter localizzare uno sviluppo incompleto o una compromissione dei circuiti comprendenti l'amigdala e la corteccia temporale da un lato e la corteccia frontale dall'altro, per quanto riguarda il disturbo della cognizione sociale che determina l'incapacità di meta rappresentare. In atto grazie a molti studi che hanno descritto i disturbi della ToM (Frith 2004) è possibile affermare, con un buon livello di certezza, che i deficit nelle capacità di interazione sociale della schizofrenia, sono imputabili alla difficoltà di accesso alla ToM (Corcoran *et al.* 1995; Frith, Corcoran 1996; Langdon *et al.* 1997; Drury *et al.* 1998; Doody *et al.* 1998; Sarfati 2000; Mazza *et al.* 2001; Roncone *et al.* 2002; Mazza *et al.* 2003; Casacchia *et al.* 2004). Secondo il modello sviluppato da Frith, la caratteristica principale dei processi di mentalizzazione è rappresentata dalla capacità di riflettere e ragionare su come ci rappresentiamo il mondo, noi stessi e gli altri, con azioni, pensieri e sentimenti. Questa caratteristica viene definita dall'autore metarappresentazione ed è la base della autoconsapevolezza.

Nel riassumere il lavoro di Frith, si può sottolineare come i segni e i sintomi caratteristici della schizofrenia e i meccanismi cognitivi sottesi a questi, sono tutti aspetti specifici legati proprio all'alterazione della metarappresentazione,

funzione cardine della consapevolezza di sé. Dal punto di vista neuropsicologico, i correlati anatomofisiologici della meta-rappresentazione o meta cognizione sono riscontrabili in diverse regioni corticali comprendenti vasti circuiti cortico- limbici. In particolare sembrano implicate le aree frontali orbitali (coinvolte nella capacità di instaurare relazioni sociali), l'amigdala (coinvolta nel riconoscimento e nell'elaborazione e regolazione delle emozioni) e l'area temporale superiore (coinvolta nel riconoscimento dei volti). La rappresentazione delle intenzioni altrui coinvolgerebbe un circuito comprendente le aree frontali, il nucleo caudato e l'area supplementare motoria. Una recente ipotesi postula che la "metarappresentazione", ossia il sapere di sapere, richiede l'interazione tra le cortecce modalità-specifiche deputate alla rappresentazione e quella prefrontale, non specifica, preposta alla generazione di atti intenzionali. La schizofrenia sarebbe, dunque, una sindrome da disconnessione tra le regioni prefrontali e le aree modalità-specifiche, la cui interazione richiede complessi circuiti fronto-sottocorticali. Pertanto, la schizofrenia secondo l'autore si configurerebbe proprio come un disturbo della consapevolezza di sé.

aA

35

##### 5. *Gli studi sulle emozioni*

L'esperienza emotiva che caratterizza la vita quotidiana di ognuno di noi è eterogenea, complessa e molto articolata. La complessità dei sistemi e dei processi sottostanti le emozioni si rileva già a partire dalla varietà di pattern di modificazioni fisiologiche che costituiscono il substrato delle emozioni; dal coinvolgimento della sfera cognitiva, quale l'elaborazione degli stimoli attivanti dell'ambiente esterno, che caratterizza propriamente l'esperienza autoconsapevole del provare un'emozione, agli elementi contestuali e relazionali, che interagiscono in maniera forte con le precedenti dimensioni. Attualmente la separazione artificiosa tra cognizione ed emozione, che ha contrassegnato la nascita delle scienze cognitive sembra essere superata. Negli anni sessanta alcuni studiosi tra i quali Schacher e Singer (1962), riconoscono l'importanza delle emozioni, introducendo il termine *arousal*, per indicare uno stato di attivazione fisiologica; alla fine degli anni '70 alcuni autori danno indicazioni su come la psicologia cognitiva debba occuparsi delle *cognizioni calde* piuttosto che dei *processi logici freddi*; in seguito, Lazarus

(1977) considera le emozioni come strutture di significato, ossia l'emozione diventa valutazione; Johnson-Laird (1983) dimostra che la mente umana non segue le leggi della logica formale, ma piuttosto quelle dei modelli mentali, che sono frutto dell'esperienze della vita reale o di situazioni immaginarie che procedono per analogia; secondo Lewis (1996) all'interno di un rapporto di interdipendenza tra emozioni e cognizioni, che egli definisce *causazione bidirezionale*, la componente emotiva prevale nell'esperienza diretta nell' *hic et nunc*, mentre quella cognitiva predomina nell'attività di rievocazione dei fatti legati all'esperienza passata. Alla fine degli anni '90, sono fondamentali sono gli studi sull'amigdala di Le Doux che dimostrano come questa area del cervello presieda un'attività di tipo regolatorio dell'emozione, e che tale attività è autonoma e indipendente dalle strutture superiori. Secondo l'autore, nel processo di analisi dell'informazione emotiva, la via sottocorticale e la via corticale svolgono funzioni diverse. Anche se i due tipi di elaborazione dell'informazione agiscono in parallelo, nella vita quotidiana si verificano delle situazioni in cui si assiste al prevalere di uno sull'altro. Il nostro comportamento emotivo può essere, dunque, guidato sia da strutture sottocorticali che da quelle corticali, anche se l'influenza dell'amigdala sulla corteccia è superiore a quella della corteccia sull'amigdala (Le Doux 1996). Gli studi neuropsicologici dell'autore hanno messo in evidenza come la connessione esistente tra l'amigdala e la corteccia frontale rappresentino un'importante sistema di controllo della coscienza. Le emozioni esercitano la loro influenza sui processi cognitivi e in particolare sull'attività della coscienza e sulla consapevolezza di sé. Il riconoscimento dell'importanza dell'esperienza emotiva, deriva di per sé, nel processo di cambiamento, dai risultati di molte ricerche prodotte negli ultimi anni (Le Doux 1996; Damasio 2000) in campo neuroscientifico, che hanno confermato che la comprensione dei fenomeni della coscienza e delle funzioni mentali superiori è legata a doppio filo ai recettori somatosensoriali dell'emozione. Damasio (1999) esaminando un certo numero di pazienti con lesioni delle aree corticali e sotto-corticali implicate nei processi emotivi, in particolare la corteccia prefrontale ventro-mediana destra e il giro cingolato, li descrive come persone con capacità intellettuale integra ma del tutto incapaci di prendere qualsiasi decisione. A tal

proposito egli evidenzia come le emozioni possono influire su una gamma di processi cognitivi, quali l'attenzione e la memoria; la capacità di formulare giudizi e la capacità di *decision making* e di *problem solving*. Tali complessi processi, infatti richiedono oltre al contributo di una componente logico-formale, anche l'attivazione di una complessa rete di conoscenza emotiva (Johnson-Laird 1983). Il ruolo delle emozioni risulta implicito nel concetto di meta cognizione, la conoscenza sulle emozioni e le attività metacognitive di controllo e il loro utilizzo per la soluzione di compiti/problemi è generalmente compromessa, oltre che nei pazienti con cerebrolesione anche nei pazienti schizofrenici.

In definitiva, gli studi sulle emozioni confermano che gli stati emozionali preparano il sistema cognitivo a compiere una forma di elaborazione coerente con essi, svolgendo una funzione informativa e influenzando sull'elaborazione dell'informazione.

Dunque, nel processamento dell'informazione la cognizione è influenzata sia da fattori emotivi che metacognitivi, seguendo un processo di *causazione bidirezionale*. La metacognizione, letteralmente "cognizione della cognizione" (Flavell, 1976, 1981; Flavell *et al.* 1993), è una funzione altamente complessa da cui dipendono l'adattamento e il funzionamento psicosociale dell'individuo, e presiede alla conoscenza di sé. Comprende due aspetti uno attinente alla conoscenza e l'altro al controllo, riferiti sia agli aspetti cognitivi che agli aspetti emotivi della nostra attività mentale e comprende diverse componenti (Teoria della Mente, Cognizione Sociale, Coscienza). Gli studi sulle emozioni vanno, quindi, integrati con quelli sulle sulla metacognizione.

#### 6. *Controllo esecutivo, relazioni con la conoscenza di sé e l'insight: uno studio preliminare*

Lo studio correlazionale tra le funzioni esecutive la conoscenza di sé e l'insight cognitivo (La Foresta, Famulari, Quattropiani 2011), di seguito riportato, costituisce una tappa preliminare del lungo lavoro di ricerca, che ha condotto alla costruzione, realizzazione e valutazione del metodo di intervento riabilitativo per pazienti "difficili" (affetti da psicosi schizofrenica) che qui proponiamo.

Come descritto precedentemente, la scarsa conoscenza di sé e la mancanza di *insight* costituiscono una caratteristica

dei pazienti schizofrenici (Mohamed *et al.* 1999). I modelli patogenetici della mancanza di *insight* nelle psicosi sono riconducibili a tre approcci (Cooke *et al.* 2005): (1) clinico: l'*insight* deficitario è concettualizzato come sintomo primario che ha origine dal processo psicopatologico stesso; (2) psicologico: lo scarso *insight* è l'esito di un meccanismo difensivo psicologico con finalità protettiva contro la malattia stessa; (3) neuropsicologico: la mancanza di *insight* è il risultato di deficit cognitivi secondari a una disfunzione cerebrale. Secondo quest'approccio, sviluppatosi a partire dal parallelismo tra psicosi e anosognosia, la carenza di *insight* nella schizofrenia, deriverebbe da una disfunzione nel sistema di monitoraggio, processo che a partire dalla rappresentazione mentale di una iniziativa, e passando attraverso la sua esecuzione, consente di confrontare il risultato ottenuto con quanto progettato (Goldberg, Barr 1991). Un'ulteriore ipotesi rimanda tale deficit a un'alterazione del giudizio secondario, ovvero l'interpretazione e l'attribuzione data dallo schizofrenico alla fenomenologia dei suoi sintomi. La carenza di *insight*, quindi, si differenzia dal concetto di anosognosia, dove la mancanza di consapevolezza consegue a una difficoltà di accesso conscio alle informazioni (Gilleen *et al.* 2010). La scarsa conoscenza di sé e la carenza di *insight* negli schizofrenici deriverebbero, dunque, da un fallimento dei processi superiori che vanno dalla memoria al giudizio fino al ragionamento astratto. È stata approfondita l'associazione tra *insight* e funzionamento dei lobi frontali e parietali (Vender *et al.* 2010; Donohoe, Robertson 2003; Young *et al.* 2000; Drake, Lewis 2003), tuttavia i risultati osservati sono contrastanti (Morgan, David 2004; Freudenreich *et al.* 2004; Goodman *et al.* 2005), in particolare risultano poco convincenti quegli studi che mettono in relazione diretta la *performance* ai test che valutano le funzioni esecutive e i deficit sull'*insight*. Tali perplessità derivano dall'uso in fase di *assessment* di compiti piuttosto distanti dalla vita quotidiana e dalla mancata considerazione dei deficit di *insight* in chiave metacognitiva. Al riguardo Frith (1997) afferma che «la coscienza di sé non possa avvenire senza meta-rappresentazione». Secondo la sua ipotesi ciò che caratterizza la schizofrenia sarebbe una disfunzione nella metacognizione (“meta-rappresentazione”, Frith 1992). Quest'ultima mette in luce un altro importante aspetto della dimensione schizofrenica che comprende la capacità di interagire con l'altro sul

piano dei processi di mentalizzazione. L'abilità di mentalizzare, legata allo sviluppo dell'intelligenza sociale, gioca un ruolo essenziale in tutte le interazioni sociali. In tale accezione, la schizofrenia si configura, quindi, come un disturbo della consapevolezza di sé. Dal punto di vista anatomofisiologico i correlati della metacognizione sono riscontrabili in diverse regioni corticali: corteccia-paracingolata-anteriore; solco-temporale-superiore e poli-temporali; amigdala; corteccia-orbito-frontale e parietale. Da ciò si evince che essa è composta da un insieme di capacità semi-indipendenti correlate a differenti aspetti di funzioni cerebrali diverse. Recenti studi (Dimaggio, Lysaker 2010; Semerari 1999) convergono, sempre di più nell'affermare l'esistenza di un vero e proprio sistema meta cognitivo che sottende la conoscenza di sé e la regolazione emotiva. Damasio (1999) sottolinea, al riguardo, il ruolo svolto dalle informazioni emozionali sulle capacità di *decision-making* e *problem-solving*. Questi processi richiedono, oltre il contributo di una componente logico-formale, anche l'attivazione di una complessa rete di conoscenza emotiva (Johnson-Laird 1983). Una scarsa conoscenza di sé sia in termini cognitivi sia emotivi, quindi, si ripercuote negativamente sul funzionamento psicosociale, poiché non consente alla persona di trovare soluzioni adeguate per far fronte alla sofferenza e alla disabilità. L'ipotesi del disfunzionamento frontale, come elemento nucleare del disturbo schizofrenico (Reed *et al.* 2002), contribuisce ad analizzare, in termini di complessità il disadattamento sociale della schizofrenia che si manifesta nel quotidiano come incapacità a vivere in piena autonomia, avendo cura di sé e impegnandosi attivamente nello svolgimento dei ruoli sociali (Siris 1991). Il nostro studio ha inteso esplorare la relazione tra funzioni esecutive, conoscenza di sé e *insight* in pazienti con schizofrenia, in una prospettiva ecologica. I pazienti hanno dimostrato scarse capacità di concepire e attuare una soluzione a un problema pratico e insolito correlate a inadeguato riconoscimento delle emozioni, con conseguente difficoltà nel narrare se stessi, ricontestualizzare le emozioni nel racconto di una storia di vita e nel facilitare lo sviluppo della capacità di prevedere e pianificare comportamenti più funzionali e adattivi e quindi di avere un maggiore controllo esecutivo. Quest'ultimo necessario, per quei compiti della vita reale, non-routinari. Inoltre la dipendenza in positivo tra le funzioni esecutive e la capacità di riflettere sulle

proprie *performance*, confermano l'importanza della capacità di mettere in discussione le proprie certezze-convinzioni per ottenere risultati migliori alla stessa *performance*. I risultati ottenuti da questo studio preliminare hanno costituito la base per l'impostazione del metodo di riabilitazione specifico per i deficit del controllo esecutivo dei pazienti schizofrenici e per la loro conseguente disabilità sociale. Su queste indicazioni, gli esercizi sono stati strutturati per stimolare la conoscenza di sé tramite la componente emotiva-affettiva (elemento base dell'autoconsapevolezza) utilizzando setting ecologici.

### 7. Il Progetto MATRICS

Per concludere questo capitolo, dedicato all'approfondimento della neuropsicologia in ambito psichiatrico, con particolare riferimento al disturbo schizofrenico, e alla disamina delle singole funzioni cognitive e metacognitive, e all'importanza degli studi sulle emozioni, considerato il complesso ruolo giocato nel controllo esecutivo e nell'integrazione di un buon livello di funzionamento, ci sembra opportuno fare un breve riferimento al Progetto MATRICS (Measurement And Treatment Research to Improve in Schizophrenia; Nuechterlein *et al.* 2004). Questo progetto nato per valutare l'efficacia dei farmaci neurolettici (Kern *et al.* 2008; Nuechterlein *et al.* 2008), è promosso dal National Institute of Mental Health (USA) e definisce le sette componenti cognitive, che si riscontrano alterate nei pazienti schizofrenici: Velocità di elaborazione; Attenzione/Vigilanza; Working Memory; Apprendimento Verbale; Apprendimento Visivo; Ragionamento e Problem Solving; Cognizione Sociale). Allo scopo un gruppo di esperti ha utilizzato una serie di test, di facile applicazione clinica, per valutare le funzioni cognitive sopradette, insieme a un'analisi accurata di studi empirici. Come presupposto, viene assunta la distinzione tra *basic neurocognition*, definita come *cold cognition*, in contrapposizione ai meccanismi socio-cognitivi (*social cognition*) definiti come *hot cognition*, in quanto intimamente legata alla sfera emotiva (Hogarty *et al.* 1999).

A scopo esemplificativo, riportiamo nelle pagine seguenti, due tabelle riassuntive: la tabella 1 espone gli studi sulla prestazione cognitiva nella schizofrenia e nei disturbi correlati; mentre la tabella 2 riporta la Matrix Consensus Cognitive Battery.

Tabella 1. *Studi sulla prestazione cognitiva nella schizofrenia e nei disturbi correlati*

| <i>Studio</i>                           | <i>Campione</i>  | <i>Test</i>  | <i>Metodo di analisi</i> |
|---|--|--|--------------------------|
| Allen <i>et al.</i> 1998                | 169 pazienti ricoverati maschi con schizofrenia                            | WAIS-R   | CFA                      |
| Dickinson <i>et al.</i> (2004)          | 97 pazienti ambulatoriali con disturbi psicotici                           | WAIS-III; WMS-III  | Single common FA         |
| Gladsjo <i>et al.</i> (2004)            | 209 pazienti ambulatoriali con disturbi psicotici                          | WAIS-R; TMT; Boston Naming Test; Fluenza per Lettere; Memoria Storie; CVLT; Memoria Figure; Groove Pegboard; WCST; Booklet Category Test   | CFA                      |
| Gold <i>et al.</i> (non pubblicato)     | 56 pazienti con schizofrenia   | Fluenza (AVF e FAS); Codifica Simboli; Memoria Logica I; Lista Parole I; Symbol Search; Woodcock-Johnson Analysis/Synthesis; WCST; Aritmetica, Span cifre; CPT-IP                  | PCA, Varimax             |
| Goldberg <i>et al.</i> (non pubblicato) | 86 pazienti con schizofrenia   | Aritmetica, Analogie, Completamento Figure, Codifica Simboli, "WRAT Reading", TMT, Fluenza per categorie, Gordon CPT, N-Back, Memoria Logica, Verbal Paired Associated, WCST, CVLT | PCA, Varimax             |
| Green <i>et al.</i> (2002)              | 62 pazienti ambulatoriali con schizofrenia                                 | DS-CPT, Span of Apprehension, Spatial Working and Reference Memory Test, FAS, CVLT, Digit Span Distractibility, Pin Test, WCST, Disegno con Cubi, TMT                              | PCA, Varimax             |
| Hobart <i>et al.</i> (1999)             | 150 pazienti ambulatoriali con schizofrenia o disturbi maggiori dell'umore | WAIS-III, Completamento Figure e Comprensione, WMS-III, W-JLC, Stroop, TMT, Gordon CPT, WCST, Finger Tapping, Purdue Pegboard; "Woodcock-Johnson Listening Comprehension"          | PCA, Varimax             |
| Keefe <i>et al.</i> (2004)              | 150 pazienti con schizofrenia  | BACS Associazione Simboli-Numeri, Torre di Londra, Compito motorio Test Gettoni, Fluenza V., Memoria V.  | PCA, obliqua             |
| Kremen <i>et al.</i> (1992)             | 34 pazienti con disturbi psicotici maggiori                                | TMT, Codifica Simboli, Span Cifre, WRAT-R, WMS mental Control; WCST, CPT, Ascolto dicotico   | PCA                      |

|                                   |   |  |              |
|-----------------------------------|---|--|--------------|
| Mirsky <i>et al.</i> (1987)       | 86 pazienti con disturbi psichiatrici e soggetti sani         | Span Cifre, Aritmetica, Codifica Simboli, "Talland Cancellation Test", Stroop, TMT, WCST, CPTX, AX               | PCA          |
| Nuechterlein <i>et al.</i> (2003) | 47 pazienti ambulatoriali con esordio recente di schizofrenia | 3-7-CPT, DS-CPT, Span of Apprehension, backward masking, CVLT, Digit Span Distractibility, TMT                   | PCA, Varimax |
| Spaulding <i>et al.</i> (1989)    | 125 pazienti con schizofrenia cronica                         | COGLAB, Tempo Reazione semplice, combined CPT and Span of Apprehension Task, " ed errori di anticipazione.       | CFA          |
| Strauss e Summerfelt (2003)       | 83 pazienti con schizofrenia o disturbo bipolare              | TMT, WCST, Fluenza per lettere, "Calev word list learning", "Moss visuospatial memory span", Mooney Closure Test | PCA          |

---

Tratto da Nuechterlein e Green (2013), MATRIX Consensus Cognitive Battery (MCCB): storia e sviluppo della batteria cognitiva. *Nòs*, 19, 2, p. 91.

Tabella 2. *MATRIX Consensus Cognitive Battery*

| <i>Dominio</i>                     | <i>Test</i>   | <i>Considerazioni per la selezione del test</i>   |
|------------------------------------|---|---|
| Velocità di elaborazione           | Brief assessment of cognition in schizofrenia:<br>Associazione simboli-numeri | Assenza di effetti della pratica, tempi di somministrazione molto brevi e alta tollerabilità  |
|                                    | Fluenza categoriale:<br>Nominare animali                                      | Assenza di effetti della pratica, tempi di somministrazione molto brevi e alta tollerabilità e utilizzo affermato nei trial clinici |
|                                    | Trail Making Test-A   | Tempi di somministrazione molto brevi e alta tollerabilità e contributo crescente alla predisposizione dell'esito funzionale        |
| Attenzione-Vigilanza               | Continuous Performance Test-Coppie identiche                                  | Affidabilità test-retest e assenza di effetto tetto   |
| Memoria di Lavoro<br>(non verbale) | WMS-III<br>Span spaziale  | Valori elevati di praticabilità, tempi di somministrazione brevi e assenza di effetto della pratica                                 |
|                                    | Span Lettere-Numeri   | Affidabilità eccellente e chiara correlazione con l'esito funzionale  |
| Apprendimento verbale              | Hopkins Verbal Learning test-Revised  | Praticabilità eccellente e disponibilità di sei moduli alternativi  |
| Apprendimento visivo               | Brief Visuo Spatial Memory Test-Revised                                       | Alta affidabilità test-retest, disponibilità di sei moduli alternativi, tempo di somministrazione breve                             |
| Ragionamento e problem solving     | Neuropsychological Assessment Battery: labirinti                              | Affidabilità test-retest eccellente, minimo effetto della pratica e alti valori di praticabilità                                    |
| Cognizione sociale                 | MSC Emotional Intelligence Test: Gestire le emozioni                          | Chiara correlazione con gli esiti funzionali e buona tollerabilità  |

43

Tratto da Nuechterlein e Green (2013), *MATRIX Consensus Cognitive Battery (MCCB): storia e sviluppo della batteria cognitiva*. *Nöos*, 19, 2, p. 84.

### 3. I trattamenti riabilitativi nella schizofrenia e le valutazioni di esito: lo stato dell'arte

«Gli operatori sanitari devono costantemente cercare di demistificare la riabilitazione, trasmettendo alle persone che esse non vengono riabilite, ma che devono “partecipare attivamente e coraggiosamente alla loro riabilitazione».

Anthony *et al.* 2003

#### 1. *Interventi rivolti all'addestramento di abilità sociali e ai deficit cognitivi*

Lo scopo della riabilitazione è quello di migliorare la capacità della persona ad apprendere e generalizzare nuove strategie per risolvere i problemi quotidiani in un contesto reale, modificando strategie disfunzionali e fornendo abilità compensative. Indubbiamente il funzionamento cognitivo è un valido predittore della risposta alla riabilitazione psichiatrica. Il deficit della sfera cognitiva è stato individuato come target appropriato degli interventi. A tal proposito i metodi e le tecniche impiegate sono di diverso tipo. Alcuni ricercatori hanno riscontrato che, da un lato, i training di abilità sociali hanno effetti benefici sulle funzioni cognitive (Spaulding *et al.* 1999; Krabbendam *et al.* 2003; Wykes *et al.* 2004), dall'altro, che i deficit cognitivi hanno effetti limitanti sull'efficacia dei training di abilità sociali. Questi dati hanno messo in rilievo l'esistenza di una relazione bidirezionale tra funzioni cognitive e abilità sociali (Bowie *et al.* 2005). Partendo da queste evidenze, negli ultimi anni, sono stati sviluppati interventi integrati, di riabilitazione cognitiva e addestramento alle *life skills*.

Tenendo conto della relazione biunivoca, che intercorre tra la dimensione cognitiva e quella della competenza sociale, sono stati distinti quattro tipi di intervento, a partire da quelli sulla sfera cognitiva: diretti, indiretti, combinati e rivolti al processamento delle emozioni.

### **Interventi diretti o reintegrativi**

Gli interventi diretti o di rimedio si basano sulle conoscenze acquisite nell'ambito delle neuroscienze e mirano alla riparazione del deficit, grazie al fatto che il cervello è dotato di plasticità neuronale. Avvalendosi di due approcci: quello bottom-up, secondo cui vengono stimolate e allenate le funzioni cognitive di base, dalle più semplici alle più complesse e quello top-down che punta subito a stimolare ed esercitare abilità complesse che hanno ricaduta positiva su quelle di livello inferiore e rendono possibile quindi agire dal punto di vista riabilitativo.

Il training cognitivo come trattamento di riabilitazione in psichiatria per pazienti affetti da schizofrenia (Hogarty *et al.* 2004; Bell *et al.* 2001; Ben-Yishay *et al.* 1985; Brenner *et al.* 1992) prende le mosse dai trattamenti studiati per pazienti con lesioni encefaliche di vario grado e natura, le cui prime applicazioni risalgono agli inizi del XX secolo. Tale tipologia di intervento è rivolta a ridurre specifici deficit di base del processo di elaborazione delle informazioni, come ad esempio attenzione e memoria, e anche funzioni cognitive più complesse come quelle esecutive, attraverso dei training (es.: "approccio alla stimolazione", Green 1993). I primi tentativi di training sull'attenzione risalgono alla fine degli anni '50, cui seguirono nel corso degli anni, altre esperienze, lo stesso avvenne per quanto riguarda i training sulla memoria, verso la metà degli anni '80. Per quanto riguarda le funzioni esecutive Golderberg e collaboratori nel 1987, sono stati i primi ricercatori a utilizzare il training WCST, l'impiego di tali metodiche nel tempo ha subito modifiche e innovazioni alla luce anche dei risultati che man mano si evidenziavano. Recenti sviluppi, rispetto alle metodiche di intervento diretto prevedono l'utilizzo di training cognitivi computerizzati (TCC), come per esempio il Computer Assisted Cognitive Remediation Program (CACR) sviluppato da Bellack e collaboratori nel 2005.

## Interventi indiretti o compensatori

Gli approcci indiretti puntano soprattutto sulle abilità cognitive residue, sul controllo del comportamento, sul miglioramento delle abilità sociali e sulla facilitazione (manipolazione) ambientale allo scopo di migliorare il funzionamento del paziente. Le disfunzioni cognitivo-comportamentali vengono modificate mediante specifici cambiamenti nella pianificazione del comportamento (approccio alla modificazione del comportamento; Green 1993). Uno dei primi metodi indiretti per normalizzare i processi di attenzione/percezione fu messo a punto nel 1973 da Meichenbaum e Cameron, insegnando ai pazienti tecniche di autoistruzione per migliorare l'attenzione e mantenerla durante gli esercizi di concentrazione. La terapia cognitivo-comportamentale ha rivolto maggiore attenzione ai dati empirici che mostrano come nella schizofrenia le disfunzioni cognitive hanno un ruolo di prim'ordine nell'acquisizione delle abilità sociali. Libermann (1988) ha sviluppato dei moduli di training di abilità sociali chiamati Social Skill Training (SST) e di Problem Solving altamente strutturati.

I contenuti di questi moduli riguardano aspetti quali l'autocontrollo dei sintomi o la gestione delle attività ricreative del tempo libero. Anche Bellack e collaboratori (1990) elaborarono procedure simili di training per le abilità sociali rivolto a pazienti schizofrenici, che comprendevano oltre a una preparazione cognitiva ad affrontare la situazione-problema, anche interventi rivolti a migliorare le abilità paraverbali, non verbali e motorie, nonché procedure per correggere le percezioni e le cognizioni sociali (Bellack, 1986, 1989, 1996; Bellack, Morrison 1982). Per far fronte ai numerosi deficit relativi alle competenze sociali, come il creare o mantenere relazioni sociali efficaci o la capacità di decodificare e valutare i messaggi provenienti dall'ambiente circostante e di rispondervi adeguatamente (Mueser *et al.* 1991; Bellack *et al.* 1994; Liberman *et al.* 2001), uno degli approcci più usati è il *Social Skill Training*, ritenuto da molti studiosi un valido strumento per implementare le abilità sociali e ridurre le ricadute nei pazienti affetti da schizofrenia (Pfammatter *et al.*, 2006, Brenner *et al.* 1992; Granholm *et al.* 2005). Il SST è basato sulla teoria dell'apprendimento sociale (Bandura 1969), quindi su tutte le tecniche cui la teoria fa riferimento, in base alla quale i comportamenti sociali si acquisiscono attraverso

l'osservazione dei comportamenti altrui e delle conseguenze positive e negative delle proprie azioni. Le principali componenti del SST includono: l'identificazione del problema, ovvero di eventuali ostacoli che impediscono il conseguimento degli obiettivi del paziente nella sua vita quotidiana; l'individuazione delle abilità che ciascun paziente si propone di acquisire; il *modeling*; il *role play*, i *feedback* positivi e correttivi che seguono i giochi di ruolo; l'iperapprendimento, basato sulla continua ripetizione del comportamento/abilità da acquisire, e l'assegnazione di *homework*. Procedure più moderne danno maggiore attenzione ai deficit cognitivi utilizzando il principio dell'apprendimento esplicito, attraverso la ripetizione dei passi con l'ausilio, ad esempio, di video. Le valutazioni di esito di questi metodi, rivolti all'apprendimento delle abilità sociali, hanno messo in luce, in un follow-up a uno e due anni di distanza, un miglioramento nell'acquisizione di tali competenze e nella loro utilizzazione (Eckman 1992; Vaccaro *et al.* 1992; Wallace *et al.* 1992). Altri aspetti del training sulle abilità sociali riguardano, invece, i deficit di percezione e interpretazione degli stimoli emotivi (Bellack 1996).

aA

### **Interventi integrati**

Le procedure di intervento integrato per il trattamento delle compromissioni cognitive nella schizofrenia, associano la stimolazione, la modificazione del comportamento e gli approcci di traslazione-sostitutiva. Questi ultimi sono riferiti ai training in compiti specifici che generano processi di compenso sul livello trattato e che, poi, possono essere trasferiti, appunto traslati, ad altri livelli di funzionamento (Green 1993). Nel 1981 Adams e collaboratori furono tra i primi gruppi di ricerca a presentare risultati sugli interventi combinati, mentre altre esperienze, soprattutto su *single case*, hanno dimostrato che i training di abilità sociali sono più efficaci se preceduti da training specifici sull'attenzione (Massel *et al.*, 1991, Wong, Woosley 1989). Il metodo più innovativo, in tal senso è senza dubbio l'Integrated Psychological Treatment (IPT) (Brenner *et al.* 1987, 1990, 1994; Roder *et al.* 1988, 1992, 1995), che si basa su due assunti fondamentali: i deficit cognitivi elementari hanno effetti pervasivi su livelli più complessi del funzionamento cognitivo e le funzioni elementari e complesse deficitarie influiscono in modo negativo sull'acquisizione e l'utilizzazione delle abilità sociali (Brenner *et*

al. 1992). Pertanto si individuano due circoli viziosi, uno tra le disfunzioni cognitive stesse e l'altro tra queste e quelle comportamentali, che interagiscono fra loro, potenziandosi nel loro disfunzionamento. I risultati di vari studi dimostrano un impatto positivo del training sul funzionamento sociale e cognitivo e anche un effetto benefico sulla sintomatologia, riducendola (Brenner, Holdel, Merlo 1991; Roder *et al.*, 1992, Blumenthal *et al.* 1993). Tali studi mettono però in evidenza che il disagio emotivo può ostacolare il raggiungimento di esiti positivi sull'acquisizione di capacità cognitive e comportamentali sociali funzionali (Brenner 1989; Holdel, Brenner, Merlo 1990).

### **Interventi per migliorare l'elaborazione delle informazioni emotive**

Già da tempo, è stato dimostrato che in condizioni di disagio emotivo si possano aggravare i deficit cognitivi tipici dei pazienti con schizofrenia (Gierde 1983; Braff 1991). Ma da un punto di vista metodologico, appare di certo più difficile da definire l'esatta natura dei disturbi di processamento delle informazioni di natura emotiva. Diversi autori, tra cui Bellack (1996), ritengono che indipendentemente dalle situazioni di disagio o stress emotivo, la carente percezione e rappresentazione delle emozioni sia conseguenza dei deficit attentivi. A tal proposito Neuchterlein (1992) e collaboratori, sostengono che uno stress emotivo intenso e di lunga durata può sovraccaricare le già limitate capacità di elaborazione delle informazioni dei pazienti, arrivando anche a scatenare episodi psicotici. Una delle prime esperienze per affrontare il processamento emotivo deficitario è rappresentato dalle metodiche di autoistruzione (Meichenbaum, Cameron 1973), mentre Faloon (1983) con metodiche psicoeducative addestrava i pazienti a tecniche di arresto del pensiero, con lo scopo di ridurre lo stato di *arousal*. Holdel e Brenner (1996) hanno, a tal proposito, elaborato un ulteriore modulo, rispetto all'IPT, basato sul miglioramento dell'elaborazione dell'informazione emotiva chiamato *Emotional Management Training* (EMT) per incrementare il funzionamento psicosociale. L'EMT ha dimostrato di avere maggiore impatto, rispetto ad altri trattamenti (training anti-stress: Andres, Brenner, Bellwad 1992; training cognitivo: Roder *et al.* 1995) sulle funzioni cognitive (memoria a breve termine) e sulla sintomatologia. (Hodel *et*

al. 1997). Premesso che il razionale del Rimedio Cognitivo è basato principalmente sul funzionamento psicosociale e sul miglioramento della risposta alla riabilitazione psichiatrica.

## 2. *L'approccio riabilitativo attuale alla luce delle relazioni tra funzionamento nel "real world", sintomatologia e deficit cognitivo-metacognitivo*

Attualmente un tema di grande interesse, nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, per quanto riguarda la ricerca e la relativa pratica clinica, è rappresentato dall'indagare la relazione esistente tra dis-funzionamento psicosociale, dimensione cognitiva deficitaria e sintomatologia. Il problema di un modello di intervento riabilitativo specifico rivolto ai pazienti affetti da schizofrenia è di estrema importanza per affrontare adeguatamente le conseguenze di una malattia così invalidante sul piano personale e sociale.

Come ampiamente discusso in precedenza, i deficit cognitivi insieme alla sintomatologia si caratterizzano, per la loro severità e persistenza e per la loro sensibilità rispetto ai fattori di stress ambientale quali *life events* e fattori di stress psicologico. Il funzionamento psicosociale delle persone affette da tale patologia è spesso molto compromesso, ciò, com'è ovvio, influisce negativamente sulla qualità della vita e sull'esercizio dei ruoli sociali, essendo ben poco modificabile dai farmaci neurolettici, che incidono prevalentemente sulla dimensione sintomatologica. Grazie a diversi fattori, quali, i nuovi presidi farmacologici, la trasformazione dei contesti di cura e l'evidenza che l'esito del disturbo non è sempre sfavorevole (anche se in merito a ciò non mancano evidenze empiriche talvolta difformi, specie per quanto riguarda i reali vantaggi ottenuti dai farmaci di ultima generazione rispetto a quelli tradizionali), gli attuali obiettivi del trattamento dei pazienti con psicosi comprendono, oltre alla remissione sintomatologica e alla prevenzione delle riacutizzazioni, il massimo recupero funzionale e l'integrazione sociale dei pazienti. In tal senso, il crescente numero di studi sulla remissione sintomatologica (Liberman *et al.* 2002; Davidson *et al.* 2008) e le prove secondo cui non sempre questa coincide con un miglioramento sul piano del funzionamento sociale e/o lavorativo e sulla qualità della vita e del benessere soggettivo del paziente (Piegari *et al.* 2009), sottolineano l'importanza di interventi sinergici e integrati, farmacologici e

psicoriabilitativi. Allo stesso modo, la dimensione deficitaria cognitiva non sempre appare in relazione diretta con la disfunzione sociale, i risultati di molti studi riportano, infatti, una modesta relazione tra il funzionamento psicosociale e la dimensione neuro-cognitiva (Green, Kern, Braff, Mintz 2000). Sembrerebbe, infatti, che l'esito funzionale dipenda, non solo dalle capacità cognitive ma, soprattutto, dalla conoscenza e consapevolezza delle proprie capacità, nonché dal loro monitoraggio e controllo e dalla messa in atto di strategie compensatorie. Ciò è riferito alle abilità che consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi per risolvere compiti e per padroneggiare stati problematici, fonte di sofferenza soggettiva, ossia le funzioni metacognitive (Carcione, Falcone 1999; Semerari *et al.* 2003; Carcione, Semerari 2006) che comprendono le abilità di monitoraggio e di controllo delle funzioni cognitive utilizzate. Questi elementi caratterizzano il costrutto psicologico della metacognizione, funzione altamente complessa che sottende, appunto, l'adattamento e il funzionamento psicosociale e interpersonale. La valutazione soggettiva del proprio funzionamento cognitivo e il relativo controllo, cioè la modalità con cui il proprio comportamento viene guidato dalla valutazione, sono i due elementi essenziali, fondamentali per fornire adeguate performance. Riguardo alla metacognizione, Stratta *et al.* (2008) sostengono che la conoscenza e le abilità cognitive rappresentano condizioni necessarie, ma non sufficienti per l'adattamento al "mondo reale", che dipende anche dall'accurata valutazione e consapevolezza di questa conoscenza e di queste abilità, particolarmente quando esse sono carenti. Infatti "un adeguato funzionamento nel mondo reale può avvenire anche in presenza di scarse capacità cognitive se la persona è in grado di avere consapevolezza delle proprie abilità".

Alcuni studi, come quello condotto da Koren *et al.* (2006) hanno dimostrato come gli aspetti metacognitivi fungano da importante mediatore tra i deficit cognitivi di base, della schizofrenia e l'assenza di coscienza di malattia, dove quest'ultima sembra molto più strettamente legata al deficit metacognitivo che a quello cognitivo. Il livello metacognitivo gioca un ruolo fondamentale nella capacità di esprimere un consenso valido, così come nella capacità di prendere decisioni (Koren *et al.* 2005). Per i pazienti, in genere, il proble-

ma dell'adesione al trattamento rimane un aspetto cruciale in rapporto all'esito dello stesso trattamento. In definitiva, gli studi sull'efficacia dei trattamenti dimostrano che gli interventi di rimedio cognitivo possono avere ricadute positive sul funzionamento, sulla sintomatologia e sull'autostima (Stratta, Rossi 2004; Krabbendam, Aleman 2003). Quindi, viene considerata la possibilità che la disfunzione cognitivo-metacognitiva sia responsabile di gran parte della residuale disabilità sociale dei pazienti con patologia mentale grave, sottolineando, tuttavia, che il miglioramento del funzionamento nelle abilità sociali avviene maggiormente per azioni di routine, che si definiscono nel momento in cui vengono specificati intenzioni e scopo. Il fatto è che gran parte dei nostri comportamenti sono di tipo non-routinario, riflettono cioè solo lo scopo o l'intenzione, ma anche l'esperienza passata e il modo in cui questi interagiscono con la situazione contingente, così da poter decidere scegliendo tra i comportamenti più adeguati (Stratta *et al.* 2008). Affinché, nella vita reale, ci sia una completa generalizzazione di quanto appreso è necessario che la riabilitazione neuropsicologica abbia come scopo quello di promuovere e facilitare un processamento metacognitivo per poter articolare processi motivazionali e cognitivi (Wykes, Reeder 2005). In definitiva nella performance e nell'adattamento alla vita quotidiana le abilità metacognitive sono importanti in quanto sembrano rappresentare l'anello di congiunzione tra il deficit cognitivo, soprattutto quello riferito alle funzioni esecutive e l'esito clinico-funzionale nel mondo reale (Kore *et al.* 2006). L'approccio riabilitativo si è esteso da quello, originario, definito come molecolare, ossia focalizzato sulla correzione dei deficit cognitivi di base o sulla modificazione o eliminazione dei sintomi, a un approccio definito molare o metacognitivo. In quest'ultimo viene data principale importanza alla identificazione, monitoraggio e controllo dei processi cognitivi, emotivi e comportamentali disfunzionali e all'identificazione e all'eventuale modificazione di modelli operativi disfunzionali del sé, con lo scopo di facilitare l'acquisizione di strategie cognitive più funzionali e adattive che siano generalizzabili in diverse situazioni e contesti. Inoltre, deve essere tenuto in notevole considerazione, identificare quali pazienti potranno beneficiare dei diversi tipi di trattamento, individualizzare gli interventi per specifici bisogni e definire modelli di approc-

cio integrati per la persona e i suoi familiari, allo scopo di ridurre la disabilità e consentire il massimo livello possibile di adattamento psicosociale nonché ridurre lo stigma sociale che coinvolge i pazienti e le loro famiglie.

### 3. *Gli studi di esito sui trattamenti riabilitativi*

Abbiamo visto come, i deficit cognitivi della schizofrenia sono considerati un target importante sia nei trattamenti farmacologici sia in quelli riabilitativi (Bowie *et al.* 2005). Alcuni studi riportano che il funzionamento cognitivo è predittivo dell'esito funzionale del disturbo più di quanto non lo sia la sintomatologia psicotica (Velligan *et al.* 1997; Piegari *et al.* 2007) e che la performance ai test che valutano i tre domini cognitivi maggiormente deficitari dei pazienti con schizofrenia, ovvero l'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive (Bellack *et al.* 1990; Hogarty *et al.* 1992) spiega dal 20% al 60% della varianza del funzionamento psicosociale (Green *et al.* 2000) viene prestata grande attenzione anche ai deficit della competenza sociale, anch'essi in posizione indipendente rispetto alla sintomatologia (Bellack *et al.* 2004), dato che insieme ai primi contribuiscono a un esito sfavorevole della schizofrenia, ricordando che componenti della competenza sociale sono: il linguaggio verbale, non verbale e paralinguistico, la percezione sociale, l'assertività, la capacità di conversare ed esprimere correttamente le proprie emozioni (Liberman *et al.* 1986; Dickinson *et al.* 2007). Molti studi testimoniano che i deficit sopradetti sono in relazione con uno scarso funzionamento psicosociale, con una insoddisfacente qualità della vita e con una scarsa aderenza ai programmi terapeutici-riabilitativi. (Lysaker *et al.* 1995; Mueser *et al.* 1991). Per quanto riguarda i trattamenti: quello farmacologico con farmaci antipsicotici di prima generazione sembra non produrre alcun effetto positivo rispetto ai deficit, mentre gli antipsicotici di seconda generazione, i cosiddetti "atipici" sembrano produrre un miglioramento di grado moderato sulla sfera cognitiva disfunzionale (Woodward *et al.* 2007). Gli effetti delle terapie farmacologiche sui deficit di competenza sociale sono stati poco studiati e comunque sembra che non vi siano effetti favorevoli; mentre i trattamenti non farmacologici, di tipo psico-riabilitativo, costituiti essenzialmente dalla Riabilitazione Psicosociale (SST) e dalla Riabilitazione Cognitiva (CR), sembrano essere efficaci nel migliorare sia i deficit cognitivi

(Wexler *et al.* 2000; Penadés *et al.* 2006) che il funzionamento psicosociale delle persone affette da schizofrenia (Hogarty *et al.* 2004; Spaulding *et al.* 1999; Bell *et al.* 2003; Kurtz *et al.* 2001; Twamley *et al.* 2003). Al riguardo, tuttavia, si evidenzia la presenza di dati non uniformi o addirittura contrastanti come la famosa meta-analisi di Pilling e coll. (2002) condotta su studi controllati randomizzati di SST e CR, i quali giungono alla conclusione che entrambe le metodiche riabilitative non garantiscono attendibili benefici e quindi non ne raccomandano l'uso nella pratica clinica. Hayes e McGrant (2003) non giungono a sostenere evidenze pro o contro la riabilitazione cognitiva, dato il limitato numero di studi inclusi; Mueser *et al.* (2004) esprimono parere contrario a quello di Pilling e collaboratori, sottolineando, appunto, la scarsità dei loro studi. In base alla loro revisione e meta-analisi, Mueser e collaboratori, utilizzando criteri di inclusione degli studi differenti e meno rigidi e considerandone, quindi un maggior numero, concludono che misure relative a funzioni esecutive, attenzione e memoria migliorano in modo significativo attraverso la CR. Ed ancora, una meta-analisi del 2006 condotta da Pfammatter *et al.*, ha dimostrato che il SST migliora significativamente il comportamento sociale e la percezione di sé dei pazienti, riducendo di conseguenza l'insorgenza di ansia nelle situazioni di stress sociale, e che la CR favorisce il corretto apprendimento di queste ultime. Infine secondo i dati della meta-analisi di Gruck condotta nel 2007, comprendente 26 studi controllati, 11 dei quali con valutazioni di esito funzionale, e 6 con verifica di follow-up post-trattamento, risulta che la CR (che includeva *strategy coaching*) produce effetti consistenti sul miglioramento della performance cognitiva, del funzionamento e sulla sintomatologia. Come riportato da Stratta e Rossi (2004) la letteratura scientifica riguardo agli *outcomes* degli interventi di *Cognitive Remediation* è vasta, mentre sono pochi gli studi sulla loro "reale efficacia", come ad esempio studi controllati randomizzati e/o follow-up di almeno due anni su una coorte omogenea di pazienti con il calcolo della dimensione minima del campione, inoltre le metodiche di rimedio sono differenti quindi è difficoltoso il loro confronto. Generalmente ci si riferisce a metodi di rimedio diretti (reintegrativi) o indiretti (compensatori). Questo fa sì che, nel momento in cui quei pochi studi controllati vengono sottoposti a criteri metodologici di meta-analisi (per

esempio Hayes, McGrant 2003), i risultati sono decisamente inferiori alle aspettative. Gli studi di meta-analisi offrono, certamente, dei vantaggi: permettono una globale e sistematica categorizzazione dei dati, incrementano la potenza degli studi accorpando campioni di pazienti provenienti da indagini simili, danno la possibilità di delineare conclusioni che non possono sicuramente provenire da studi singoli e riportano grandi quantità di dati facilmente comprensibili in forma grafica. Ma, bisogna evidenziare anche dei limiti, come considerare che: le conclusioni delle meta-analisi presentano una media di risultati individuali che vanno da un estremo all'altro, da "nessuna" a "ottima" risposta al trattamento, permettendo adeguatamente di rispondere alla domanda se un dato trattamento sia efficace per la maggior parte dei pazienti, ma non se possa funzionare per una singola persona (Mant 1999). Questo riduce la potenza predittiva delle meta-analisi quando si ha a che fare con un disturbo come la schizofrenia estremamente eterogeneo, un altro limite della meta-analisi riguardante le metodiche di rimedio cognitivo è rappresentato dal limitato numero di studi e quindi di soggetti, che può dar luogo a risultati poco attendibili, che possono verosimilmente non venire confermati da successivi e più ampi studi.

È comunque dimostrato che gli unici interventi di relativa dimostrata efficacia sono quelli che utilizzano strategie alternative alla funzione compromessa, quindi i metodi indiretti, come l'*Integrated Psychological Therapy* (Brenner *et al.*, 1998, 1999), che in alcuni studi controllati ha mostrato di avere significativi miglioramenti in compiti cognitivi generalizzati e anche nelle capacità sociali dei soggetti (Spaulding *et al.*, 1998, 1999). Per potenziare il metodo Brenner e Hodel (1997) hanno elaborato un altro modulo basato sul miglioramento dell'elaborazione dell'informazione emotiva chiamato *Emotional Management Training* (EMT) con lo scopo di migliorare il funzionamento psicosociale. Altro metodo efficace si mostrò la "verbalizzazione del criterio" considerata molto efficace (Rossel, David 1997; Perry *et al.* 2001), questa metodica di rimedio viene usata anche nell'ambito dei deficit di ToM (Frith 1992) dimostrando anche qui la sua efficacia in un sostanziale percentuale di pazienti affetti da disturbo schizofrenico (Sarfati *et al.* 1990; 2000).

#### 4. *Appropriatezza dei trattamenti riabilitativi*

Un principio fondamentale della riabilitazione è l'appropriatezza degli interventi, che spesso si estendono in periodi medio-lunghi, accompagnando il paziente in varie fasi della sua vita. Il tipo di trattamento, deve essere guidato *in primis* dalle caratteristiche personali del soggetto, a tal proposito, i risultati delle valutazioni neuro cognitive possono fornire delle utili indicazioni nel processo riabilitativo. Gli studi riguardo la metodica della verbalizzazione del criterio durante la somministrazione del WCST, hanno portato Stratta e coll. (1994; 1997) a ritenere che la somministrazione del WCST può permettere di distinguere diversi sottogruppi di soggetti, con la possibilità di usufruire di diversi e appropriati protocolli riabilitativi. Le categorie di pazienti identificati somministrando prima il test standard e dopo la versione modificata (verbalizzazione) sono: soggetti in grado di "rimediare", che presentano scarsa performance iniziale e successivo miglioramento, fino ad avere prestazioni normali; soggetti che non rimediano, con scarsa performance prima e dopo la verbalizzazione; soggetti che non rimediano, con scarsa performance sia prima che dopo, soggetti con buona performance sia prima che dopo. Tali dati circa l'identificazione di questi sottogruppi di pazienti può essere usata, secondo gli autori, come predittiva dell'esito del trattamento, così da avere una indicazione per una specifica strategia di trattamento e metodica di riabilitazione cognitiva da usare. Altri studi simili confermano questa ipotesi, circa la predittività di una tale categorizzazione (Wiedl, Schottke 2001; Wiedl, Weinhost 1999; Wiedl *et al.* 2001). Ad esempio la prima categoria di soggetti potrebbe trarre beneficio da metodiche che usano rimedio di tipo indiretto, mentre la seconda, potrebbe avere vantaggio da training più specifici mirati a singole funzioni cognitive, metodi diretti con uso di tecniche basate sulla teoria dell'apprendimento. Un altro aspetto riferito all'appropriatezza e all'efficacia degli interventi riguarda lo stile di lavoro, ovvero il livello di organizzazione e strutturazione dei training. Sicuramente i fattori interpersonali-relazionali influiscono sull'esito dell'intervento, dove l'alleanza terapeutica è un fattore determinante, paziente e terapeuta uniti da obiettivi comuni rendono l'interazione fattore di cambiamento e progresso. Le aspettative, il monitoraggio periodico

e finale devono essere programmate con il coinvolgimento attivo del paziente (Kurtz *et al.* 2007).

Medalia (*et al.* 2005) sottolinea un altro fattore determinante rappresentato dalle caratteristiche del terapeuta oltre che dal suo grado di specifico addestramento

I programmi di training che includono strategie di *coaching* portano a migliori risultati rispetto a quelli basati solo pratica ed esercizi (McGurk *et al.* 2007), questo sembra riferire la sua efficacia alla maggiore facilità di trasferimento dal contesto strutturato alla vita quotidiana. La fase del disturbo, è un altro fattore da considerare, come predittivo di buon esito, dagli studi di Vishun Gopal e Variend (2005) si evince come vi siano delle differenze tra le caratteristiche cognitive del primo episodio psicotico, rispetto a quelle relative alla fasi successive, di cronicità. È chiaro che l'intervento in fase di esordio è in grado di potenziare gli effetti benefici del rimedio cognitivo. Occorre considerare anche, l'effetto della riabilitazione cognitiva sull'autostima e sulla sintomatologia negativa e affettiva (Lindemayer *et al.* 2008).

Nonostante le diverse ricerche-intervento fin qui descritte, la ricerca deve ancora mettere in evidenza alcuni aspetti non ancora del tutto esplorati: gli effetti specifici e aspecifici del trattamento, gli elementi attivi del rimedio cognitivo, i mediatori e moderatori di efficacia, il ruolo della motivazione, della metacognizione, della *social cognition*, la persistenza e la generalizzazione dei miglioramenti, nonché le caratteristiche demografiche, cliniche, cognitive e funzionali dei pazienti (Vita *et al.* 2012).

## 4. Il metodo

«Quale metodo usare? Quello che corrisponde di più alle vostre necessità».

W. E. Deming

aA

### 1. *Dalle neuroscienze alla riabilitazione: premesse per la progettazione dell'intervento*

Esperienze intensive di riabilitazione determinano cambiamenti nell'attività neuronale, costituendo rimodulazioni efficaci e stabili sulle disfunzioni neuropsicologiche e neurofisiologiche delle psicosi maggiori (Wykes, Brammer, Mellers *et al.* 2002). Il meccanismo neurofisiologico della neuroplasticità rappresenta la premessa alla progettazione dell'intervento, ovvero al rapporto che lega le pratiche di riabilitazione all'attività mente-cervello. La plasticità cerebrale permette il modificarsi delle sinapsi e dei sistemi cerebrali sulla base dell'esperienza soggettiva e dell'apprendimento. Fattori ambientali, e fattori genetici influenzano l'espressione e le funzioni della mente, attraverso l'interiorizzazione delle esperienze soggettive. In tal senso il processo riabilitativo, mediato dal terapeuta, al di là della tecnica o dell'orientamento teorico di riferimento, determina un clima motivazionale e trasformazionale che implica cambiamenti neuronali portando il cervello in uno stato di *arousal*. Tale stato di attivazione, se viene specificatamente orientato, può produrre nuovi apprendimenti e un miglioramento personale, al quale segue, successivamente, una riduzione dello

stato di eccitazione. Nel parlare di riabilitazione, intesa non come semplice attività da proporre ai pazienti, ma in quanto esperienza intersoggettiva-relazionale, essa può contribuire allo sviluppo di nuove interconnessioni a livello neuronale, ricostituendo una nuova integrità biologica, psicologica e sociale. Inoltre, se si considerano i processi di ricostruzione delle reti un fenomeno sostanziale alla riaffermazione, essa concorre alla ristrutturazione di una identità più flessibile, di un equilibrio più stabile e di una maggiore conoscenza di sé. Così come la psicoterapia può essere considerata la costruzione attiva di un nuovo modo di sperimentare se stessi con gli altri Fonagy (1999), è in grado di produrre cambiamenti persistenti negli atteggiamenti, nelle abitudini e nei comportamenti, attraverso alterazioni dell'espressione dei geni che producono modificazioni a livello cerebrale (Kandell 1999), anche la riabilitazione può essere intesa in tal senso. L'esperienza terapeutico-riabilitativa, stimola indirettamente gli stessi meccanismi psicobiologici che sono cointeressati dalla malattia stessa, determinando modifiche funzionali e strutturali nel cervello attraverso la stimolazione della neurogenesi, mediata probabilmente dalle neurotrofine (Leone *et al.* 2008). Tecniche e interventi specifici entro una cornice relazionale favoriscono l'accesso a una comprensione cognitiva e risultano efficaci solo se circoscritti in un contesto e in un clima orientato a facilitare l'attaccamento affettivo e la motivazione personale. Proprio questa atmosfera rappresenta uno dei fattori specifici che promuove le dinamiche empatiche e i meccanismi di imitazione e apprendimento, l'esperienza del mondo reale si traduce in esperienza soggettiva con valenza terapeutico-riabilitativa solo quando attiva e costruisce un certo grado di consapevolezza e competenza metacognitiva, nella persona curata.

A questo punto è opportuno riconsiderare quanto un "attaccamento sicuro" a una o più figure principali sia indispensabile affinché un individuo possa sviluppare tale competenza e modelli operativi funzionali del mondo e di sé stesso (Bowlby 1988). Un istruttivo e valido esempio di questa funzione nell'ambito della riabilitazione psicosociale è testimoniato dall'approccio metacognitivo di C. Perris, che nel contesto di comunità residenziali, applica come approccio terapeutico, il sistema dell' *attaccamento sicuro*, dove i terapeuti rappresentano la "base sicura" per lo sviluppo di abilità personali (Perris

1996). Appare, pertanto, indispensabile soffermarci sul peso della relazione terapeutica in ambito riabilitativo.

## 2. *Significato dell'Alleanza Terapeutica*

Affrontare il tema dell'Alleanza Terapeutica (AT), significa innanzi tutto prendere coscienza di come noi terapeuti ci poniamo davanti alla persona malata. Il processo di guarigione-cura-riabilitazione può essere compreso solo in un contesto relazionale tra il curante e il paziente. La costruzione dell'Alleanza Terapeutica, cioè di una relazione di tipo collaborativo che coinvolge attivamente il paziente nel suo progetto terapeutico-riabilitativo, rafforza la motivazione al trattamento, ma richiede tempo adeguato, competenze e attitudini che spaziano dalle capacità di ascolto empatico, di osservazione, di introspezione e autoconsapevolezza a quelle di comunicazione. Una delle priorità dell'agire riabilitativo è quella di entrare nel campo fenomenologico del paziente, al fine di percepirne la profonda esperienza. Il primo passo è quello di ridurre il senso di confusione, frustrazione, impotenza e far sentire al paziente che non è solo ad affrontare le sue difficoltà, ma che sarà aiutato ad elaborare l'esperienza disorientante che vive.

aA

La consapevolezza di una dimensione profonda del rapporto tra il curante e il paziente può essere fatta risalire a Freud, che evidenziò nella relazione terapeutica una proiezione inconscia di stati d'animo, di vissuti, di emozioni e di desideri del paziente sul terapeuta (transfert) e viceversa (controtransfert). Tutto ciò non avviene solo nel *setting* analitico, le dinamiche emotivo-affettive, i meccanismi di difesa non sono confinati solo nelle stanze dove si svolge la psicoanalisi, i processi psicologici di transfert e controtransfert sono rintracciabili nel corso di ogni relazione, tanto più quanto questa è significativa, motivata dal bisogno e asimmetrica. Si deve a M. Balint (1961) il merito di riconoscere che gli aspetti transferali costituiscono fattori di primaria importanza nella relazione tra ogni operatore sanitario e il suo paziente. A partire dagli anni '70 si sono intensificati gli studi empirici sul concetto di A.T. Da allora, un numero crescente di ricercatori ha sentito la necessità di indagare con obiettività scientifica gli *outcome* e i processi dei vari approcci psicoterapeutici. I risultati empirici più consolidati e i più attuali indirizzi di ricerca su questo tema, riguardano la relazione tra una po-

sitiva alleanza e il successo di una psicoterapia; l'evoluzione e l'andamento dell'alleanza nelle diverse fasi della terapia stessa; l'indagine delle variabili che predispongono gli individui a sviluppare una forte alleanza e l'esplorazione dei fattori del contesto terapeutico che influenzano lo sviluppo di una alleanza positiva. La conoscenza dei risultati di tali studi, tra cui quello che l'AT è considerata uno dei fattori comuni ai differenti orientamenti terapeutici, capace di influire sull'*outcome* della terapia, sono utili oltre che nei riguardi della psicoterapia anche in riferimento al trattamento di riabilitazione così come a qualsiasi relazione d'aiuto. Diversi autori, afferenti a diversi orientamenti teorici si sono occupati e si occupano, a tutt'oggi, di studiare l'AT. Due tra questi sono i cognitivisti Ellis e Beck che hanno contribuito a delineare concettualmente la relazione terapeutica, con specifico riferimento al ruolo del terapeuta. Ellis (1962) delinea un ruolo più pedagogico, quindi una relazione che enfatizza l'asimmetria, mentre Beck (1976) delinea un ruolo basato sulla reciproca collaborazione, egli infatti parla di "empirismo collaborativo" tra terapeuta e paziente. Ma l'elemento precipuamente relazionale riceve pieno riconoscimento a opera di altri terapeuti cognitivisti tra i quali Liotti, 1994, Greenberg e Safran, 1987, Safran e Segal, 1990, Semerari, 1991. Essi sostengono che sono gli elementi interpersonali e un clima relazionale favorevole a consentire un incremento della complessità cognitiva del paziente nel corso della terapia. Lingiardi (2002) evidenzia, nel suo libro "*L'alleanza Terapeutica*", il contributo di Bordin (1979), che riformula il concetto di AT in senso pan teorico, sganciato da paradigmi teorici specifici e reso disponibile per l'indagine empirica. Evidenziando la fondamentale indipendenza di due ordini di fattori: da un lato, la tecnica, che riassume i fattori specifici della terapia e dall'altro la relazione, che riassume i fattori non specifici. Bordin scompone in tre aspetti l'A.T.:

- *i compiti* che consistono nelle specifiche attività implicite o esplicite che il paziente deve affrontare per trarre beneficio dalla terapia;
- *gli obiettivi* o meglio accordo sugli obiettivi da raggiungere tramite la terapia;
- *il legame* inteso come componente dell'alleanza consiste, nella qualità affettiva della relazione tra paziente e terapi-

sta (confidenza, accettazione e fiducia reciproca) e determina la capacità di entrambi di negoziare un accordo sui compiti e gli obiettivi e a sua volta la capacità di negoziare un accordo in tal senso determina la qualità del legame stesso.

Dal pensiero di Bordin emerge il valore dato al processo di negoziazione tra i due attori della terapia circa i compiti e gli obiettivi della stessa, considerandone sia il livello conscio che inconscio.

**3. *La relazione terapeutica in riabilitazione:  
il contributo della teoria dell'attaccamento***

Vorremmo mettere in rilievo la centralità della relazione-alleanza terapeutica in riabilitazione, evocando la teoria dell'attaccamento, vista nella cornice concettuale della psicologia cognitivo-evoluzionistica. Qui il contributo della teoria dell'attaccamento viene approfondito verso l'individuazione delle strategie d'intervento da usare nella terapia cognitiva con pazienti adulti, con particolare riferimento al ruolo della rivisitazione dell'immagine di sé nei processi di cambiamento e di rielaborazione dell'esperienza personale. Questa scuola di pensiero pone particolare attenzione al trattamento dei disturbi psichiatrici più gravi, come i disturbi schizofrenici, le altre forme di psicosi e i disturbi gravi della personalità e sottolineano come il contributo della teoria dell'attaccamento sia utile alla comprensione dei deficit della metacognizione e delle difficoltà relazionali che li caratterizzano. La psicologia evoluzionistica si caratterizza per avere un potere integrativo rispetto a tutti gli altri orientamenti e sta imponendo i suoi studi e le sue ricerche in campo clinico. L'assunto di base che definisce tale approccio è la considerazione che la struttura fondamentale della mente umana è il prodotto del processo di evoluzione della vita sulla Terra. Tale processo evolutivo fornisce alla mente umana sia le capacità e le forme basilari di relazione affettiva (Bowlby 1969), sia le capacità e le forme basilari di elaborazione cognitiva e linguistica della conoscenza (Baron-Cohen 1995). Ciò vuol dire che le possibilità o le capacità di apprendimento della nostra mente sono molto ampie, quindi, la disposizione all'apprendimento con i processi che lo sottendono, sono incanalati in precise direzioni da disposizioni innate che sono frutto del lungo

processo evolutivo. Liotti, 1994 suggerisce che alcune di queste disposizioni costituiscono il fondamento di ogni relazione umana. Quindi l'ipotesi è che per ciascuna forma basilare di interazione (attaccamento, accudimento, cooperazione, sessualità ecc.) esistono sistemi di regolazione su base innata che Bowlby (1969) ha chiamato *Modelli Operativi Interni (MOI)*. Questo sistema è ma plastico, può essere cioè plasmato dall'apprendimento. Riteniamo che nel lavoro riabilitativo sia importante la conoscenza dei MOI, in quanto plastici. Tramite la riabilitazione è possibile facilitare l'apprendimento e l'acquisizione di competenza sociale (emotiva e strumentale) e delle capacità di *coping*. Questi elementi si contrappongono ai fattori di rischio (vulnerabilità e stress) fungendo da fattori di protezione. Riconducendoci alla relazione, di qualunque tipo si tratti, questa si configura come esperienza intersoggettiva e pertanto come forma di apprendimento, a partire dalla quale si sviluppa la coscienza con le sue funzioni quali la metacognizione e la "Teoria della Mente".

Come già evidenziato, queste funzioni sono quelle che risultano deficitarie nei pazienti con diagnosi dello spettro psicotico e sono alcuni dei fattori che costituiscono la vulnerabilità neuropsicobiologica, che può portare allo sviluppo di un vero e proprio quadro psicopatologico. Attraverso i risultati della ricerca empirica si è visto che tali deficit della coscienza sono correlati con stili di attaccamento insicuri, ciò vuol dire che i MOI agiscono modulando l'attività delle funzioni della coscienza. In sintesi possiamo affermare che agendo attraverso la relazione terapeutica e il raggiungimento di una buona alleanza si potrebbe incidere anche sulle funzioni deficitarie. Da qui partono alcune riflessioni sulle condizioni di sicurezza e sulla funzione di *base sicura*, agite dal riabilitatore che, una volta raggiunte all'interno del rapporto terapeutico, possono portare al raggiungimento di nuovi obiettivi riabilitativi.

Ponendo il paragone tra il costrutto dell'Alleanza Terapeutica e la teoria dell'attaccamento, la prima può essere considerata simile al costruirsi, nel tempo, di un legame di attaccamento e, quindi, simili saranno i meccanismi che costituiscono i requisiti fondanti la *base sicura* descritta dallo stesso Bowlby (1988). Tali meccanismi possono essere rintracciati nel corso del normale sviluppo del rapporto madre-bambino e possono essere applicati anche ai rapporti terapeutici con

pazienti adulti. Altri autori hanno espresso una opinione simile riguardo a un processo di sviluppo ottimale: Winnicott (1965) quando parla di *madre sufficientemente buona e ambiente facilitante* o Kohut (1984) che ha sottolineato il concetto di *frustrazione ottimale*. Continuando ad approfondire il concetto di base sicura questo illustra bene il ruolo che il terapeuta della riabilitazione deve svolgere nella sua relazione con il paziente. Secondo Bowlby, infatti, il prerequisito fondante della terapia è quello di fornire una base sicura da cui il paziente possa muoversi per esplorare gli aspetti più problematici della propria vita sia rispetto al passato che al presente. Appare chiaro come l'acquisizione di "sicurezza" da parte del paziente possa costituire un requisito fondamentale per un buon funzionamento psicosociale. Concludendo, l'alleanza terapeutica dovrà svilupparsi a partire da una figura di attaccamento che operi dall'interno per favorire il processo di ricostruzione di un sé più funzionale. Successivamente si potrà lavorare sull'individuazione e il soddisfacimento dei bisogni del paziente e stabilire gli obiettivi posti all'interno del progetto riabilitativo individuale.

aA

63

#### 4. Diversità tra Alleanza Terapeutica e Attaccamento

Occorre fare una precisazione, che ha un risvolto importante nella pratica clinica, al fine di poter portare avanti il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individuale, questa riguarda la differenziazione tra legame di alleanza terapeutica e legame di attaccamento. Il concetto di AT presuppone, come si può evincere dalle definizioni date da vari autori (Zetzel 1956; Greenson 1965; Stone 1961; Bordin 1979) un certo grado di collaborazione e consapevolezza da parte del paziente rispetto al fatto di dover unire le proprie forze a quelle del terapeuta per far fronte ai propri problemi.

Il paziente che è riuscito a sviluppare un'alleanza, ha una visione del passato, del presente e del futuro; mentre nel legame di attaccamento, derivante da un sistema relazionale basato su Modelli Operativi Interni, il paziente è preoccupato solo del presente. In definitiva, se ci troviamo dinanzi un paziente che presenta un forte attaccamento non vuol dire che egli sia disposto a collaborare. Non tenendo presente la differenziazione tra attaccamento e alleanza si rischia di sottoporre il paziente a richieste eccessive e questo può essere un esempio di disfunzione empatica da parte del terapeuta

della riabilitazione che, ovviamente, avrà conseguenze svantaggiose per il paziente stesso e che può portare al fallimento del progetto riabilitativo.

### 5. *Riabilitazione e neuroscienze*

Dirigendo la nostra attenzione sugli studi di neuroscienze è possibile cambiare il punto di osservazione degli interventi riabilitativi passando dalla mera ricostruzione dei tratti deficitari a un approccio complesso basato sull'intersoggettività, sulla reciprocità relazionale e sull'impatto che tali esperienze hanno sulle matrici biologiche del disturbo. A sostegno degli studi che vedono il coinvolgimento delle componenti biologiche nelle relazioni umane e sociali un notevole contributo è rappresentato dai risultati ottenuti dalle ricerche sul sistema di "neuroni *mirror*", condotte a metà degli anni '90 dal gruppo di studiosi di Parma (Rizzolatti *et al.* 1996). La scoperta dei neuroni specchio, nella corteccia premotoria e parietale della scimmia, e la successiva scoperta dell'esistenza di un sistema specchio anche nell'uomo, ha permesso per la prima volta di chiarire i meccanismi neurofisiologici alla base di numerosi aspetti della cognizione sociale. Come dimostrano gli studi del 2005 effettuati da Fogassi e Iacoboni il sistema specchio è implicato in altre specifiche funzioni, relative all'apprendimento e allo sviluppo di processi mentali, come la cognizione sociale e l'empatia, oltre ad avere comprovate proprietà motorie e un ruolo chiave nello sviluppo del linguaggio. Inoltre, altri studi suggeriscono che il sistema dei neuroni specchio è attivo non solo durante la comprensione del significato delle azioni osservate ma anche durante la comprensione di espressioni linguistiche descrittive le stesse azioni (Gallese 2007).

Relativamente alla genesi dell'autismo è stata avanzata un'ipotesi di danno del sistema *mirror*, secondo la quale le difficoltà di apprendimento, di comprensione e di competenza sociale nei soggetti autistici sembrerebbero avere una forte base fisiopatologica (Oberman *et al.* 2005). Caratteristica centrale della competenza sociale è la cognizione sociale, cioè l'abilità di comprendere, predire e rispondere correttamente a propri e altrui pensieri, sentimenti e comportamenti in contesti sociali estemporanei e spesso nuovi. Anche nella schizofrenia, come nell'autismo, si riscontra un deficit di competenza sociale, alla cui base c'è la capacità di costruire uno

spazio intersoggettivo condiviso che ci consente di creare un legame con le molteplici possibili intenzioni e significati delle azioni che vediamo eseguire nell'individuo con cui stiamo interagendo (Gallese *et al.* 2006). L'autore sostiene che è la "consonanza intenzionale", meccanismo di rispecchiamento empatico, generata dai processi di "simulazione incarnata" (Gallese 2005), che ci permette di seguire un'azione e di coglierne il senso. Quindi, sarebbe tale meccanismo a costituire la base per la formazione della cognizione sociale.

Comprendere il significato delle altrui esperienze è possibile non in virtù di una spiegazione, ma grazie a una comprensione diretta, a partenza dall'interno, che avviene attraverso l'azione del sistema di neuroni *mirror*. Questo sistema attiva proprio i meccanismi di imitazione impliciti e facilita il riconoscimento e l'interiorizzazione delle azioni altrui e la comprensione degli scopi, attraverso l'osservazione di un comportamento eseguito. Dunque, la simulazione ci fornisce uno strumento per condividere a livello esperienziale gli stati mentali degli altri. Secondo quanto sostiene Gallese, la simulazione incarnata può essere considerata come il correlato funzionale dell'empatia. Il meccanismo della simulazione svolge una funzione che dovrebbe favorire un processo di integrazione delle tre componenti attive negli stati della mente: cognizione, emozione e motivazione, che nelle persone affette da schizofrenia sono frequentemente disgiunti. Quella di Gallese è una concezione naturalistica ed evolucionistica, che lo porta a sostenere come sia possibile identificare nella *simulazione incarnata* "una caratteristica funzionale di base del cervello dei primati, uomo compreso", necessaria per comprendere il senso delle azioni e delle emozioni altrui sicuramente, anche se, certamente non sufficiente a spiegare le più elevate capacità di mentalizzazione. L'estesa rete di azioni di cura che rientrano nella definizione di "presa in carico globale" delle persone affette da psicosi, basata sulla costruzione di legami terapeutici efficaci sono valorizzate dal dal volume di conoscenze promosse a partire dalla scoperta del sistema neuronale *mirror* e dal ruolo che svolge nella dimensione dell' intersoggettività e nella costruzione di significato. A livello degli interventi riabilitativi tutto ciò amplia il modo di intervenire sia dal basso (*bottom-up*), che dall'alto (*top-down*).

Molte ricerche dimostrano correlazioni tra disturbi psichiatrici e modificazioni cerebrali (Rossi *et al.* 2002; Vita *et al.*

2002) e poiché, come sopradetto, grazie alla neuroplasticità le sinapsi di tutti questi sistemi possono essere modificate dall'esperienza terapeutica che rappresenta la forma in cui modifiche ambientali intenzionali si traducono in esperienza soggettiva. Competenza e cognizione sociale implicano certamente il miglioramento cognitivo ma anche la comprensione delle intenzioni in diverse condizioni ambientali, implementando gli schemi cognitivi con la metacognizione.

### 6. *Background clinico e scientifico dell'intervento*

L'interesse per lo sviluppo di un nuovo training di riabilitazione nasce tenendo conto di quanto fin qui esposto e dalla considerazione che, nonostante siano molti i tentativi intrapresi, nell'ambito della terapia riabilitativa con psicotici, a tutt'oggi sono carenti modelli terapeutici olistici strutturati, sebbene, i clinici abbiano molte volte integrato vari metodi e tecniche riabilitative. Nel progettare e costruire il nostro metodo di intervento, abbiamo tenuto in considerazione un trattamento, sperimentato di recente su soggetti con grave cerebrolesione acquisita (Quattropiani, La Foresta 2010; La Foresta *et al.* 2010; 2009; Zettin *et al.* 2009), a sua volta ispiratasi alla riabilitazione olistica *Brain Injury Day Treatment Program* (Prigatano, Ben-Yshay 1990, 2000). Quest'ultimo integra sistematicamente fattori terapeutici e di recupero, volti a migliorare i disturbi della sfera cognitiva, interpersonale, sociale, intrapsichica, attraverso attività di gruppo che promuovono lo scambio relazionale, il rispetto delle regole sociali e la graduale regolazione del comportamento emotivo dei partecipanti. Questo protocollo intensivo si basa su quattro stadi gerarchici così definiti: Consapevolezza e Comprensione; Malleabilità al trattamento; Compensazione; Accettazione della nuova condizione. Nell'adattamento italiano, è stato mantenuto a livello macrostrutturale il modello di Ben-Yshay (1982), mentre a livello processuale sono stati presi in considerazione i principi di riabilitazione neuropsicologica proposti da Prigatano (1999, 2008), che suggerisce di lavorare su tre livelli di intervento: il primo livello è rappresentato dalla lesione cerebrale; il secondo livello dagli esiti funzionali, ovvero dalle capacità integre residue che la persona usa; infine il terzo livello rimanda all'esperienza soggettiva che la persona con lesione cerebrale vive nel corso del suo, lento e lungo percorso verso la ricostruzione dell'identità. Questo

triplice livello di analisi permette di intervenire efficacemente sulle tre principali cause che, nella visione goldsteiniana, compromettono l'esito funzionale dopo lesione cerebrale. Tali stadi-livelli permettono di raggiungere gli obiettivi riabilitativi prefissati, analizzando in una prospettiva meta-cognitiva le caratteristiche dello specifico processo che consente alla persona di progredire gradualmente verso il successo. L'approccio meta-cognitivo viene efficacemente illustrato con la metafora della *mountain-climbing* (o scalata della montagna) in cui la persona si accinge a scalare la montagna per riappropriarsi della identità smarrita (cfr. la figura 1). Risalendo attraverso sei stadi, il paziente deve: (1) essere aiutato a divenire pienamente e responsabilmente impegnato (per es. focalizzare la sua attenzione e sostenere la sua concentrazione); (2) essere aiutato a divenire consapevole dei propri deficit

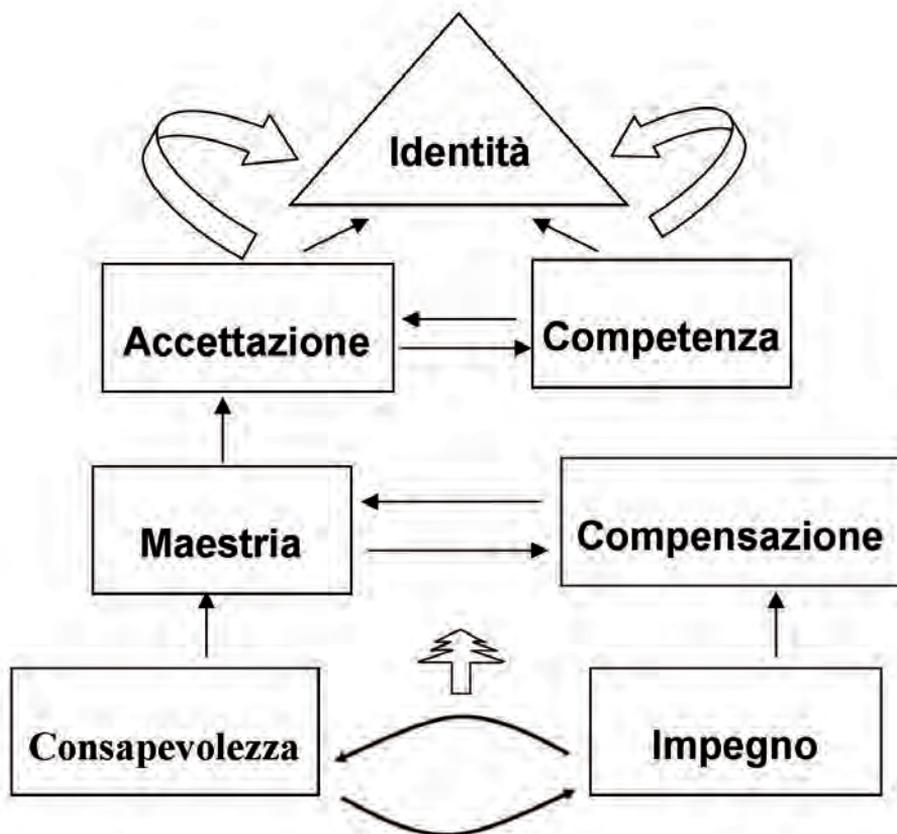


Figura 1

(conservando la volontà per superare le proprie restrizioni e praticare gli esercizi di rimedio proposti); (3) essere assistito (*coaching*) – attraverso un *training* sistematico – nella *mastery* dei vari comportamenti; (4) compensare i propri deficit attraverso efficaci strategie; (5) ottenere una incrementata competenza funzionale; (6) infine, accettare la sua situazione esistenziale. L'obiettivo finale di questi sei stadi è la ricostituzione della identità personale (o *ego identity*), sconvolta dall'evento traumatico, verso cui tende tutto il processo riabilitativo di recupero (Erickson 1968).

L'identità personale perduta, è il punto di congiuntura da cui parte il nostro programma di intervento, e quindi la ricostituzione del senso di identità, ovvero del senso del sé. Dal metodo sopraesposto, sono stati estrapolati oltre alla prospettiva metacognitiva alcuni aspetti e tecniche, quali l'uso di "notebook", la costruzione dei "poster personali" e la *hot seat* (sedia che scotta), che verranno di seguito esplicitate. Sicuramente la metafora della *mountain-climbing* è stata la bussola dell'intervento unitamente all'approccio metacognitivo, che la sottende, fondato appunto: sull'acquisizione della consapevolezza dei deficit e della disabilità; sulla motivazione e sull'impegno verso il percorso riabilitativo e sul successivo apprendimento/acquisizione di adeguate strategie di compenso, facilitando lo sviluppo di realistiche aspettative per il futuro. In particolar modo quello a cui si mira è il raggiungimento graduale di tre livelli interdipendenti di consapevolezza: *consapevolezza intellettuale*, cioè la presa di conoscenza che una particolare funzione è compromessa; *consapevolezza emergente*, ovvero l'abilità a riconoscere un problema quando questo si presenta; *consapevolezza anticipatoria*, intesa come l'abilità ad anticipare o predire la possibilità di incorrere in un problema (Crosson 1989).

### 7. *Il sé alieno: l'identità spezzata nel trauma cranico e nella schizofrenia*

L'agire riabilitativo si pone innanzi tutto come priorità quella di entrare nel campo fenomenologico del paziente al fin e di percepirne la profonda esperienza. Il passo successivo è quello di ridurre il senso di confusione frustrazione-impotenza e far sentire al paziente che non è solo ad affrontare le sue difficoltà ma che sarà aiutato ad elaborare l'esperienza disorientante che vive. Partendo dall'esperienza di sofferenza di chi ha avuto

un trauma cranico severo si è voluto fare un parallelismo, confrontando tale destrutturante esperienza, con quella vissuta dalle persone cui è stata diagnostica la schizofrenia. Un grave trauma cranico scardina le strutture portanti dell'identità personale e familiare generando una vera e propria frattura non solo sul piano del corpo ma soprattutto su quello dell'anima causando un'improvvisa e violenta emozione che distrugge in maniera permanente l'attività psichica della persona e della famiglia. Le aree di vita che vengono maggiormente sconvolte sono il senso di sicurezza, la fiducia, il controllo, il senso e la stima di sé. L'imprevedibilità e la confusione che ne conseguono, disorientano la persona e la famiglia, minando alla base il loro senso di identità (Cantagallo, Perini 2004). Nel corso degli interventi di riabilitazione molti pazienti con danno cerebrale si pongono, spesso, domande relativamente alla possibilità di tornare nuovamente a una vita "normale" o si interrogano sul perché sia accaduto proprio a loro, o peggio, se la loro vita dopo il trauma valga ancora la pena di essere vissuta. Si tratta di interrogativi esistenziali del tutto leciti, per chi cerca di riappropriarsi del significato della propria esistenza dopo un grave evento traumatico, ma pur sempre di difficile gestione clinica se trattati solo all'interno dei tradizionali *setting* neuropsicologici, in cui la priorità viene data alla reiterazione di esercizi cognitivi per il ripristino delle funzioni danneggiate. Le metodologie riabilitative tradizionali, infatti, intervengono maggiormente al livello della compromissione, e quindi, sui deficit cognitivi mediante approcci di recupero *bottom-up* e di compenso *top-down* (Prigatano 1986) e solo secondariamente sugli aspetti emotivi e comportamentali, o sulle dinamiche relazionali. Stesso senso di imprevedibilità, confusione e disgregazione della propria identità personale investono le persone affette da una grave patologia psichiatrica, insieme ai propri familiari. I pazienti schizofrenici non presentano solo dei deficit neurocognitivi e di funzionamento psicosociale, ma sono anche estranei a se stessi alienati, "*desocializzati e disconnessi*" (Spivak 1987). Essere connessi è un modo naturale di vivere che implica il non temere il contatto emotivo, fisico e intellettuale con se stessi e con gli altri (Mack 1994). Estroff 1989 afferma:

aA

69

L'alienazione da se stessi è la trasformazione di un sé conosciuto e valorizzato in un sé sconosciuto e svalutato. Tale trasformazione accade sia nel modo in cui una persona

si percepisce sia nel modo in cui essa viene percepita dagli altri. Quando un ambiente interno ed esterno sono sinergici nell'incrinare il senso dei sé, l'alienazione da se stessi viene decisamente favorita.

Ancora, l'autore sostiene che anche nei soggetti più gravemente disconnessi esiste un embrione di identità che cerca di sopravvivere essendovi allocate le latenti capacità di recupero. È proprio tale fondamento che permette di non soccombere e che incoraggia a ristabilire il contatto interrotto. Le competenze per riattribuire un significato all'esistenza possono essere apprese e appunto la loro acquisizione che consente agli utenti psichiatrici di elevare i livelli di benessere psichico, di conoscere meglio se stessi e i loro desideri (Spaniol *et al.* 2003). Si deve a questi autori l'aver approfondito il tema della "connessione" e sottolineato la sua importanza nel raggiungimento dell'esito riabilitativo.

## 8. *Il Trattamento Sperimentale*

### **Dal concetto di vulnerabilità individuale verso il trattamento riabilitativo**

Il nostro modello di intervento comprende, quale fondamento teorico-scientifico, la teoria vulnerabilità-*stress* (Zubin, Spring 1977; Ciompi 1987, Nuechterlein, Dawson 1984; Perris 1991; Perris, Perris 1988; Liberman *et al.* 1985; Strauss, Carpenter 1981) che rappresenta un'utile sintesi sul ruolo che i fattori biologici, psicologici e socio-ambientali hanno nell'insorgenza, nel decorso e nell'esito del disturbo psicotico. Secondo tale teoria, gli stessi fattori (biopsicosociali) influenzando sull'esito possono avere importanti implicazioni per la pratica clinico-terapeutica. Diversi approcci teorici sostengono la teoria, i relativi modelli esplicativi si distinguono sulla base di leggere differenze relative all'importanza attribuita ai diversi fattori. Ad esempio, mentre Zubin e Spring (1977) definiscono la vulnerabilità, ovvero la predisposizione individuale a sviluppare la malattia, come tratto "relativamente permanente e duraturo" di natura prevalentemente biologica; Perris, muovendo da un visione olistica nell'interpretazione del disturbo schizofrenico, propone un modello di tale teoria di tipo dinamico e interattivo, dove la vulnerabilità individuale è data dall'interazione reciproca di elementi quali: la genetica, le influenze ambientali e culturali, i fattori psicologici, i fattori

biochimici e neurologici, il *parenting*, i deficit cognitivi, gli eventi di vita stressanti. Secondo l'autore la vulnerabilità non è immodificabile, ma è una condizione soggetta a cambiamenti nel corso della vita dell'individuo. Perris sottolinea il ruolo attivo dei soggetti nel cercare di creare e dare significato alla propria esperienza nel corso dello sviluppo, l'importanza data alla continua interazione soggetto-ambiente presenta una sovrapposibilità con il concetto di "determinismo reciproco" di Bandura (1978) e anche con quello di "interazione dinamica" di Magnusson e Endler (1977). La base teorica del modello di Perris si colloca nell'ambito degli studi di psicopatologia dello sviluppo, dove rientrano anche le teorie proposte da Bowlby (1969, 1973, 1980, 1988). La patologia viene vista come risultato di una serie di deviazioni dai normali pattern di adattamento dell'individuo, questa visione è confacente con quella che considera le alterazioni psicopatologiche lungo un *continuum* con il comportamento normale. La psicologia dello sviluppo parte dal presupposto che l'individuo si affaccia al mondo con un equipaggiamento rudimentale di strutture determinate geneticamente e di vie neuronali innate, insieme ai relativi programmi di elaborazione delle informazioni, che a loro volta si sviluppano seguendo una modalità predefinita geneticamente. Tali programmi permettono all'individuo di gestire in modo funzionale e adattivo le informazioni provenienti da tutti gli stimoli a cui è esposto. È chiaro che il contributo dell'esperienza è rilevante nel modificare dal punto di vista qualitativo le strutture cognitivo-affettive. Come sappiamo fattori genetici e ambientali si articolano in un rapporto di influenza reciproca, le strutture cerebrali sottese alle funzioni cognitivo-affettive raggiungono la loro maturazione attraverso l'esperienza e l'apprendimento, e la loro riorganizzazione è legata all'attività neuronale. La *autoriorrganizzazione* del cervello, esperienza-dipendente, secondo Singer (1986) deve essere considerata un dialogo attivo tra il cervello e il suo ambiente. Particolare importanza assumono, in tal senso, le interazioni precoci tra il bambino e chi si prende cura di lui, in particolare quelle che Bowlby (1969, 1973, 1980) descrive nel processo di attaccamento. Secondo la teoria Bowlbiana ciascun individuo, nell'interazione con la figura di attaccamento, costituisce delle rappresentazioni interiorizzate di sé e del mondo più o meno adattivi, chiamati *Modelli Operativi Interni* (MOI), con cui organizza il significato della propria

esperienza. Questi sono importanti nella costruzione del sé e nella autoregolazione emotiva. I MOI rappresentano l'aspetto centrale del concetto di vulnerabilità individuale proposto da Perris, similmente, anche per Ciompi (1982/1988) grande importanza è data a quelli che lui chiama *Schemi Logico-Affettivi* di riferimento, che si presume raggiungano un equilibrio e una strutturazione durante il corso dello sviluppo di un individuo sulla base dell'esperienza, attraverso un processo circolare di assimilazione-accomodamento della realtà esterna. Il modello stress-vulnerabilità proposto da Ciompi si avvicina molto a quello olistico di Perris. Entrambi, pur riconoscendo un peso genetico nella vulnerabilità individuale, minimizzano il ruolo di una vulnerabilità genetica specifica della schizofrenia, dando importanza a dei sistemi di riferimento interiorizzati che fungono da "istruttori" sulle emozioni, sui pensieri, sulle azioni e si presume che una volta attivati da particolari fattori scatenanti, influenzino il comportamento del soggetto. Un altro aspetto importante da prendere in considerazione nel modello di Perris è quello che riguarda il modo di intendere gli eventi di vita, non in sé stessi ma in termini di interazione con il soggetto che li "vive". Dunque, in accordo a quanto è ben noto ai terapeuti cognitivisti, a determinare il carico di stress non è tanto l'evento in sé quanto il significato dato dal soggetto agli eventi. Soffermarsi sul concetto di vulnerabilità e su come viene interpretato è importante, in quanto questo influenza in maniera preponderante il tipo di approccio al trattamento terapeutico-riabilitativo. Una concezione multifattoriale implica che anche gli interventi terapeutici siano di tipo olistico e integrati. Inoltre un modello di tipo dinamico-interattivo, come quello qui privilegiato, pone l'accento sul possibile potenziamento dei vari fattori, costituenti la vulnerabilità individuale, e permette di prendere in considerazione la possibilità che ci siano degli effetti di neutralizzazione che incrementano la capacità di recupero dei pazienti di fronte alle esperienze negative (Anthony, Cohler 1987; Rutter 1985).

aA

### **L'approccio terapeutico: basi teoriche**

L'approccio terapeutico-riabilitativo adottato per il nostro *training* di riabilitazione metacognitiva è quello cognitivo-comportamentale, secondo il quale i concetti di "empirismo collaborativo" (Beck 1976) e quello di "base sicura" (Bowlby 1988) devono caratterizzare la Relazione Terapeutica. In li-

nea con tali principi, all'interno del gruppo l'atteggiamento della coppia terapeuta-coach è caratterizzato da quattro aspetti fondamentali:

1. *validante*, nel riconoscere in modo esplicito il lavoro e la fatica dei pazienti nell'affrontare i propri problemi da un lato dando rilievo alla parte sana con le sue capacità e i suoi punti di forza, dall'altro prendendo in considerazione la parte di sé deficitaria, bisognosa di essere decodificata, descritta e trattata in modo specifico. Ciò significa conferire valore e riconoscimento emotivo-psicologico, alla sfida che i pazienti hanno lanciato al loro disturbo e alle loro problematiche;
2. *psicoeducativo*, nel senso di fornire informazioni di base sul disturbo, i sintomi, i deficit e le conseguenze emotive e comportamentali che sono legate a questi aspetti, inoltre l'insegnamento di adeguate e personali strategie per affrontare le difficoltà incontrate e guidarlo nella messa in pratica. Tutto non deve mai avvenire senza aver stimolato e data la possibilità ai pazienti singolarmente di esprimersi al riguardo, seguendo la regola di non dare informazioni prima di sapere che cosa sanno;
3. *incoraggiante*, questo tipo di atteggiamento, al di là del supporto pratico e degli aspetti funzionali relativi al raggiungimento degli obiettivi prefissati, che devono essere realistici, deve toccare elementi emotivi significativi nella dimensione psicologica del paziente. Quindi mirato e individualizzato secondo le caratteristiche personologiche del paziente;
4. *collaborativo*, il porsi come compagno di viaggio e collaboratore è essenziale per instaurare e consolidare l'alleanza terapeutica.

Altro prerequisito fondamentale all'instaurarsi della Relazione Terapeutica è rappresentato dalla fase di "socializzazione" (Perris 1989) del paziente con i terapeuti e con il tipo di training programmato. Questo implica, da parte del paziente, un riconoscimento dei ruoli che devono essere assunti, da egli stesso e dai terapeuti. Quindi, possiamo dire che la socializzazione è una sorta di preparazione al trattamento, in tale fase è importante discutere degli scopi, dei tempi e delle modalità che saranno adottati all'interno del gruppo. Così

come, è bene fare una sorta di inventario delle difficoltà/ problemi da affrontare in seguito, è molto importante che il paziente comprenda ciò che ci si aspetta da lui. Le tecniche di conduzione del trattamento riabilitativo hanno compreso: la maieutica o dialogo socratico; il *modelling*; la normalizzazione dei sintomi; il rinforzo informativo; il *feedback correttivo*; il *brainstorming*; la comunicazione efficace, il *problem-solving*; il decentramento; la meta cognizione; la ristrutturazione cognitiva. Il nostro programma di intervento, con chiari fondamenti neuropsicologici, si pone obiettivi di esito diversi, dato che mira al trattamento dei deficit cognitivi di base e ai deficit della funzione meta-cognitiva (autoriflessività, comprensione della mente altrui, decentramento, *mastery*); e anche al trattamento dei sintomi psicotici e ai disturbi emozionali. Considerando che, è ampiamente riconosciuta da diversi autori una matrice relazionale, rispetto all'acquisizione di competenza metacognitiva abbiamo posto grandissima attenzione alla sfera relazionale-emotiva, indirizzata alla costruzione di una Relazione Terapeutica "sicura" e di un "setting protettivo" (Sullivan 1931). Il processo di riabilitazione neuropsicologica inizia con la comprensione di ciò che il soggetto sperimenta riguardo le sue funzioni cognitive (o dis-funzioni). Ciò è cruciale per la pianificazione degli obiettivi e per le strategie riabilitative da usare. Se la persona non fa esperienza dell'utilità del training di riabilitazione, a qualche livello del suo funzionamento, potrà porre resistenza al trattamento stesso o impegnarsi in modo passivo. Durante il training di gruppo, occasione per i pazienti, per l'acquisizione di nuovi apprendimenti, operare, ponendosi in un'ottica meta-cognitiva, significa dare impulso a sviluppare nel soggetto la consapevolezza di ciò che fa, del perché lo fa, di quando è opportuno farlo e in quali condizioni; così come è stato evidenziato da Ianes (1996). L'approccio meta cognitivo tende anche a formare la capacità di essere "gestori" diretti dei propri processi cognitivi, dirigendoli attivamente con proprie valutazioni e indicazioni operative. Dunque, l'idea di fondo è quella di favorire l'apprendimento in forma sia attiva e consapevole. Questa impostazione, mutuata dalla didattica meta-cognitiva, si rivela utile anche in riabilitazione, dove in tal senso il nostro lavoro si basa anche sul portare i pazienti alla comprensione dei processi funzionali cerebrali e di come tali processi possono essere controllati e migliorati.

## 5. La costruzione del training

«Se il fare fosse stato facile come il sapere ciò che è bene fare, le cappelle sarebbero diventate chiese e le catapecchie dei poveri palazzi di principi».

William Shakespeare

aA

### 1. *Il contesto dell'intervento*

Il *setting* scelto per l'espletamento del training è di tipo ambulatoriale, quindi va bene una stanza con una grande scrivania e se possibile sedie girevoli, che saranno disposte in posizione semicircolare, consentendo di assumere facilmente posizioni diverse all'interno del setting, a seconda delle esigenze. Alle pareti, man mano vengono appesi i cartelloni compilati durante le sessioni di gruppo che riassumono le tappe più significative del training, rendendo l'idea di un *set* che si modifica, come una sorta di *work in progress*.

### 2. *Le funzioni dei due terapeuti*

*Terapeuta principale.* Organizza le sedute, ottimizzando il livello di strutturazione e il grado di approfondimento dei temi da trattare, supporta i componenti del gruppo, rinforzando i comportamenti funzionali, mette in rilievo ed enfatizza i contributi positivi di ogni partecipante. Tramite la proposizione di un modello relazionale collaborativo e interattivo, evidenzia gli aspetti trasformativi di ognuno e fornisce suggerimenti e strumenti di cambiamento in termini positivi e costruttivi, senza autoritarismo e critica.

*Coach.* Assume una posizione intermedia tra il terapeuta principale e i partecipanti, svolgendo da un lato compiti terapeutici, e dall'altro supportando anche praticamente il gruppo. Quindi funge da modello, partecipando attivamente durante lo svolgimento degli esercizi o durante i role-play, insieme al terapeuta o ai partecipanti; osserva le dinamiche all'interno del gruppo, fa da supporto diretto, affiancando i pazienti che in qualche occasione hanno necessità a causa di affaticamento o per particolari difficoltà mostrate nell'affrontare quanto proposto.

Il ruolo del terapeuta principale e quello del *coach* possono essere interscambiati, non senza averlo preventivamente comunicato ai pazienti, che devono sempre avere chiare le funzioni che i terapeuti svolgono in un dato momento.

### 3. *Il materiale in uso*

Il materiale in uso è costituito da *notebook* con cartellina raccoglitrice (ogni partecipante possiede la propria); penne e pennarelli colorati; lavagna a fogli mobili e cartoncini (A4-A3) colorati; videocamera e PC. Inoltre vengono usate schede di lavoro per la stimolazione cognitiva e metacognitiva (attenzione - memoria - funzioni esecutive - linguaggio - pensiero - percezione), fotografie, giochi, schede per esercitazioni sul metodo "ABC" (Ellis, 1962, 1991).

### 4. *Strutturazione degli incontri di gruppo*

Ogni seduta si protrae per 90 minuti, intervallati da una pausa di 15/20 minuti, l'incontro di gruppo, inizia con:

- una breve fase preliminare di "discussione" informale, dove ognuno è invitato a raccontare sinteticamente come ha trascorso i giorni che hanno preceduto la seduta, oppure ci si sofferma su qualche notizia di attualità. La discussione solitamente viene facilitata da domande specifiche poste dai due terapeuti. Lo scopo è quello di creare il giusto "clima emotivo" caratterizzato da atmosfera rilassata, atteggiamento partecipativo e collaborante. Inoltre il terapeuta introduce il lavoro che verrà svolto, descrivendo anche le modalità di svolgimento dell'incontro.

Seguono:

- la fase di allenamento, che inizia con la parte attiva dove vengono affrontati gli argomenti specifici previsti, come

ad esempio esercizi interattivi sull'attenzione, sulle capacità mnesiche o sulla produzione verbale ecc. Durante questa fase è necessario sempre monitorare il livello energetico-motivazionale di ognuno, utile per l'adesione al training e alla sua stessa efficacia, anche alti livelli di ansia o disagio possono causare un basso livello di concentrazione e motivazione. In alternativa, a seconda della contingenza, il terapeuta può decidere di affrontare delle tematiche personali. Ad esempio, può presentarsi il caso in cui è uno dei membri a proporla, a causa di particolare disagio, oppure è il terapeuta stesso a farlo, dopo aver notato che "qualcosa" frena il normale svolgersi dell'incontro, e questo non viene verbalizzato dal paziente. Questo intervento di riconoscimento del disagio è volto a rassicurare il paziente, proponendogli di affrontarlo, oppure di rimandare a un incontro individuale, così facendo viene offerta la possibilità al paziente di scegliere in che modo e quando affrontare il problema;

- la fase conclusiva, ha lo scopo di creare un clima di distensione dopo la fase di lavoro, durante la quale viene sintetizzato l'incontro appena svolto. I pazienti vengono chiamati a turno a dire la propria opinione sull'andamento della seduta che si conclude generalmente con esercizi/gioco, a valenza prettamente ludica ricreativa, quindi ci si avvia alla conclusione salutandosi e dandosi appuntamento per l'incontro successivo.

FASE I:  
ASSESSMENT E COSTRUZIONE  
DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA

La fase di *assessment* individuale è un momento molto importante che precede la costituzione del gruppo e l'inizio del training. L'*assessment* viene eseguito su tre dimensioni (clinico-psicopatologica; neuropsicologica e funzionale) gli strumenti impiegati sono largamente in uso nella pratica clinica.

Tale fase consta di 5 incontri individuali e si rivela utile per stabilire le basi di una buona alleanza terapeutica e per iniziare con i singoli pazienti una fase di conoscenza e "socializzazione" con il tipo di approccio e con il training stesso. Altri due incontri individuali sono necessari per la "restituzione" ai pazienti e per definire insieme a loro gli obiettivi cognitivo-comportamentali per ciascuno, tenendo conto proprio delle *performances* riportate alle prove neuropsicologiche. Gli obiettivi specifici delineati per ciascun paziente vengono inseriti nel più ampio obiettivo generale del gruppo, che coincide con la finalità dello stesso, cioè: raggiungere un sufficiente grado di consapevolezza rispetto alle proprie difficoltà-problemi e alle potenzialità-capacità; sviluppare l'acquisizione di adeguate strategie e abilità, per compensare tali difficoltà e ottenere un buon livello di adattamento e funzionamento nella vita quotidiana. Gli obiettivi personali, concordati con ciascun paziente, dovranno essere più volte verificati e ridefiniti durante il training, in modo tale da consentire, ai conduttori, di adeguarsi rispetto all'evoluzione del processo di definizione e conoscenza di sé dei pazienti, e a questi ultimi di sentirsi soddisfatti dei miglioramenti ottenuti. Quindi all'interno di un intervento unitario di gruppo è stato necessario personalizzare le strategie rivolte ai singoli partecipanti. A tal fine ci si è avvalsi anche di incontri periodici individuali, di volta in volta concordati, per definire gli obiettivi individuali e approfondire tematiche personali emerse durante il lavoro di gruppo.

Il training di riabilitazione metacognitiva è costituito da **5 aree componenziali**, che verranno di seguito esplicitate. Anche se in generale l'applicazione delle suddette aree è attuata seguendo un ordine progressivo-graduale, va sottolineato che per quanto riguarda le prime tre queste sono state proposte in modo integrato-sinergico, mentre per quanto riguarda le ultime due aree sono state proposte solo dopo avere affrontato le prime tre. Comunque, durante lo svolgimento del training è fondamentale tenere in notevole considerazione sia la risposta-reazione dei partecipanti sia lo stato emotivo e la condizione clinica in cui si trovano i pazienti in un dato momento.

### **Aree del training**

#### *1. Motivazione e impegno*

– L'identità e la coesione del gruppo: definizione e condivisione degli obiettivi specifici e generali

Durante i primi 3-4 incontri di gruppo l'obiettivo è soprattutto quello di facilitare il senso di appartenenza e di coesione tra i partecipanti. Viene presentato il lavoro che si svolgerà con il gruppo, specificando come verrà strutturato e quali sono gli obiettivi che si intendono perseguire.

(ALLEGATO: FOGLIO 1) All'interno degli incontri viene stimolata una modalità relazionale interattiva e partecipativa. I pazienti dopo la propria presentazione personale, che è preceduta da quella dei terapisti che fungono da modello, sono stati coinvolti nel generare le regole di buona convivenza all'interno del gruppo. Attraverso la promozione di un atteggiamento creativo e l'apprendimento della tecnica del *brainstorming*, viene proposto il compito di partenza cioè scegliere il nome da dare al gruppo, a partire da un'immagine scelta dai terapisti (fig. 2).

È preferibile che siano i pazienti, durante gli incontri a scegliere il nome da dare al "gruppo". Può darsi che a questo non si giunga subito, nel corso del primo incontro, questo impegno potrebbe richiedere più sedute. Ciò è rilevante ai fini dell'acquisizione dell'identità e della coesione del gruppo stesso. La coesione è definita come quella forza attrattiva che il gruppo esercita sui partecipanti affinché essi restino al suo interno. In ciò è implicito che i partecipanti siano: impegnati rispetto



Figura 2  
Immagine usata  
per stimolare tramite  
brainstorming la scelta  
del nome da dare  
al gruppo-training

agli obiettivi e al lavoro da fare; che si sentano a proprio agio; apprezzati; accettati incondizionatamente e sostenuti dagli altri membri; questo si riflette nella loro fiducia, spontaneità e propensione ad apprendere. Viene considerata un'importante condizione per il cambiamento, in quanto consente una condivisione emotiva generalizzata che svolge una funzione autoregolatrice del funzionamento sociale. Inoltre esso è preliminare affinché gli altri potenziali terapeutici insiti nel gruppo (atteggiamento di speranza, *feedback*, universalità, condivisione, rispecchiamento, altruismo, comportamento imitativo, apprendimento interpersonale, catarsi, esperienza correttiva del gruppo primario familiare) possano svilupparsi ed esplicitare la loro funzione terapeutica.

– “La piramide” e il “poster personale”

Questa parte del training inizia con la riproposizione dello scopo del training, ovvero: “riconoscere, affrontare e superare le proprie difficoltà per migliorare il proprio stile di vita” e la presentazione della tematica principale da cui si partirà per il successivo lavoro “il disturbo della percezione e del pensiero e le sequele cognitive e comportamentali”.

A questo scopo viene preparato dai conduttori del materiale informativo su questo argomento (ALLEGATO: FOGLIO 2).

La tematica viene esposta gradualmente attraverso la presentazione di una prima piramide (fig. 3) più semplice, che illustra il legame che intercorre tra le funzioni cognitive ed emotive, il comportamento e le relazioni interpersonali.



Figura 3  
1° piramide (semplificata).  
Illustra il legame tra funzioni cognitive ed emotive, comportamento e relazioni interpersonali

La seconda piramide (fig. 4) più complessa viene presentata successivamente durante il progredire del training, ed è formata da diversi mattoncini in cui sono inseriti i processi funzionali più importanti, relativi alle funzioni cognitive, alcuni aspetti comportamentali, e gli aspetti comunicativi-relazionali e affettivi. La piramide rappresenta una sorta di “bussola” che guida il cammino del gruppo, aiuta a riflettere di volta in volta e rivela il graduale raggiungimento degli obiettivi del trattamento. Il programma si dispiega dallo svolgimento concettuale e pratico delle funzioni neuropsicologiche di base e ascende via via sino alla complessa trattazione delle funzioni esecutive (pianificazione, organizzazione, prioritizzazione, implementazione del piano di azioni, verifica, correzione degli errori, ecc.) che richiedono competenze e conoscenze più elevate. La riacquisizione di un ragionamen-

aA

81



Figura 4  
2° piramide (complessa).  
Illustra i processi funzionali che vengono stimolati durante il training

to astratto, convergente e divergente, costituisce il gradino ultimo di elevazione per l'accettazione della condizione imposta dal disturbo, comprese le restrizioni che esso comporta (Goldstein 1952). La piramide serve anche a introdurre una parte informativa-psicoeducativa riguardante l'importanza che la nostra mente sia "allenata". È fondamentale che ai partecipanti giunga chiaro il messaggio che la mente può essere allenata, essendo dotata di plasticità, tramite l'esercizio di alcune funzioni, con lo scopo di far fronte alle difficoltà incontrate a seguito del disturbo, iniziando proprio dalle *performance* cognitive. Finita la parte psicoeducativa, dove si adotta, comunque uno stile di comunicazione interattiva, cercando di coinvolgere attivamente i partecipanti, con l'uso del metodo socratico, e della tecnica del *brainstorming*, si procede con la presentazione del *poster* personale, in seno al gruppo. Il *poster* personale (ALLEGATO: FOGLIO 3) serve per identificare la problematica cognitiva e comportamentale prioritaria che occorre migliorare, unitamente alla soluzione che consente di migliorarla e alle strategie impiegate per risolverla. Si procede nel modo seguente: ciascun *poster*, viene consegnato a ogni paziente, che a turno lo legge, subito dopo la lettura il poster viene spiegato dal terapeuta e commentato dal *coach*, a seguire anche i pazienti coadiuvati da quest'ultimo commentano ciascuno il proprio poster. Ognuno infatti dà un suo messaggio di restituzione al terapeuta circa la proposizione del poster. Infine il poster viene suggellato da un patto, con una "stretta di mano": ciascuno si impegna a raggiungere l'obiettivo di miglioramento programmato. Quindi il lavoro viene svolto individualmente, con ogni paziente, all'interno della realtà gruppale: questo ai fini terapeutici ha lo scopo di guidare i pazienti a uscire dall'isolamento e dall'egocentrismo che spesso li accompagna, condividendo insieme agli altri le proprie difficoltà, non sempre riconosciute. Ma soprattutto, consente di riconoscere le risorse e le qualità personali, spesso sottovalutate, nel rispetto dei tempi e degli spazi di ognuno. Dopo aver affrontato le tematiche sopradette l'ultima parte degli incontri in questa area del training è dedicata ad esercizi sulle funzioni cognitive, ovvero gli "allena-menti". Si inizia con l'attenzione, gli esercizi sono accompagnati da un clima ludico e rilassante, spesso durante le sedute viene usata da parte dei terapisti la metafora dell'atleta.

## 2. *Comprensione-Psicoeducazione*

– “Le funzioni cognitive”, “Il disturbo della percezione e del pensiero”, “Benessere e stile di vita”

In questa area si dà spazio ad approfondimenti di tipo psico-educativo su argomenti specifici quali: le **funzioni cognitive**, che vengono maggiormente definite e spiegate nella loro espressione, ed esemplificate mediante il loro esercizio (allenamenti); i **disturbi della percezione e del pensiero** sono esplicitati secondo “strategie di normalizzazione”, come le hanno definite Kingdon e Turkington 1991, 1994. Secondo questi autori vi è una continuità tra esperienze normali e psicotiche; mettere in evidenza questa continuità porta a un’interpretazione meno stigmatizzante e favorisce la riduzione dell’ansia e l’aumento del senso di autocontrollo. Si è constatato anche l’utilità di discutere dei processi che possono essere alla base delle esperienze e delle convinzioni psicotiche. Ai pazienti viene, quindi, spiegato che le allucinazioni e le altre esperienze psicotiche possono essere prodotte in persone sane da condizioni estreme quali: ipnotismo, deprivazione sensoriale, gravi stress, ecc. (Kingdon, Turkington 1994). Complessivamente queste acquisizioni portano a considerare i sintomi psicotici come manifestazioni gravi di esperienze che in forma lieve e transitoria possono capitare a ogni persona, in situazioni particolari, come sopra descritto. Infine vengono proposti temi quali, una **corretta ed equilibrata alimentazione e l’esercizio fisico** come elementi essenziali per il “raggiungimento di un giusto grado di benessere”, che verranno riproposti durante l’intera durata del *training*. Ogni paziente viene coinvolto attivamente dai terapeuti e partecipa in un clima “discussionale” a tali argomenti, raccontando delle proprie esperienze “insolite” legate ad esempio ai disturbi dis-percettivi o a manifestazioni legate a pensieri “rigidi”, “idee strane” o “fissazioni” così come delle proprie abitudini alimentari, della frequentazione di attività sportive, passate o presenti, e delle varie altre attività nella vita quotidiana.

Il materiale informativo viene preparato dai terapeuti, nella parte dedicata agli ALLEGATI, FOGLI 4-5, vengono proposti alcuni esempi su come impostare la parte psicoeducativa/informativa.

### 3. *Stimolazione/Apprendimento*

– “Esercizi-Allena-Menti” – “Esperienze in vivo” “Dal poster alla vita quotidiana”

La terza area si propone di migliorare le abilità cognitive attraverso un’ampia gamma di esercizi ed esperienze in “vivo”. Inoltre vengono rivisitati e approfonditi i *poster* personali cercando di stimolare i pazienti a trovare esempi della vita quotidiana, dove emerge la difficoltà di base. Durante gli “allena-menti” è importante procedere lentamente, a piccoli passi, che devono essere chiaramente definiti, e dedicare il tempo necessario all’apprendimento degli esercizi. Ogni “zona di allenamento” (sotto questa denominazione sono stati suddivisi gli esercizi) è concepita in modo tale che le richieste poste ai partecipanti al gruppo, aumentino gradualmente nel corso del *training*. In altre parole il paziente viene posto di fronte a compiti, dapprima, semplici per poi passare a compiti più difficili e complessi. Nel corso del programma riabilitativo le richieste fatte ai pazienti aumentano, non solo per quanto riguarda la difficoltà dei compiti, ma anche per quanto concerne il livello di strutturazione dell’intervento. Infatti il metodo terapeutico è più direttivo all’inizio del programma, ma lo diviene di meno man mano che si va avanti, facendo sì che si metta un’enfasi crescente sull’iniziativa e sulla responsabilità del singolo paziente. A livello metacognitivo ciò si traduce nel saper proporre gli esercizi in forma interattiva stimolando nei partecipanti, a partire dagli esercizi proposti, la produzione di riflessioni, commenti ed esempi che si rifanno alla vita reale.

Gli esercizi tratti dagli interventi di riabilitazione neuropsicologica sono stati raggruppati in “zone di allena-menti”:

1. Attenzione (attenzione sostenuta, attenzione divisa)
2. Memoria (memoria visiva, memoria di prosa e apprendimento-attualità)
3. Linguaggio-Pensiero, Ragionamento Astratto-Proverbi
4. Riconoscimento Emozioni e Percezione Sociale- Fare Inferenze
5. Funzioni Esecutive (Giochi di Ruolo e *Problem Solving*)

Per l’impostazione del training cognitivo si rimanda alla parte finale degli allegati- fogli dove vengono suggeriti manuali,

e testi specializzati, riviste consultati per il reperimento del materiale.

Si sottolinea come la composizione del materiale usato sia direttamente connesso alla scelta e alla creatività dei terapeuti, che hanno tenuto in considerazione le caratteristiche personali dei componenti del gruppo.

Le “**esperienze in vivo**” riguarderanno dapprima attività proposte e organizzate direttamente dai terapeuti, come ad esempio, andare al cinema, o partecipare a una mostra d’arte, oppure uscire per un “aperitivo o una pizza”. Successivamente potranno essere proposte dai terapeuti delle attività esterne, che saranno i singoli pazienti a organizzare e gestire in un clima di collaborazione, solidarietà e aiuto reciproco. Queste ultime attività esterne hanno riguardato la visita di luoghi di interesse storico-culturale, in seno alla nostra città. Ogni paziente si è occupato di una singola “uscita” stabilendo insieme agli altri membri del gruppo la data e l’orario dell’appuntamento, dopo aver ottenuto dall’ufficio preposto le informazioni dei luoghi da visitare le dovute informazioni, quali il prezzo del biglietto di ingresso, sapere se era possibile usufruire del servizio di guida turistica etc.. Il compito ha compreso anche la programmazione di un *break* ristorativo, ovvero l’individuazione di un bar, dove potersi intrattenere una volta terminata la visita.

**Trasferire la difficoltà-problema dal poster alla vita reale** ha comportato un impegno notevole da parte dei pazienti nella direzione del riconoscersi tale difficoltà, della consapevolezza e dell’identificazione di tale problematica nel contesto della vita quotidiana. Per far questo è stato utile far riflettere i pazienti su ciò che si “sentono dire” abitualmente dagli altri significativi, soprattutto i familiari.

#### 4. *Comunicazione efficace-Narrazione*

– “La sedia che scotta” “I feedback”

La “sedia che scotta”, tecnica di derivazione gestaltica, viene qui usata quale esercizio basato su compiti cognitivi di elicitazione di narrazioni, con forte valenza emotiva. Tramite questo esercizio vengono stimulate sia l’interazione comunicativa con gli altri, al fine di migliorare l’efficacia degli atti comunicativi, verbali ed extraverbali, ovvero la pragmatica della comuni-

cazione, sia la capacità di narrazione. Compito del pensiero narrativo, attraverso la narrazione, è quello di coordinare tra loro due piani, quello della successione degli eventi e quello qualitativamente più complesso rappresentato da pensieri, sentimenti, emozioni, intenzioni posseduti dai personaggi del racconto e dal narratore stesso (Bruner 1986). A turno ciascuno dei partecipanti al gruppo è chiamato a sedersi sulla *hot seat* e fare una presentazione su un argomento dato. La prova è preceduta da una fase preparatoria, durante la quale, il *coach* assiste la persona nella pianificazione, organizzazione ed elaborazione dell'argomento proposto, in forma di discorso, fornendo delle linee-guida strategiche che inducano la persona a trovare una modalità adeguata di presentazione verbale, sotto il profilo esecutivo, emotivo, comportamentale e interpersonale. La tematica data consente alla persona di individuare e scegliere liberamente l'oggetto della narrazione che presenti attinenza con il nucleo generale indicato, gli argomenti trattati sono di seguito riportati.

Argomenti:

- ✓ Il mio nome..., perché mi chiamo...
- ✓ Descrivo la mia casa...la piantina (house)
- ✓ La mia casa in cinque righe (home)
- ✓ Mi presento....
- ✓ Due qualità personali
- ✓ Due qualità degli altri membri del gruppo
- ✓ La canzone che mi rappresenta
- ✓ Un giorno felice
- ✓ Flash-card dei ricordi
- ✓ La mia esperienza nel gruppo



The image shows a rectangular flash-card with a white background. At the top, the words "HOT SEAT" are written in a serif font. In the center, there is a black silhouette of a chair with a high back and armrests. At the bottom, the text "LA SEDIA CHE SCOTTA" is written in a serif font.

aA

Figura 5  
Argomenti trattati durante  
la "Hot Seat", esercizio di  
comunicazione-narrazione

La disposizione spaziale dei partecipanti all'interno del *setting* cambia; si predispose una sedia (che sarà la *hot seat*) dove siederanno a turno i pazienti; arretrata rispetto a questa si trova la sedia dove siederà il *coach*, che affiancherà il paziente. Il *coach*, infatti, potrà guidare *on-line* il paziente durante l'esecuzione della sua *performance*, previo consenso da parte del paziente di accettare tale assistenza. Gli altri componenti del gruppo insieme al terapeuta siederanno frontalmente in

posizione semicircolare. Lateralmente, ben visibile a chi siede sulla *hot seat*, viene posta la lavagna a fogli mobili, che farà da supporto visivo dove vengono riportati i punti essenziali che il paziente dovrà toccare nel suo compito di narrazione, l'uso di (uso di *prompts*, ovvero di suggerimenti). La narrazione viene, inizialmente, facilitata dai suggerimenti del *coach* che vengono progressivamente eliminati, dissolti (*fading*). Il fine è quello di insegnare alla persona come organizzare e pianificare il proprio discorso attraverso l'apprendimento di una serie di strategie compensatorie di ausilio e successivamente di ricordare e seguire il percorso preventivamente pianificato in maniera autonoma. Al termine della prova, gli altri partecipanti, in qualità di osservatori restituiscono a turno un *feedback* in merito alla presentazione osservata. Sono facilitati in questo compito sia dall'utilizzo dei "fogli di *feedback*" (fig. 6), dove sono indicati i punti chiave da valutare rispetto all'efficacia della comunicazione, sia dal supporto fornito dal terapeuta.

**FOGLIO FEEDBACK**  
**"SEDIA CHE SCOTTA"**

Ha rispettato l'argomento di discussione? Ha pianificato il suo discorso secondo i cinque punti indicati?

.....

Mentre parlava vi ha guardato negli occhi, ha sorriso?

.....

Come era il tono della voce? Ha parlato in modo veloce o troppo lento?

.....

Ha mostrato apertura e disponibilità nel ricevere i consigli della guida (coach)?

.....

Ha messo in atto i consigli della guida (coach)?

.....

Figura 6  
Foglio di feedback usato durante la  
"hot seat", esercizio di comunicazione-  
narrazione

La *performance*, come il resto del *training*, è videoregistrata, questo consente di realizzare una *videotape library*, che costituisce un prezioso materiale di verifica. Le video registrazioni costituiscono, come vedremo più avanti, una importante opportunità di confronto relazionale, di autoverifica dei comportamenti messi in atto e del loro impatto sugli altri. Le modalità di *leadership, coaching e multifeedback* hanno lo scopo di indurre la persona a divenire consapevole delle proprie difficoltà comunicative, cognitive e comportamentali che emergono durante la comunicazione con gli altri. Chi siede sulla “sedia che scotta” deve monitorare il suo comportamento verbale e paraverbale, prestando attenzione all’organizzazione del suo discorso, a mantenere il contatto oculare con i partecipanti, alla modulazione delle espressioni del viso e della prosodia e a mostrare un’adeguata apertura e disponibilità a ricevere e mettere in atto i consigli del *coach*. È proprio su questi punti riceverà i *feedback* dagli osservatori. Mentre agiscono da osservatori, ai pazienti viene insegnato come analizzare criticamente la presentazione osservata e come comunicare tali commenti “critici” assumendo una modalità interpersonale emotivamente appropriata. Il terapeuta inizia a dare il proprio *feedback*, cui seguono gli osservatori e infine il *coach*. Inoltre, progredendo con le *performances*, il terapeuta e il *coach*, aggiungono al loro *feedback* sugli aspetti della comunicazione efficace, delle riflessioni e commenti anche sul contenuto della narrazione mettendo in relazione alcuni elementi salienti con altri aspetti della storia del paziente, che sono emersi durante il *training* e anche con aspetti verificatisi all’interno del gruppo.

In sintesi, la *HOT SEAT* o sedia che scotta ha un triplice scopo:

1. Rendere la persona consapevole delle proprie difficoltà nelle abilità pragmatiche della comunicazione, rese evidenti attraverso il *coaching*, il sistema a *multifeedback* e il monitoraggio effettuato mediante le video-registrazioni;
2. Ricomporre il *puzzle* della comunicazione attraverso l’apprendimento di strategie di compensazione che guidano la persona a organizzare le proprie idee e ad arricchirle con adeguate sfumature emotive e affettive; acquisire una modalità adeguata di relazionarsi, formulare idee e

comunicarle efficacemente, adoperando una appropriata prosodia, esprimendo le proprie emozioni attraverso le espressioni del viso e il contatto oculare, assumendo una postura che mostra disponibilità e apertura a ricevere i *feedback* che provengono dagli altri;

3. Narrazione della dimensione personale di sé. I temi della “sedia che scotta” servono a indurre gradualmente la persona a parlare di sé ricostruendo alcuni “pezzi della propria storia di vita” a conoscerla e raccontarla agli altri.

Le tematiche sopra esposte (fig. 5) sono, inoltre, oggetto di un’attenta analisi psicologica in quanto rivelano l’affiorare di profonde dinamiche interne che la persona cerca di riorganizzare e comprendere, e per tale motivo costituiscono un prezioso materiale terapeutico che viene approfondito e meditato durante gli incontri individuali.

#### 5. *Autoconsapevolezza*

– “Il metodo ABC” – “I video” – Il percorso individuale nel gruppo: “I quaderni personali”

aA

89

#### **Il metodo ABC**

Il metodo dell’ABC ampiamente descritto, primariamente nei lavori di Ellis e in seguito da Beck, rientra negli interventi di ristrutturazione cognitiva e rappresenta la sintesi maggiormente operativa della prospettiva clinico-cognitivista. Abbiamo usato tale metodo, verso il quale ci siamo mossi lentamente e per gradi, facendo prima un lavoro di riconoscimento emotivo, di percezione sociale, di autoriflessione, e di messa in luce di come pensieri ed emozioni siano tra loro legati e in che modo. Durante gli “allenamenti”, precedentemente descritti, ci siamo serviti di un esercizio di “linguaggio-pensiero” chiamato “la mattonella” in cui i pazienti dovevano scoprire quale frase si nascondesse tra i “cocci di una mattonella rotta”, ricomponendola (fig. 7). Diverse sono state le mattonelle ricomposte, dove è stato possibile leggere frasi celebri, tra queste quella del filosofo greco Epitteto: «Gli uomini non sono agitati e turbati dalle cose ma dalle opinioni che hanno di esse». Questa frase, cara ai terapeuti cognitivisti, evidenzia proprio la considerazione che i vissuti e i comportamenti di una persona sono

profondamente influenzati dai suoi pensieri. Nella nostra esperienza, il pensiero di Epitteto, trascritto su un cartoncino colorato e appeso alle pareti ci ha permesso di arrivare a scoprire che si può influire sugli stati d'animo, sulle emozioni quando ci procurano malessere. Questa frase ci ha introdotti e guidati fino ad arrivare all'approdo del metodo ABC. Dunque attraverso l'uso della "scoperta guidata" i pazienti devono essere stimolati a scoprire alcuni aspetti del loro modo di ragionare e di rappresentarsi le cose (eventi, situazioni) a partire da compiti sistematici di autosservazione. Si può procedere in questo modo: si propongono dapprima degli esempi, ovvero viene esposto un "caso" da indagare in base allo schema ABC. Tramite i casi esposti i pazienti possono esercitarsi a usare il metodo senza un coinvolgimento emotivo diretto. Si inizia con il comprendere bene la situazione, cioè l'evento attivante; definire e valutare le conseguenze emozionali e comportamentali, in base a una scala percentuale (da 1 a 100) viene stabilita l'intensità e la durata delle singole emozioni individuate; bisogna poi cercare di individuare i possibili pensieri (automatici) tali che abbiano potuto causare la presenza delle emozioni rilevate. Quando i pazienti, tramite anche il supporto di una precedente fase informativa, hanno appreso la terminologia riguardante il metodo, ed hanno appreso anche come descrivere le singole componenti (eventi attivanti, emozioni e comportamenti, pensieri) raggiungendo un sufficiente grado di dimestichezza, vengono sollecitati direttamente dal terapeuta verso compiti di autosservazione sugli eventi attivanti ("A"); convinzioni, idee e aspettative ("B"); le reazioni emotive e comportamentali ("C"). Lo scopo è quello di aiutare il paziente a identificare gli elementi che compongono i pensieri, soprattutto negativi, ma anche quello di incominciare a stabilire quali dei pensieri automatici precedono e accompagnano la reazione emotiva e/o comportamentale. Ed ancora, quali sono gli errori cognitivi più frequenti e come alcuni sintomi (allucinazioni e deliri) possono essere affrontati con questo metodo. Ad esempio considerare le "voci" come un evento attivante (Chadwick *et al.* 1996)

## "LA MATTONELLA"

1] M U L I N O S T A B O C C H I , 2] I R A N I A N O  
 4] D E L F I N O , 5] S A L M O N E ; 6] B A D O N E  
 7] M O N D I N E , 8] I N F A R T O , 9] V E R S O  
 10] R I D E R E , 11] B A R E L L A , 12] S A L A N E  
 13] A M B O , 14] L I G I O , 15] C U O C C

[DE] - [DI] - [DO] - [E] - [FAR] - [IG] - [LA] - [LI] - [LO] - [NO]  
 [NIA] - [RE] - [RO] - [UO] - [VE] - [EL]

H. Kundera: "L'IRONIA È IL MODO DI  
FAI VEDERE L'AMBIGUO"

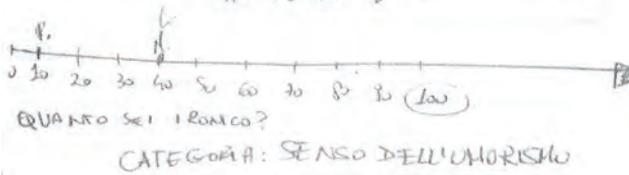


Figura 7  
 "La mattonella":  
 esempio di esercizio  
 riguardante  
 la "zona di allenamento"  
 di linguaggio-pensiero

### I video

L'utilizzo del video, riconosciuto in diverse aree della psico-terapia, della riabilitazione, dell'educazione- formazione si può inscrivere all'interno delle tecniche e modalità espressive. Abbiamo integrato all'interno del modello cognitivo-comportamentale, cui fa capo il nostro training, l'uso del videotape, così come è stato fatto anche nell'ambito della riabilitazione con i pazienti cerebrolesivi trattati con il programma olistico, precedentemente illustrato. Come suggerisce O. Rossi (2003), terapeuta della gestalt, possiamo considerare il lavoro di video-confrontazione come una sorta di "diario di sé", in cui è possibile leggere/rivedere a distanza di tempo, la propria immagine, e le proprie *performances*, unitamente alle proprie modalità comunicative e relazionali all'interno del gruppo. Le immagini comunicano in modo più diretto e creativo, rispetto al canale verbale. Ormai siamo sempre più sensibili al linguaggio audiovisivo di comu-

nicaazione di massa, al linguaggio del cinema e della televisione. Anche per questo ci è sembrato estremamente attuale, stimolante e utile servirci della telecamera per registrare le sedute, previo consenso dei pazienti, che da subito hanno mostrato curiosità, interesse e nessun imbarazzo nell'essere filmati (contrariamente alle nostre previsioni). Grazie alla revisione dei filmati si riesce a sostenere un lavoro individuale all'interno del gruppo, altrimenti difficile da stimolare. Sin dall'inizio del *training*, ai pazienti va spiegato che, tramite le videoregistrazioni, è possibile, rivedere i filmati e commentarli, per accrescere la propria consapevolezza riguardo sia la propria performance, in direzione di una maggiore e più efficace capacità comunicativa e sia per quanto riguarda una più ampia consapevolezza intesa nei termini di un rafforzamento della propria identità. Si consiglia di svolgere la prima visione in seduta individuale, ciò consente di creare un atmosfera più intima e riservata dove il paziente si sente maggiormente accolto e rassicurato e dove per il terapeuta è possibile più serenamente stare attenti alle emozioni e alle reazioni del paziente che sono state suscitate dal "ri-vedersi e dal "ri-accoltarsi". Le successive visioni, in accordo con i pazienti, potranno essere svolte durante l'incontro di gruppo. Durante le sedute dedicate alla revisione dei filmati è stato aperto uno spazio per la "critica" e le riflessioni mediate e facilitate sia dal terapeuta che dal *coach* mediante la tecnica del dialogo socratico. La possibilità dei partecipanti di confrontarsi e monitorarsi grazie ai video, con la loro stessa immagine, la loro postura, gli sguardi, la voce e i movimenti del corpo consente di attuare un lavoro proteso verso l'acquisizione di autoconsapevolezza. L'immagine diventa "l'interlocutore del soggetto in un processo di facilitazione del confronto con se stessi", scrive O. Rossi (2003), ed evocando differenza permette un confronto. I video relativi alla *hot seat* sono stati montati in successione cronologica per ogni singolo paziente, in modo tale da avere un video personale per ognuno.

## “I quaderni personali”: il percorso individuale all’interno del gruppo

La conclusione del nostro *training* è stata mediata dal lavoro di ricostruzione del percorso effettuato all’interno del gruppo. Anche qui si è proceduto gradualmente, non è stato facile per i partecipanti accingersi a costruire i quaderni personali, perché ciò significava affrontare la conclusione del *training* e lo scioglimento del gruppo. L’ordine è stato fatto a partire dalla cartellina personale contenente tutto il materiale usato e prodotto durante il percorso riabilitativo, catalogando il materiale: notes degli appunti e delle esercitazioni, le varie schede degli esercizi, i fogli che riguardavano la fase informativa-psicoeducativa ecc. Dopo che ognuno ha ordinato il materiale, in seduta di gruppo, questo è stato assemblato, così sono nati due quaderni, intitolati entrambi “Le nostre tappe”, ma con due sottotitoli: (1) “la tecnica”; (2) “la narrazione” seguiti dal proprio nominativo (figg. 8-9).

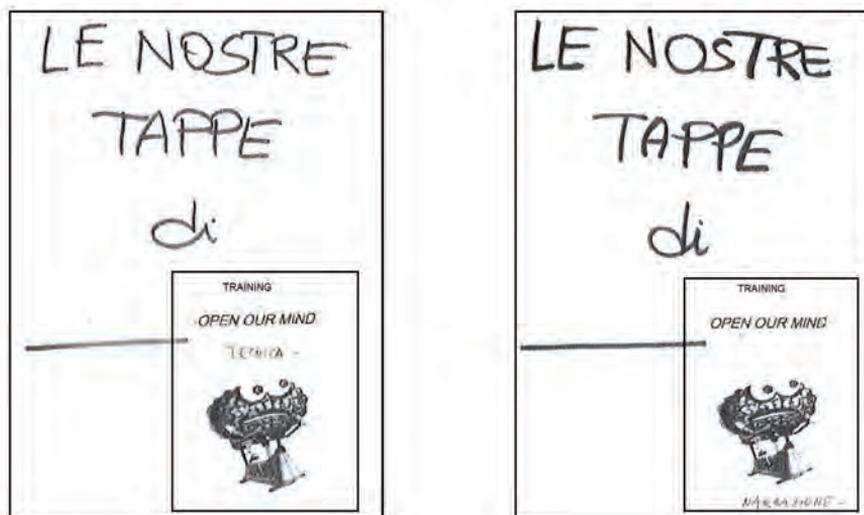


Figure 8-9  
I quaderni  
personali:  
“tecnica” e  
“narrazione”  
sintetizzano  
il percorso  
del training

Nella nostra esperienza, per la costruzione sono stati utili cartoncini, fogli formato A3, colla-carta, cucitrice, forbici e pennarelli colorati. I due quaderni sono formati da copertina, dove è stato incollato il logo e il nome del gruppo, la prima pagina costituisce l’indice. Nel quaderno della “Tecnica” sono stati raccolti tutti i fogli riguardanti la fase psicoeducativa, comprese le due figure della piramide. Nel quaderno della “Narrazione”, sono state assemblate tutte le

*hot-seat*, ossia i fogli contenenti la pianificazione del discorso rispetto all'argomento dato; i lavori di approfondimento inerenti soprattutto alcuni temi: come ad esempio, la canzone rappresentativa di sé, dove è stato analizzato il testo secondo il vissuto del paziente. Ad esempio per quanto riguarda il tema "un giorno felice" ha fatto seguito un lavoro di scrittura creativa, a partire da una poesia (che ha fatto da *incipit*). Tutti gli esercizi, invece, sono stati assemblati e catalogati secondo le "zone di allenamento" (fig. 10). In questo modo, una copertina, formata da un foglio di cartoncino colorato, riporta l'iscrizione con la denominazione della cinque "zone di allenamento" sopra esposte, con l'aggiunta della sesta "zona", rappresentata dalle esercitazioni sul metodo, di ristrutturazione cognitiva, "ABC".



Figura 10  
Esercizi raggruppati  
secondo le sei "zone  
di allenamento"

### FASE III:

#### LA CHIUSURA DEL TRAINING - LA VERIFICA

Una volta ultimata la costruzione dei quaderni, il *training* può dirsi formalmente concluso, dopo 12 mesi. Di fatto servono circa altri 2 mesi affinché si giunga alla vera e propria conclusione.

Tale periodo serve per ridurre la frequenza degli incontri da 2 a 1 a settimana e per dedicarsi alla seconda visione dei video, montati in sequenza cronologica per singolo paziente (ognuno avrà un proprio video). La diminuzione della frequenza degli incontri è necessaria per accompagnare gradualmente i pazienti verso la chiusura del *training*. Tale momento rappresentato una fase particolarmente delicata e critica, che presuppone lo scioglimento-separazione dei singoli dal gruppo. È utile fissare dei nuovi obiettivi personali, sempre inerenti la vita quotidiana e individuare insieme il modo più adeguato per affrontare problemi e difficoltà, fornendo un supporto sia pratico che emotivo. (come ad esempio iscriversi a un corso di formazione professionale, iniziare un'attività sportiva, dedicarsi a un'attività del tempo libero etc.). Inoltre almeno altri 2 incontri individuali servono allo scopo di eseguire l'*assessment* post trattamento ("la verifica"), eseguito da valutatore esterno. Possiamo affermare che l'importanza di eseguire le prove ai test con un esaminatore esterno è stata compresa e accettata di buon grado dai pazienti, questo momento congiuntamente alla restituzione, si è configurato come ulteriore occasione di apertura verso la consapevolezza. È stato riservato un incontro per i saluti, coniano allo scopo uno slogan: "Continua-Mente", una sorta di *work in progress*, per sottolineare che il training sarebbe continuato nella vita di tutti i giorni, tenendo presenti gli obiettivi individuati insieme.

#### FASE IV:

##### SUPPORTO, MONITORAGGIO, FOLLOW-UP

Questa fase inizia, con un incontro individuale, dove viene “restituita” al paziente la verifica post training. È un momento molto importante di ulteriore consapevolezza, in cui viene ulteriormente sollecitata la capacità di critica, l’autosservazione e la conoscenza. Successivamente, vengono programmati degli incontri di gruppo con cadenza quindicinale per il monitoraggio. Negli incontri di tipo “discussionale”, sulle esperienze riportate dai singoli, vengono approfondite alcune tematiche personali, riferite alle difficoltà incontrate e si cerca, usando le strategie e i metodi appresi, di trovare il modo migliore per affrontarle, sempre in un clima di confronto e di condivisione. Gli incontri sono poco strutturati, per lasciare spazio alle iniziative e alle proposte dei singoli. I pazienti vengono informati che verrà effettuata un’ulteriore valutazione (verifica di follow-up) per monitorare i progressi raggiunti e consolidati.

#### 5. Sintesi del progetto

Per facilitare gli operatori nella conduzione del training, viene di seguito sintetizzato in modo schematico il progetto. Nella ricerca sono stati inclusi pazienti con diagnosi di schizofrenia secondo il DSM IV-TR. La diagnosi è riferita al precedente manuale nosografico in quanto il DSM-5 è stato pubblicato in fase di redazione del libro. La nostra sperimentazione comincia, infatti, nel 2010.

#### Valutazione dell’efficacia del trattamento

Dopo la valutazione *baseline* (T0), condotta dai due terapeuti (terapeuta principale e coach), il trattamento è stato sottoposto a valutazione di efficacia: sia per quanto riguarda l’esito che il processo. Nel primo caso la valutazione è avvenuta alla fine del trattamento, ovvero dopo dodici mesi (T1), è stata condotta da valutatori esterni e dopo sei mesi dall’interruzione del training (T2- fw), anch’essa condotta a opera di valutatori esterni. Per la valutazione di processo, ci si è avvalsi delle videoregistrazioni (l’intero trattamento è stato video registrato previo consenso dei partecipanti) e dell’analisi dei trascritti, questi ultimi riferiti alle narrazioni effettuate dai pazienti durante lo svolgimento del training (4° area compo-

nenziale: Comunicazione efficace – Narrazione; “sedia che scotta”).

I risultati alle valutazioni, effettuate tramite gli strumenti standardizzati sopraindicati, riportati dai pazienti sottoposti al trattamento sperimentale sono stati messi a confronto, con un gruppo di pazienti ricoverati in struttura residenziale (GTR). I due gruppi erano abbastanza simili per caratteristiche socio-demografiche, diagnosi, età e scolarità. Il criterio di inclusione in entrambi i gruppi esaminati, oltre alla diagnosi di schizofrenia era l’assenza di ritardo mentale. Evidenziamo a tal proposito, che all’interno del GTS è stato inserito un soggetto che presentava un lieve ritardo mentale. Le ragioni che ci hanno indotto a inserirlo nel gruppo risiedono innanzitutto nel prendere in considerazione il grande interesse mostrato dal paziente, alla presentazione del training, alla sua giovane età (24 anni) e a una valutazione qualitativa in positivo dei risultati ottenuti alla valutazione baseline. Certamente l’inclusione di questo paziente ha determinato un importante scarto medio all’interno del GTS nella valutazione dei parametri considerati. Ma i risultati incoraggianti, osservati nelle performances del paziente durante il training, e registrati nelle successive valutazioni, oltre che l’efficacia soggettiva percepita dallo stesso paziente, ci hanno indotto ad approfondire ulteriormente, in altra sede, lo studio come *single case* (Famulari, La Foresta 2011).

Riportiamo di seguito una sintesi delle costruzioni del metodo e della sua valutazione.

Le tabelle 3-4 riportano le medie dei punteggi grezzi e le deviazioni standard di tutte le valutazioni effettuate pre e post trattamento, relative ai due gruppi: il Gruppo in Trattamento Sperimentale (GTS) e il Gruppo in Trattamento Residenziale. La tabella 5 riporta la valutazione di esito T0-T1-T2 del GTS.

Tabella 3

| PRE-TRATTAMENTO  | Gruppo TS    |                 | Gruppo TR    |                 |
|--|--------------|-----------------|--------------|-----------------|
|  | <i>media</i> | <i>dev. st.</i> | <i>media</i> | <i>dev. st.</i> |
| Matrici progressive standard di Raven                  | 27,75        | 13,84           | 30,75        | 11,03           |
| Test di memoria di prosa                               |              |                 |              |                 |
| <i>Riev. immediata</i>                                 | 4,95         | 3,49            | 5,525        | 2,60            |
| <i>Riev. differita</i>                                 | 5,15         | 3,68            | 4,85         | 2,36            |
| Test di fluenza verbale fonologica                     | 20,75        | 9,88            | 26,25        | 10,21           |
| Test di fluenza verbale per categorie                  | 12,0625      | 3,99            | 18,25        | 2,47            |
| Test di fluenza verbale per associazioni libere        | 9,375        | 5,61            | 7            | 2,65            |
| Test di generazione di frasi                           | 8            | 5,10            | 13,75        | 2,63            |
| Test di giudizi verbali                                | 25,25        | 15,78           | 32           | 13,44           |
| Frontal Lobe Score (FLS)                               |              |                 |              |                 |
| FLS-tot  | 30,75        | 6,99            | 23,25        | 9,03            |
| FLS-cognitivo  | 12,75        | 8,58            | 7,25         | 5,50            |
| FLS-comportamentale                                    | 18           | 3,37            | 16           | 5,83            |
| Questionario multidimensionale conoscenza di sé (QMCS) |              |                 |              |                 |
| Conoscenza emotiva                                     | 17,5         | 8,10            | 25           | 10,03           |
| Abilità sociali  | 27,5         | 7,14            | 32           | 5,35            |
| Autocontrollo  | 30,25        | 5,32            | 29           | 5,60            |
| Percezione corporea                                    | 20,75        | 10,34           | 29,25        | 3,20            |
| Schemi disfunzionali                                   | 25,75        | 6,95            | 26,75        | 4,57            |
| Autoriflessività narrativa                             | 19,25        | 11,53           | 20           | 7,44            |
| Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)                    |              |                 |              |                 |
| Autoriflessività (AR)                                  | 15,5         | 4,80            | 11,5         | 3,11            |
| Certezza (C.)  | 10,25        | 1,50            | 7,25         | 1,89            |
| Indice di Insight Cognitivo (IC)                       | 5,25         | 3,30            | 4,25         | 2,99            |
| Life Skill Profile (LSP)                               |              |                 |              |                 |
| Cura di sé   | 28,5         | 11,09           | 22,75        | 4,99            |
| Non turbolenza   | 39,75        | 2,87            | 42           | 4,24            |
| Contatto sociale                                       | 11,75        | 4,11            | 9,5          | 2,38            |
| Comunicatività   | 14,75        | 2,99            | 16,25        | 0,96            |
| Responsabilità   | 14,25        | 2,50            | 14,25        | 2,75            |
| LSP-tot  | 109          | 20,46           | 104,75       | 11,24           |
| Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS 4.0)          |              |                 |              |                 |
| BPRS 4.0   | 60,75        | 11,24           | 63,75        | 6,55            |

aA

Tabella 4

| POST-TRATTAMENTO                                       | Gruppo TS    |                 | Gruppo TR    |                 |
|--|--------------|-----------------|--------------|-----------------|
|  | <i>media</i> | <i>dev. st.</i> | <i>media</i> | <i>dev. st.</i> |
| Matrici progressive standard di Raven                  | 27,75        | 12,82           | 30,75        | 11,03           |
| Test di memoria di prosa                               |              |                 |              |                 |
| <i>Riev. immediata</i>                                 | 4,90         | 1,40            | 5,30         | 2,53            |
| <i>Riev. differita</i>                                 | 6,27         | 1,47            | 5,57         | 2,28            |
| Test di fluenza verbale fonologica                     | 30,25        | 10,05           | 26,50        | 9,47            |
| Test di fluenza verbale per categorie                  | 13,06        | 4,71            | 16,19        | 4,31            |
| Test di fluenza verbale per associazioni libere        | 10,06        | 4,74            | 7,12         | 2,46            |
| Test di generazione di frasi                           | 11,00        | 5,72            | 15,25        | 2,75            |
| Test di giudizi verbali                                | 37,75        | 8,06            | 28,50        | 14,29           |
| Frontal Lobe Score (FLS)                               |              |                 |              |                 |
| FLS-tot  | 20,50        | 13,00           | 19,25        | 9,81            |
| FLS-cognitivo  | 8,00         | 8,91            | 6,25         | 4,86            |
| FLS-comportamentale                                    | 12,50        | 4,80            | 13,00        | 5,35            |
| Questionario multidimensionale conoscenza di sé (QMCS) |              |                 |              |                 |
| Conoscenza emotiva                                     | 20,50        | 8,58            | 25,00        | 4,08            |
| Abilità sociali  | 28,50        | 10,15           | 29,75        | 7,09            |
| Autocontrollo  | 31,50        | 3,51            | 29,50        | 9,04            |
| Percezione corporea                                    | 23,25        | 11,87           | 26,00        | 9,35            |
| Schemi disfunzionali                                   | 28,75        | 5,85            | 26,50        | 1,91            |
| Autoriflessività narrativa                             | 25,75        | 4,35            | 18,25        | 5,38            |
| Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)                    |              |                 |              |                 |
| Autoriflessività (AR)                                  | 18,75        | 2,50            | 12,50        | 1,73            |
| Certezza (C.)  | 7,50         | 3,00            | 9,75         | 2,63            |
| Indice di Insight Cognitivo (IC)                       | 11,25        | 5,38            | 4,25         | 2,99            |
| Life Skill Profile (LSP)                               |              |                 |              |                 |
| Cura di sé   | 36,00        | 4,76            | 29,50        | 4,04            |
| Non turbolenza   | 46,25        | 2,22            | 44,5         | 3,11            |
| Contatto sociale                                       | 18,75        | 4,27            | 11,25        | 2,06            |
| Comunicatività   | 22,00        | 1,83            | 18,25        | 2,63            |
| Responsabilità   | 18,50        | 1,29            | 16,75        | 1,26            |
| LSP-tot  | 141,50       | 10,47           | 120,25       | 10,40           |
| Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS 4.0)          |              |                 |              |                 |
| BPRS 4.0   | 38,75        | 9,71            | 37,00        | 1,41            |

Tabella 5

| VALUTAZIONE DI ESITO                                   | Pre-trattamento<br>(T0) |                 | Post-trattamento<br>(T1) |                 | Follow-up<br>(T2) |                 |
|--|-------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
|  | <i>media</i>            | <i>dev. st.</i> | <i>media</i>             | <i>dev. st.</i> | <i>media</i>      | <i>dev. st.</i> |
| Gruppo sperimentale                                    |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| Test-domini cognitivi-metacognitivi                    |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| Memoria prosa (raccontino)                             |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| <i>Rievoc. immediata</i>                               | 4,95                    | 3,49            | 4,9                      | 1,39            | 4,1               | 5,62            |
| <i>Rievoc. differita</i>                               | 5,15                    | 3,68            | 6,27                     | 1,47            | 0,85              | 1,15            |
| Linguaggio   |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| Fluenza verbale fonologica                             | 20,75                   | 9,88            | 30,25                    | 10,04           | 30,75             | 13,94           |
| Fluenza verbale categorica                             | 12,06                   | 3,98            | 13,06                    | 4,7             | 14,75             | 6,75            |
| Fluenza verbale associativa                            | 9,37                    | 5,61            | 10,06                    | 4,74            | 8,08              | 4,62            |
| Generazione di frasi                                   | 8                       | 5,09            | 11                       | 5,71            | 15,75             | 2,06            |
| Ragionamento   |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| Giudizi verbali  | 25,25                   | 15,78           | 37,75                    | 8,06            | 42,5              | 10,54           |
| Funzionamento esecutivo                                |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| Frontal Lobe Score (FLS)                               |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| FLS totale   | 30,75                   | 6,99            | 20,5                     | 13              | 18                | 13,73           |
| FLS cognitivo  | 12,75                   | 8,58            | 8                        | 8,91            | 9,75              | 8,38            |
| FLS comportamentale                                    | 18                      | 3,37            | 12,5                     | 4,79            | 8,25              | 5,68            |
| Questionario multidimensionale conoscenza di sé (QMCS) |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| Conoscenza emotiva                                     | 17,5                    | 8,1             | 20,5                     | 8,58            | 26,5              | 5,74            |
| Abilità sociali  | 27,5                    | 7,14            | 28,5                     | 10,15           | 30,5              | 3,7             |
| Autocontrollo  | 30,25                   | 5,32            | 31,5                     | 3,51            | 33,25             | 0,96            |
| Percezione corporea                                    | 20,75                   | 10,34           | 23,25                    | 11,87           | 24,25             | 10,72           |
| Schemi disfunzionali                                   | 25,75                   | 6,95            | 28,75                    | 5,85            | 34,5              | 6,4             |
| Autoriflessività narrativa                             | 19,25                   | 11,53           | 25,75                    | 4,35            | 23,75             | 9,91            |
| Beck Cognitive Index                                   |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| Indice di Insight Cognitivo                            | 5,25                    | 3,3             | 11,25                    | 5,38            | 10                | 4,83            |
| Life Skill Profile (LSP)                               |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| LSP-tot  | 109,00                  | 20,46           | 141,50                   | 10,47           | 141,50            | 10,47           |
| Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS 4.0)          |                         |                 |                          |                 |                   |                 |
| BPRS 4.0   | 60,75                   | 11,24           | 38,75                    | 9,71            | 38,75             | 9,71            |

Scopo:  
*progettazione-costruzione intervento; valutazione degli esiti e  
valutazione di processo*

Sede = *DSM-ASP Messina*

Soggetti: 10 pz , diagnosi : schizofrenia ( DSM IV-TR)

Criterio Inclusione : *assenza di ritardo mentale.*

Gruppo Trattamento Sperimentale (GTS) n°pz = 6

Gruppo di confronto in Trattamento Residenziale (GTR) n°= 4

Caratteristiche soggetti:

Età: GTS= 37±7,93; GTR= 41,16±4,87

Scolarità: GTS= 11,25±3,94; GTR 11±2,28

*Droup out = 2*

aA

### Caratteristiche Gruppo Sperimentale GTS

101

- **Tipo:** gruppo chiuso
- **Frequenza:** 2 incontri settimanali della durata circa 90 minuti, intervallati da una breve pausa
- **Durata:** 12 mesi
- **Conduzione:** *modalità di leadership, di coaching, sistema di verifica multifeedback*, sessioni videoregistrate e sottoposte all'esame critico dei pazienti.
- **Metodologia multimodale-integrativa**  
(Approccio Psicoterapico; psicoeducazione; Cognitive Remediation, ristrutturazione cognitiva; interventi in "vivo";)
- Il Trattamento prevede anche degli **Incontri individuali** di approfondimento

## ASSESSMENT:

### VALUTAZIONE ESITO

- Confronto within subjects (*GTS*) pre - post trattamento ( $T0-T1$ );
- Confronto between subjects (*GTS-GTR*) –  $T0 - T1$
- Valutazione di follow-up, a sei mesi, ( $T2$ )  
Gruppo Trattamento Sperimentale (*GTS*)
- Analisi qualitativa dati: confronto video-registrazioni  
(pragmatica comunicazione, relazione, comportamento)

$T0$  → terapeuti /  $T1 - T2$  → valutatore esterno

### VALUTAZIONE PROCESSO

- Videoconfrontazione
- Analisi trascritti con Atlas.ti 5 (Muhur, 2004)
- Studio correlazionale tra *Alleanza Terapeutica (WAI-Horvath, Greenberg, 1989)* e *Stile Attaccamento (SAT- Attili, 2001)*

## STRUMENTI



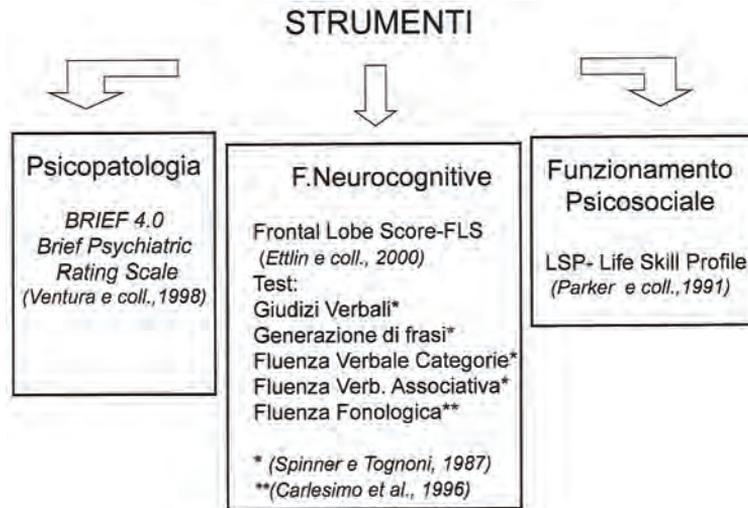
### F. METACOGNITIVE

**QMCS** Questionario Multidimensionale  
della Conoscenza di Sé

(Di Bernardino - Bartoccini, 2003)

**BCIS** (Beck Cognitive Insight Scale)

(Beck e coll., 2003)



aA

|  |   |
|--|---|
| <b>QMCS Aree conoscenza di Sé</b>                |   |
| <b>CONOSCENZA EMOTIVA</b><br>Items: 1-10         | Capacità di identificare, valutare, discriminare e rievocare le emozioni proprie (stile emotivo personale e repertorio emotivo) e altrui (decentramento emotivo).                     |
| <b>ABILITÀ SOCIALI</b><br>Items 11-20            | Insieme di capacità di funzionamento psicosociale relazionale (stili comunicativi efficaci e adeguata affermazione di sé)   |
| <b>AUTOCONTROLLO</b><br>Items: 21-30             | Capacità di sviluppare un'autentica comunicazione di Sé (esprimere un'emozione; chiedere e dire no senza colpa; esprimere idee contrarie; fare e ricevere critiche costruttive ecc..) |
| <b>PERCEZIONE CORPOREA</b><br>Items: 31-40       | Rappresentazione mentale del proprio corpo (forma, dimensione/taglia) e dei sentimenti provati rispetto a queste caratteristiche e alle singole parti fisiche.                        |
| <b>SCHEMI DISFUNZIONALI</b><br>Items: 41-50      | Capacità di riconoscere pensieri (convinzioni, credenze) irrazionali  |
| <b>AUTORIFLESSIVITÀ NARRATIVA</b><br>Items 51-60 | Capacità di ricostruire una certa coerenza narrativa e una continuità semantica della propria storia personale.   |

## BECK'S COGNITIVE INSIGHT SCALE

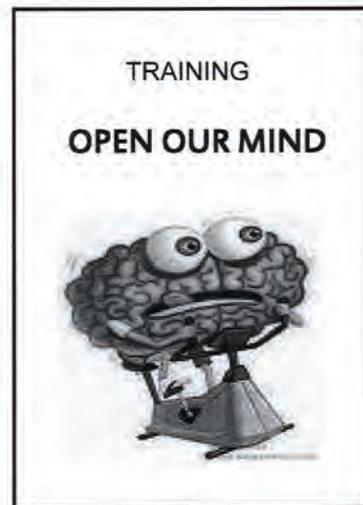
(Beck et al., 2003)

| SOTTOSCALA<br>"Self-reflectiveness"   | SOTTOSCALA<br>"Self-certainty"                    | INDICE DI<br>Insight Cognitivo  |
|---|---|---|
| Misura la capacità di autoriflessione sulle proprie esperienze insolite e la capacità di correggere i giudizi sbagliati | Misura la certezza circa i propri giudizi erronei | Viene calcolato sottraendo punteggio ottenuto sottoscala "Self-reflectiveness" da quello ottenuto sottoscala "Self-certainty" |

104

### MATERIALE IN USO

- lavagna a fogli mobili,
- pennarelli colorati,
- videocamera, PC.
- fogli di cartoncino colorati,
- **cartellina personale**
- schede di lavoro per stimolazione cognitiva e meta cognitiva:  
(attenzione-memoria-funzioni esecutive-linguaggio-pensiero-percezione sociale), fotografie, quiz-movie, giochi di ruolo, esercitazioni metodo ABC



aA

## Il modello di intervento riabilitativo

fondamento teorico-scientifico rispetto a  
eziopatogenesi, decorso esito della patologia:

**Vulnerabilità – Stress / Coping - Competence**

Approccio terapeutico-riabilitativo di riferimento nella pratica:

**Cognitivo-Comportamentale**

**Relazione Terapeutica** → “*Empirismo Collaborativo*” (Beck, 1976);  
“*Base Sicura*” (Bowlby, 1988)

**Costruzione A.T.** → (prerequisito fondamentale) Fase di  
“*Socializzazione*” (Perris, 1989), del paziente-terapeuta e tipo di terapia  
programmata

**Coppia Terapeuta- Coach** → validante; psicoeducativo, incoraggiante,  
collaborativo

**Tecniche di conduzione** → maieutica, modelling, normalizzazione dei  
sintomi, decentramento, rinforzo informativo, feedback correttivo,  
brainstorming, comunicazione efficace, *problem-solving*; ristrutturazione  
cognitiva.

aA

105

## Le 4 FASI DEL TRAINING

- I. Assessment – Alleanza Terapeutica
- II. Il Training – 5 aree componenziali
- III. La chiusura del Training – la verifica
- IV. Supporto, monitoraggio, follow-up

**Il Fase IL TRAINING: AREE Componentiali**

- 1. MOTIVAZIONE e IMPEGNO**
  - L'identità e la coesione del gruppo: definizione e condivisione degli obiettivi specifici e generali
  - la "piramide" e il "poster personale"
  
- 2. COMPrensIONE / PsICOEDUCAZIONE**
  - "le funzioni cognitive", "il disturbo della percezione e del pensiero", "benessere e stile di vita"
  
- 3. STIMOLAZIONE / APPRENDIMENTO**
  - "Esercizi -Allena-Menti", "esperienze in vivo", dal poster alla vita quotidiana",
  
- 4. COMUNICAZIONE EFFICACE / NARRAZIONE**
  - "La sedia che scotta", "I fogli di feedback"
  
- 5. AUTOCONSAPEVOLEZZA**
  - "Il metodo ABC", "i video", Il percorso individuale nel gruppo: "i quaderni personali"

106



aA

## Conclusioni e prospettive

«Non tutto ciò che può essere contato conta e non tutto ciò che conta può essere contato».

A. Einstein

aA

Come spesso accade nella ricerca, soprattutto nella sperimentazione sulla valutazione degli esiti in riabilitazione psichiatrica, i risultati spingono a reinterpretare e riformulare i quesiti cui ci si era proposto di rispondere, all'insegna di un approccio volto alla circolarità indissolubile tra i diversi dati e le diverse variabili. La prospettiva scientifica tende sempre di più ad abbracciare il paradigma della "complessità". Sul versante sociologico è stato E. Morin, a porre grande attenzione alle conseguenze di tale nuovo paradigma, affermando che «v'è complessità quando sono inseparabili le differenti componenti che costituiscono un tutto [...] e quando v'è un tessuto interdipendente, interattivo e interretroattivo fra le parti e il tutto e fra il tutto e le parti».

Il metodo elaborato in questa ricerca esorta a uscire dal solco, fino a questo momento, tracciato da quegli interventi riabilitativi che risentono, ancor oggi, di una cultura scientifica improntata alla linearità e alla settorializzazione degli interventi e delle cosiddette "attività riabilitative". Gli studi, riportati nella prima parte di questo lavoro, si sforzavano, di chiarire il tipo di relazioni tra schizofrenia, funzionamento cerebrale, cognitivo e sociale, prendendo poco in considerazione altre variabili legate sia alla soggettività del paziente,

107

sia all'intersoggettività, delle persone in relazione durante il trattamento (paziente/i – terapeuta/i), con la conseguenza di confermare o disconfermare la possibilità di un ristabilimento, ovvero di una soddisfacente integrazione nella vita reale, e quindi di valutare gli esiti del trattamento, estrapolandone gli indicatori. Forse la questione è mal posta e, per certi versi, viziata, talvolta, dalle possibili distorsioni conseguenti ai vari paradigmi epistemologici che il nostro contesto culturale e scientifico ci impone, inducendoci a ragionare nei termini dicotomici del funziona/non funziona; del normale/patologico, efficace/inefficace ecc. Si tratta di un contesto scientifico difficile con il quale i ricercatori si scontrano costantemente nel corso del loro lavoro, sforzandosi di esercitare un metapensiero su quello che si sta sperimentando e sul modo in cui si conducono le ricerche. Anche in questo studio, nonostante gli sforzi, ci è mossi su un terreno scivoloso rischiando, nel corso della validazione dell'intervento, di considerare i risultati di esito solo attraverso un paradigma interpretativo di tipo categoriale/ quantitativo. L'accento fortemente posto sull'approccio relazionale e multidimensionale ha mostrato il grande vantaggio di far emergere direttamente dai dati, la valenza che ha adottare un trattamento olistico, che racchiude in un solo intervento varie componenti interdipendenti e inseparabili, propendendo verso un pensiero e un agire di tipo strategico e complesso. Il metodo si caratterizza come un percorso riabilitativo specifico, un processo che necessita di un tempo abbastanza lungo, che deve far parte della Presa in Carico Globale dei soggetti. Ai terapeuti, è richiesta grande conoscenza dell'ambito clinico, buona capacità nella gestione dei gruppi e grande flessibilità nel modulare e calibrare tecniche e strumenti e di variare il tipo di setting. Nel preparare, di volta in volta le sedute è indispensabile tenere presenti gli obiettivi riabilitativi di ognuno all'interno del gruppo, partendo proprio dalla soggettività e dalla storia personale di ognuno. Quindi, non il "pacchetto già pronto di esercizi e attività da somministrare", ma la descrizione dettagliata di un trattamento riabilitativo che si definisce relazionale e metacognitivo, e che si dispiega all'interno di una cornice metodologica sostenuta dalle evidenze scientifiche.

Nella fase della sperimentazione del metodo è stato possibile rendersi conto, che ciò a cui era fondamentale rispondere oltre, ai risultati terapeutici dei singoli, riguardava quale

tipo di configurazione assumessero la riabilitazione, la psicoterapia, l'intervento psicosociale e supportivo nella continuità terapeutica della presa in carico e quale rappresentazione, invece, mostrassero il funzionamento cognitivo, psichico e sociale in questi pazienti. Emergono due condizioni necessarie per l'esercizio di una buona pratica riabilitativa: non settorializzare gli interventi e i saperi, il funzionamento intrapsichico, neuropsicologico e sociale e le variabili ambientali, sono inscindibili; valorizzare la dimensione relazionale-intersoggettiva della riabilitazione, altrimenti, questo ambito della cura rischia di ridursi a un declinazione di tecniche vuote e finalizzate a un fare senza pensiero e senza affetto. Il paziente con schizofrenia preserva un potenziale di cambiamento e una soggettività che cerca di difendere strenuamente, e tutto il sistema dei servizi, cui è affidata la presa in carico ha il dovere clinico ed etico di sostenerla. Simultaneamente, nuove politiche socio-sanitarie dovrebbero essere sostenute in favore dei pazienti stessi e delle famiglie, spesso impreparate a gestire un carico così gravoso di sofferenza e di investimento materiale. L'auspicio con cui concludiamo questo lavoro è che ricerche future possano fare luce sulle possibilità di esito positivo dei trattamenti di riabilitazione psichiatrica, mettendo in rilievo quei dati che confermano come una buona percentuale di casi possa esitare in uno stadio di recovery dalla malattia.

aA

109

Il recovery è un processo profondamente personale e unico, che comporta il cambiamento dei propri atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e/o ruoli. È un modo di condurre una vita soddisfacente, speranzosa e fattiva, con o senza le limitazioni causate dalla malattia. Il recovery implica lo sviluppo di un nuovo significato e di un nuovo scopo all'interno della propria esistenza man mano che si superano gli effetti catastrofici di una malattia mentale. (Anthony 1993)



# Allegati

aA



### Presentazione training

Dopo il benvenuto si procede ricordando il motivo per cui ci si trova insieme ovvero si definisce lo scopo del training di gruppo.

*Scopo: riconoscere, affrontare e superare le proprie difficoltà, per migliorare il proprio stile di vita*

Successivamente viene spiegato come si svolgerà il training dal punto di vista organizzativo.

- 2 incontri/sedute settimanali (ad esempio, lunedì –mercoledì) della durata complessiva di 2 ore con una pausa di 20 minuti (quindi ogni incontro sarà diviso in due parti di 45 min)
- ognuno di voi avrà una cartellina che contiene il materiale che ci serve per lavorare
- useremo una video-camera, che ci dà la possibilità di “poterci rivedere” e così di poter monitorare il nostro percorso, sarà divertente, che ne dite?
- faremo degli esercizi, tipo giochi, simulazioni che tendono a riprodurre situazioni reali della vita di tutti i giorni. Avremo anche dei momenti di discussione su argomenti che sceglieremo pian piano anche in base ai vostri suggerimenti
- impareremo qual è la strategia adeguata per affondare una situazione problematica e poterla risolvere con successo
- prevediamo anche delle attività esterne

aA

113

Viene rinforzata la motivazione a partecipare al training sottolineando il concetto di benessere psico-fisico. Ad esempio si può dire: *Così come è necessario adottare una sana ed equilibrata alimentazione, o praticare sport per tenersi in forma è anche necessario allenare la nostra mente. A proposito di ciò, le funzioni che tratteremo e alleneremo sono le funzioni cognitive. Per far questo ci serviremo di uno schema a forma di piramide che farà da guida.*

### Parte interattiva

- giro di presentazione personale che inizia dai terapeuti
- presentazione da parte di uno dei terapisti dell’immagine scelta, come logo del gruppo, che servirà da input per i partecipanti, per definire il nome da dare al gruppo: *Adesso insieme decideremo quale nome dare al nostro gruppo.*
- stabilire le Regole del gruppo: *Affinché nel gruppo si possa collabo-*

*rare serenamente è necessario formulare alcune regole, i partecipanti vengono stimolati a proporre delle regole che vengono riportate sulla lavagna a fogli mobili (ad esempio: impegno, regolarità e puntualità, avvertire in caso di assenza, riservatezza, impegnarsi attivamente, non interrompere).*

Si procede definendo le regole ritenute necessarie allo svolgimento del training, che vengono ricopiate e appese alla parete.

### **Esercizi**

Per introdurre gli esercizi si fa riferimento ai test di valutazione baseline precedentemente eseguiti.

*Prima di incontrarci abbiamo fatto dei test che servono a valutare le funzioni cognitive. Questo è stato necessario per poter organizzare al meglio il lavoro che svolgeremo durante il training, in modo da tenere presenti sia le difficoltà che i punti di forza. I risultati delle valutazioni verranno discussi in incontri individuali che concorderemo di volta in volta.*

Si procede invitando i pazienti a partecipare a un gioco-esercizio, che stimolerà una funzione cognitiva: si procede in ordine gerarchico seguendo le indicazioni proposte nella parte descrittiva. (solitamente si inizia con l'Attenzione).

### **Conclusione dell'incontro**

Si effettua una breve sintesi del lavoro effettuato, subito dopo si chiede ai partecipanti di intervenire ponendo domande o comunicando eventuali riflessioni al gruppo.

Ci si saluta dandosi il prossimo appuntamento.

### Fase introduttiva del training

Viene ribadito lo scopo del training ovvero: *riconoscere, affrontare e superare le proprie difficoltà, per migliorare il proprio stile di vita.*

I requisiti fondamentali nel nostro percorso sono: *Conoscenza, Consapevolezza, Motivazione ed Allenamento*

*Quale è il percorso per acquisire tali requisiti?; Cosa dobbiamo conoscere? Innanzi tutto il nostro disturbo con le difficoltà che ne derivano; riconoscere e rintracciare tali difficoltà quando queste si presentano nella vita quotidiana (questo lo affronteremo il prossimo incontro). Nel nostro cervello, che possiamo paragonare a un elaboratore generale che coordina le funzioni di tutto il corpo, si trovano le funzioni cognitive, su cui ci alleneremo. Quali sono? facciamo subito un esempio... Cosa succede quando dobbiamo attraversare la strada? O quando dobbiamo andare fare la spesa? Ecc.*

Brainstorming definire le funzioni cognitive, attingiamo dalle nostre attuali conoscenze:

aA

*A questo proposito volevo dire che fa bene a tutti esercitarsi e mantenere efficiente la mente facendo delle attività, ad esempio leggere, fare cruciverba, partecipare ad attività ricreative, come andare al cinema, fare attività manuali, anche fare sport fa bene alla mente! Pensate che alcuni studiosi giapponesi per tenere in allenamento la mente hanno inventato il "Nintendo". Il Nintendo è un gioco di ginnastica mentale, si chiama Brain Training, magari lo avete visto in televisione.*

115

*Noi siamo qui perché ci troviamo di fronte a delle problematiche specifiche, a causa del disturbo, che ha influito negativamente sulle performance cognitive. Inizieremo proprio dalla conoscenza del nostro disturbo e delle difficoltà incontrate nel quotidiano, è necessario saperne di più per comprendere quello che succede quando stiamo male.*

Presentazione piramide rossa



*Nel corso dell'incontro scopriremo cosa indica la piramide, che ci accompagnerà durante tutto il training!*

### **Fase informativa: disturbi della percezione e del pensiero**

*Due sono i requisiti fondamentali, in questo nostro percorso:*

- 1) *Comprensione*
- 2) *Consapevolezza*

*Come è possibile avere comprensione e consapevolezza? Per comprendere è innanzitutto necessario conoscere:*

- 1) *Il disturbo psichico e le sue conseguenze. Un valido aiuto ci può arrivare prendendo in considerazione le difficoltà rilevate ai test soprattutto se le mettiamo in relazione alla difficoltà nella vita quotidiana.*
- 2) *Chiarire come queste difficoltà-problemi interferiscono con vari aspetti della vita quotidiana e quali implicazioni hanno a lungo termine.*
- 3) *Individuare strategie e modalità efficaci per compensare con successo i limiti e le restrizioni.*
- 4) *Come sviluppare aspettative realistiche per il futuro sulla base del successo delle strategie di compensazione.*

*Iniziamo con la Percezione e il Pensiero due importantissime e complesse funzioni mentali.*

aA

116

A turno ognuno inizia a dare una definizione che viene riportata sulla lavagna a fogli mobili.

Dopo aver fatto il brainstorming si danno delle informazioni in merito, ad esempio si può parlare della percezione e del pensiero.

*La **PERCEZIONE** è una funzione psichica complessa che ci permette di organizzare le informazioni provenienti dagli organi di senso e di integrarle con la nostra esperienza, rendendoci consapevoli dell'ambiente. Attraverso la Percezione diamo un significato ai dati che ci arrivano dai nostri sensi (stimolare la verbalizzazione dei sensi e degli organi). Per un corretto funzionamento della percezione è necessario che diversi elementi che servono a questa funzione siano integri e funzionino in armonia fra loro. Tra questi elementi ci sono gli organi di senso (vista, udito, tatto, gusto, olfatto), che fungono da recettori esterni, le vie nervose di collegamento e un elaboratore centrale (cervello) che si occupa di integrare fra loro tutte le informazioni che arrivano sia dall'ambiente esterno, che ci circonda, sia dal nostro mondo interno, cioè dai nostri pensieri, dalle emozioni, e dai ricordi (memoria).*

*Nel caso dei disturbi della percezione i segnali che i recettori esterni (organi di senso) inviano al cervello, probabilmente vengono elaborati male (per motivi vari che non si conoscono ancora bene) quindi ne deriva che le risposte che il*

*cervello invia sono inesatte, così si possono udire voci, rumori, oppure avere difficoltà nella visione, o ancora sentire strane sensazioni sul corpo, tutte cose che non hanno un riscontro nella realtà, pur sembrando assolutamente reali! Si possono avere disturbi della percezione per vari motivi o cause (fare esempi pratici come, altre malattie, condizioni estreme ecc.) Accade ad esempio quando una persona è sottoposta a grandi e prolungati stress, vive situazioni di particolare disagio psico-fisico a causa di condizioni ambientali avverse.*

Si parla quindi di disturbi della percezione quando il nostro cervello segnala una cosa che in realtà non si è verificata.

**Il pensiero** è una attività mentale, come tale può essere modificata. Comprende diversi processi che possono essere logici, razionali, creativi, irrazionali. Noi riflettiamo, immaginiamo, ragioniamo, inventiamo, creiamo. Questa funzione mentale ci permette di entrare in comunicazione con il mondo che ci circonda, con gli altri ma anche con noi stessi. Ci consente di costruire opinioni, idee, ipotesi, credenze, convinzioni sul mondo, sugli altri, su noi stessi.

**I disturbi del pensiero** si riferiscono a diverse situazioni ad esempio: quando una persona non riesce a mettere in discussione le proprie idee, le convinzioni, le credenze e a confrontarle con gli altri questo vuol dire avere un pensiero rigido, poco elastico. Così si possono creare delle "fissazioni", delle perseverazioni, cioè si ha in testa sempre lo stesso pensiero, la stessa idea, la persona non se ne riesce a liberare. Quando si tende a "perseverare" significa "ripetere" un pensiero o un'azione perché non si riesce ad apportare modifiche e correzioni. Per esempio, può capitare che si comincia a credere che tutto ciò che accade venga riferito a se stessi (fare esempi, è bene che i terapeuti usino anche esempi personali di situazioni in cui si è verificato quanto detto, stimolando i partecipanti a raccontare aneddoti), può capitare di interpretare male le intenzioni degli altri, si tende a saltare alle conclusioni troppo in fretta, non tenendo conto delle opinioni degli altri, e cioè non si tiene conto della realtà che ci circonda. A causa di questa rigidità del pensiero si perde la capacità di cogliere alcune sfumature del discorso e si possono avere difficoltà ad esempio a comprendere battute, modi di dire di uso comune come i proverbi, si fa fatica a usare metafore nel discorso.

A proposito cos'è? Una metafora? (brainstorming). Fare esempi di uso del linguaggio metaforico, attraverso l'uso di poesie, film, ecc.

## **Cosa succede se percezione e pensiero funzionano male?**

### **Conseguenze**

*I disturbi della percezione e del pensiero possono determinare un cambiamento nella persona. Inizialmente, quando si presentano i sintomi (voci,*

*pensieri insoliti, sensazioni strane sul corpo) la persona non capisce bene cosa le stia capitando, alcuni attribuiscono l'origine a cause a esterne, nel tentativo di trovare una spiegazione. Il modo di essere, le abitudini, e le attività della vita quotidiana vengono sconvolte e bisogna fronteggiare la situazione, mettere in atto una nuova riorganizzazione, un nuovo adattamento, della propria vita. Tutte le persone nel corso della loro vita, per cause diverse si trovano a dover affrontare delle situazioni di perdita, di restrizioni di ri-adattamento. Si sperimenta una sensazione di fallimento... ma bisogna pensare che non tutto è perduto: molte capacità che vengono un po' compromesse dai sintomi e dagli effetti che questi hanno sulla mente della persona, possono essere recuperate. Molto spesso capita che le persone che soffrono di disturbi della percezione e del pensiero, per timore di vivere un'esperienza negativa, di non riuscire a fare le cose che facevano prima o intraprendere nuove attività, rinunciano a mettersi in gioco, e adoperare quelle abilità di cui comunque sono capaci. Spesso è difficile e faticoso per la persona riconoscere le esperienze reali da quelle non reali, ci si può sentire frastornati, confusi e non capiti dagli altri, incapaci a mantenere la lucidità rispetto a se stessi alle proprie idee, emozioni alle persone vicine e si sente tutto come se fosse ostile. Questo può spingere a un progressivo isolamento.*

*A tal proposito mi viene in mente una frase di un famoso poeta francese Paul Valery: "Un uomo solo è sempre in cattiva compagnia".*

## **Le aree problematiche possono riguardare:**

### **1) Le Funzioni Cognitive**

**Attenzione e Memoria:** ridotta capacità di dirigere l'attenzione verso un obiettivo o stimolo specifico, quindi difficoltà di concentrazione. Può capitare di essere "troppo presi dai propri pensieri" cioè essere distratti da pensieri disturbanti questo impedisce di focalizzare l'attenzione nei confronti dell'ambiente circostante.

Conseguentemente a questa diminuzione della capacità attentiva si può associare la difficoltà nella memoria, sensazione di non riuscire più ad apprendere cose nuove e non ricordare anche cose utili e riguardanti lo svolgimento di normali attività della vita quotidiana.

**Funzioni Esecutive:** si riferiscono alla volontà, alla pianificazione, al ragionamento, alla produzione di strategie di organizzazione e di risoluzione dei problemi, così come l'autoregolazione, l'autocontrollo e l'autoconsapevolezza.

Si manifestano come:

- a) difficoltà nella scelta delle strategie operative adeguate al contesto;
- b) come perseverazione nell'utilizzo di una strategia non idonea;

- c) come difficoltà nella programmazione preliminare degli obiettivi;
- d) come errori nella programmazione della sequenza d'azione e scarse capacità di automonitoraggio;
- e) come un'incapacità a mantenere una sequenza d'azione efficace.

## 2) Il Comportamento

### Controllo-Impulsività/ Mancanza di Iniziativa e Isolamento

Si possono osservare difficoltà di controllare le proprie reazioni emotive, le relazioni con gli altri possono essere di tipo aggressivo o conflittuale, per la mancanza di una corretta capacità di giudizio. Ci può essere impulsività, ad esempio rispondere in modo precipitoso e senza riflettere; irascibilità, irritabilità ad esempio in quelle situazioni in cui non si può ottenere ciò che si desidera. La persona sembra priva di iniziativa, motivazione, per mancanza di interessi o piacere a fare delle attività oppure nonostante provi vero interesse e desiderio, semplicemente non riesce a iniziare un'attività, affaticandosi velocemente. Ci si può sentire depressi (sentirsi giù con l'umore) o andare incontro a forti stati di ansia.

aA

## 3) La Relazione

**Comunicazione:** difficoltà ad entrare in relazione con gli altri, ad esempio per paura di essere giudicati, difficoltà nell'iniziare e mantenere una conversazione efficace. Si può avere la sensazione di non trovare le parole, o che non siano quelle "giuste", ad esempio per descrivere i propri sentimenti.

*Non sempre si è consapevoli di queste difficoltà e a volte ci si rifiuta di ammetterle, oppure gli si dà un peso maggiore. Il nostro lavoro sarà quello di dare il giusto peso a queste difficoltà per poterle affrontare, allenare, apprendere nuove strategie di compenso, e rafforzando le capacità che si continuano a possedere.*

*Fondamentali sono l'impegno e la motivazione al training.*

## VERIFICA INTERATTIVA

*Vi ritrovate nella descrizione fatta? Riconoscete in voi alcuni dei punti descritti?*

*Avete notato dei cambiamenti nella vostra vita dopo il disturbo?*

*Quali in particolare? Potreste spiegarli con degli esempi?*

**POSTER**  
(esempio)

*Mario*

**Problema:** difficoltà a distogliere l'attenzione dai dettagli e tendenza a un eccessivo controllo dei particolari tralasciando la globalità, che porta a volte a non riuscire a pianificare in modo adeguato ed efficace, eccessivo tempo impiegato nell'affrontare i compiti.

**Obiettivo:** esercitarsi nel dare priorità agli aspetti più importanti di un compito e a considerare il "tutto" monitorando il tempo impiegato.

**Strategie:**

- 1) Darsi un tempo e rispettarlo.
- 2) Selezionare solo alcuni aspetti più importanti e globali rispetto a un compito.
- 3) Se mi accorgo di "bloccarmi su un dettaglio" interrompere il compito.
- 4) Non affaticarsi, trovare una cosa piacevole da fare (spostare l'attenzione su un altro argomento)

**Verifica:**

feedback relazionale

Per la costruzione e pianificazione della parte dedicata alle **Zone di Allenamento** ci siamo serviti del supporto di diversi manuali per la riabilitazione cognitiva, libri o riviste.

Di seguito riportiamo quelli impiegati:

- **Orientamento nella realtà** – riorganizzazione cognitiva in persone con traumi cerebrali (S. Holloran, E. Bressler, Ed. Erickson, Trento 1997);
- **Focus Brain Trainer**- rivista mensile
- **Varie riviste di Enigmistica, Cruciverba; Puzzle; CrittoFacili** da dove sono stati estrapolati e adattati diversi esercizi

## MEMORIA DI PROSA

Per la Memoria di Prosa sono stati usati degli argomenti di attualità e interesse che venivano preparati dai conduttori preventivamente e resi in forma scritta, con l'introduzione di immagini, gli argomenti venivano affrontati in seno alla seduta in forma discussionale e successivamente rielaborati e rievocati dai partecipanti.

Di seguito viene riportato un esempio:

### LA GIORNATA MONDIALE DELLA SALUTE MENTALE

122

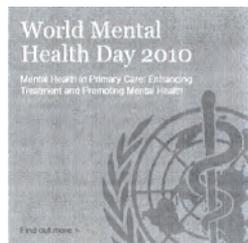
10 ottobre, è stata celebrata, come ogni anno dal 1992, la «Giornata Mondiale della Salute Mentale» al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica all'importante tema della salute mentale nel mondo. L'iniziativa è sostenuta dal WFMH (World Federation for Mental Health) dall'ONU (Organizzazione Nazioni Unite) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) Il tema di quest'anno riguarda il rapporto tra **“benessere mentale e malattie fisiche croniche”**. L'obiettivo delle organizzazioni che sostengono la “Giornata Mondiale della Salute Mentale” è quello di **fare della salute mentale una priorità mondiale sensibilizzando il pubblico e promuovendo investimenti sempre più consistenti per sostenere i servizi di prevenzione e cura.**

Questo lo slogan espresso a Helsinki nel 2005 durante una riunione della OMS riguardante la promozione e la tutela del benessere collettivo:

**“No health without mental health” (“Non c'è salute senza salute mentale”).**

**“La salute mentale e il benessere mentale di una persona sono fondamentali per la qualità della sua vita. Incidono sulla produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni. Rendono le persone capaci di sperimentare il vero significato della vita. Permettono loro di esprimere la propria creatività e di essere dei cittadini partecipi e attivi”**. Così si sono espressi i ministri della salute dei 52 paesi europei membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che, in un accordo siglato ad Helsinki (Finlandia) nel 2005, hanno sottoscritto una dichiarazione sulla salute mentale.

aA



MATTONELLA

Aggiungere al osto dei trattini le lettere mancanti per formare parole di senso compiuto. Leggendo le lettere stesse di seguito si otterrà una frase del filosofo greco Epitteto

Geroglifico cuore amministrare emozioni neve  
 oscurità nuvola

Sorriso vino alba gitano fortunati  
 esperienza turno

abbagliante acrobati nuda allegria  
 affresco segreto

armadio dalmata facile opinione  
 naufrago cuoio

animazione chiave euforia esistenza  
 sincerità

chiedere ancoraggio nonno delizia  
 affidabile

accoglienza assegno

ES N MI GLI SE NI O UO  
 NO H LE

E NO IO SO A GIT TI DEL  
 DA

N E BA LLE CO DAL ATI MA LE  
 AN N

PI CH NI SI TUR CO SE

***Gli uomini non sono agitati e turbati dalle cose, ma dalle opinioni che essi hanno delle cose.***

***Epitteto***

aA

123

## **PERCEZIONE SOCIALE**

Per la parte dedicata:

al RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI; alla PERCEZIONE SOCIALE alla capacità di FARE INFERENZE abbiamo usato:

- Quiz Movie, un gioco tratto da La Gazzetta Enigmistica.
- Foto tratte dalla raccolta “Roma Capitale del Cinema”. Il neo-realismo e gli anni '60 a cura di F. Mariotti, Edizioni Cosmopoli.

## QUIZ MOVIE

0119

Le foto qui sotto sono tratte da otto recenti film che hanno riscosso grande successo nelle sale cinematografiche. Abbinare a ciascuna di esse la relativa trama e indovinare il titolo della pellicola.



A) Un giovane attore texano si reca nella Grande Mela in cerca di fama. Il ragazzo è un inguaribile romantico, innamorato di una giovane e bellissima cantante che crede essere l'amore della sua vita.

B) Berlino Est, primi anni '80. Il ministro della Cultura assiste a uno spettacolo e si innamora della protagonista, compagna del drammaturgo. Da quel momento la polizia segreta inizia a spiare la vita della coppia.



C) Monica, bella e dalla vita sentimentale turbolenta, ha un figlio dodicenne, Raul. La donna, insieme a suo padre Orfeo, si esibisce come cantante in un'orchestra da ballo. Vorrebbe cambiare carriera ma Raul e il nonno amano il suo canto.

D) Dei fratelli Avakian uno è rimasto in Armenia, l'altro è emigrato. Nel 1915 i due decidono di incontrarsi nella terra natia, ma la guerra glielo impedirà ed entrambi saranno coinvolti nel genocidio del loro popolo.



E) Anni '50: nella mecca del cinema un detective privato indaga sulla morte di un celebre attore, apparentemente suicida. Dalle ricerche emergerà, però, il possibile movente per un delitto, cioè la sua relazione con la moglie di un produttore.

F) Una giornalista di Chicago sogna di diventare corrispondente estera ma il suo capo la manda in Messico, dove si sta verificando una catena di omicidi. Qui la donna incontra un ex collega, ora giornalista locale.



G) Un giovane professore dell'università di Bologna si trova coinvolto in un'indagine che lo porta a cambiare completamente vita. Si trasferisce sulle rive del Po e instaura rapporti d'amicizia con la gente del posto.

H) Polzo e Curry, due diciottenni romani, vanno in India a scoprire sé stessi. L'incontro con una dottoressa, assistente sanitaria di un'organizzazione internazionale, segnerà il momento dell'iniziazione all'età adulta.

### Titoli film:

1-E: Viaggio in India; 2-G: Follia; 3-F: Cardiofitness; 4-A: Grindhouse-A prova di morte;

5-BL: l'uomo dell'anno; 6-C: Le verità negate; 7-H: Notturmo bus; 8-D: Doppia ipotesi di un delitto

Le immagini numerate, vengono mostrate ai pazienti e si stimola la loro osservazione e la descrizione di ciò che si vede. Le trame dei film sono trascritte su di un foglio che viene consegnato a ognuno. Le trame, sopra riportate sono contrassegnate da una lettera dell'alfabeto. I pazienti vengono invitati ad abbinare l'immagine alla trama. Successivamente segue una fase discussionale, dove ognuno è chiamato a motivare la propria scelta. Alla fine, viene consegnato un altro foglio dove sono trascritti i titoli dei film, anch'essi contrassegnati da una lettera dell'alfabeto e si chiede di abbinare il giusto titolo all'immagine e alla trama.

## Allegati

Le foto in formato A4 vengono dapprima mostrate ai partecipanti una alla volta, inizia così la fase di osservazione-studio, segue la fase interattiva dove ognuno deve produrre una descrizione dettagliata di ciò che si è osservato, (contesto-situazione, posizione corporea ed espressione mimica dei soggetti, azione-comportamento, pensieri). Conclusasi questa fase, guidata dai terapeuti, viene chiesto ai singoli di attribuire un titolo alla foto e scriverlo sul proprio notes, l'esercizio termina con l'esposizione, la condivisione e il confronto, particolare attenzione deve essere posta affinché si faciliti l'espressione delle emozioni che l'immagine ha suscitato in ognuno..

Si riportano di seguito alcune delle foto impiegate durante il training.

aA

127





## I PROVERBI

Si riporta un esempio di esercizio, basato sull'uso e interpretazione del linguaggio metaforico. I partecipanti devono completare la frase con il giusto vocabolo e spiegarne il significato

### 1 - Amicizia stretta ..... non dura da sera a mattino

dal cibo ☞ || dal vino ☞ || dalla fame ☞ || dalla disgrazia ☞

### 2 - A buon ....., poche parole

intenditor ☞ || ascoltator ☞ || intellettual ☞ || lettor ☞

### 3 - A caval donato non si guarda .....

in faccia ☞ || negli occhi ☞ || in bocca ☞ || lo zoccolo ☞

### 4 - Chi sempre ....., vergogna non sente

mangia ☞ || dorme ☞ || mente ☞ || spende ☞

### 5 - Beltà e follia van spesso .....

in allegria ☞ || in compagnia ☞ || alla deriva ☞ || in disgrazia ☞

### 6 - Bellezza è come ....., presto nasce e presto muore

un dono ☞ || una pianta ☞ || un cane ☞ || un fiore ☞

### 7 - A chi nulla ....., nulla riesce

tenta ☞ || stenta ☞ || fa ☞ || vede ☞

### 8 - Chi risparmia il bastone fa il figlio .....

mattacchione ☞ || delinquente ☞ || birbone ☞ || secchione ☞

### 9 - Figlio troppo accarezzato, non fu mai ben .....

amato ☞ || riuscito ☞ || allevato ☞ || capito ☞

### 10 - Chi dice ..... dice danno

donna ☞ || femmina ☞ || mamma ☞ || bimbo ☞

### 11 - Chi troppo ..... nulla stringe

desidera ☞ || mangia ☞ || vuole ☞ || lavora ☞

### 12 - Chi tutto vuole, di ..... muore

dolore ☞ || disgrazia ☞ || fame ☞ || rabbia ☞

### 13 - Trentadue ..... non riescono a tenere a bada una lingua

uomini ☞ || leggi ☞ || denti ☞ || bastoni ☞

## FLASHCARD DEI RICORDI

Ogni parola sotto riportata viene trascritta su di un cartoncino rettangolare. Si preparano due sacchetti all'interno dei quali vengono introdotti i cartoncini del gruppo A, contenenti parole concrete, e cartoncini del gruppo B contenenti parole astratte. A turno ogni partecipante "pesca" un cartoncino legge a voce alta la parola e racconta un episodio-ricordo che la parola ha evocato. Si ha la possibilità di "passare mano" se la parola non evoca nessun ricordo, si inizia generalmente con le parole concrete.

A

pioggia, tramonto, conchiglia, nodo, mostro, latte, camion, coltello, cappello, libro, treno, vestito, telefono, goccia, seme, ruota, mano, porta, poltrona, scala, tazza, lupo, bicicletta, albero, mela, sedia, osso, sabbia, aereo, sasso, statua, scuola, onda, lana, zucchero, auto, palla, disco, torta.

B

rimorso, progetto, benessere, emozione, salvezza, tradimento, augurio, possesso, personalità, proprietà, impulso, solidarietà, progresso, verità, accusa, disturbo, disastro, disagio, debolezza, costanza, ambizione, teoria, protesta, garanzia, onore, perdono, impiego, paura, coraggio, bugia, gioco.

aA

Benessere

## IMPARIAMO A GESTIRE I NOSTRI PENSIERI CON IL METODO ABC

La nostra mente è attraversata da innumerevoli pensieri che spesso sfuggono alla nostra consapevolezza, per questo vengono chiamati “automatici”, cioè non ci accorgiamo di farli. Alcuni di questi pensieri automatici possono essere disfunzionali inducendoci a fare degli errori nell’interpretare e valutare cioè che ci accade.

Imparare a riconoscere e gestire i nostri pensieri disfunzionali è fondamentale, perché possono influire sulle nostre emozioni e, di conseguenza, sui nostri comportamenti.

*Ad esempio, esaminiamo questa situazione: se a fronte di un ritardo di un amico con cui abbiamo un appuntamento pensiamo: “Mario ha avuto un imprevisto, certo arriverà al più presto”, rimarremo tranquilli magari approfittando del tempo a nostra disposizione per leggere un giornale o fare una telefonata; al suo arrivo lo saluteremo cordialmente e ci dedicheremo serenamente alle attività previste. Se, invece, il nostro pensiero è “Mario è il solito menefreghista, chi crede di essere? Perché dovrei rimanere qui ad aspettare mentre lui non si preoccupa affatto di me?” probabilmente sentiremo montare una rabbia crescente e di conseguenza potremmo decidere di andare via o di accogliere in malo modo la persona quando si presenterà. O ancora potremmo pensare “Ecco, ancora una persona che non si interessa di me e dei miei sentimenti”, e così sentirci dispiaciuti e offesi, e accoglierlo al suo arrivo con uno stato d’animo triste e un atteggiamento di rassegnazione. Questi sono solo alcuni esempi di come davanti a una situazione un “semplice” pensiero possa influire sul nostro stato d’animo e sul nostro comportamento.*

A lungo andare il ripresentarsi in maniera costante di pensieri “disfunzionali”, può avere conseguenze decisamente negative rispetto sia al mantenimento di relazioni interpersonali significative che al raggiungimento di obiettivi importanti della nostra vita.

Il metodo ABC ci permette di affrontare le nostre problematiche relazionali aiutandoci a individuare i pensieri disfunzionali e pian piano a modificare le nostre inferenze e le nostre valutazioni (su di noi, sugli altri, sul mondo). Le inferenze sono ipotesi relative alla presenza o assenza di condizioni reali (cosa sta succedendo, è successo, o succederà). Alcune inferenze sono elaborate in modo quasi-automatico, e quindi non ne siamo immediatamente cosciente (“pensieri automatici”). Nel momento in cui facciamo delle inferenze possiamo commettere degli errori, relativi sia alle caratteristiche dello stimolo sia alle sue determinanti. Le *valutazioni (i pensieri)* che noi facciamo rispetto a noi stessi, agli altri e verso il

mondo, possono essere definite come *giudizi* (buono-cattivo, OK-non OK) o *preferenze*.

Noi formuliamo delle valutazioni sulla base di processi inferenziali (*ipotesi*), che dipendono anche dalle nostre conoscenze e dalle nostre esperienze passate, da come noi “ci spieghiamo la vita”.

### Le caratteristiche di un pensiero disfunzionale (irrazionale)

- 1) non ha attinenza con la realtà non ci sono prove tangibili che ne dimostrano la veridicità
- 2) ci fa stare male e provare emozioni fortemente negative
- 3) peggiora le relazioni interpersonali, non ci fa raggiungere i nostri obiettivi

### Esempi di pensieri difunzionali

Vediamo quali sono i più frequenti:

- **Pensiero dicotomico:** le cose sono viste solo in termini positivi o negativi, senza gradi intermedi. Ad esempio, una situazione o è un successo oppure è un fallimento. *Non esistono vie di mezzo, o bianco o nero, tutto o nulla.*

- **Inferenza Arbitraria**

“Saltare alle conclusioni”:

Una persona può sostenere che altri individui stiano formulando giudizi negativi su di lui, ma senza alcuna prova evidente di ciò che afferma. Ad esempio, affermare di sapere che l’altro ci giudica male anche contro la rassicurazione di quest’ultimo. (*Ti ho già capito, so quello che pensi... lo so già...*).

**Personalizzazione**

Tendenza a mettere in relazione eventi esterni con se stessi. Cioè *sentirsi sempre come se fossimo al centro dell’attenzione per gli altri.*

- **Astrazione Selettiva**, vuol dire: concentrarsi solo su un dettaglio in una determinata situazione o contesto e ignorare, cioè non tenere conto altre importanti aspetti o caratteristiche di quella situazione. Abbiamo 2 casi: **Minimizzare:** quando ad esempio le situazioni positive sono trattate e riconosciute come tali, ma non gli si dà tanto peso, per noi sono senza valore, tendiamo a pensare che c’è sempre qualcosa in più o di meglio. **Squalificare il lato positivo:** in questo caso invece le situazioni, le esperienze positive sono trascurate, non riconosciute, tendiamo ad avere una visione negativa delle cose, quindi non riconosciamo ciò che è positivo, questi aspetti non contano. *Il bicchiere mezzo vuoto.*
- **Generalizzazione:** Uno specifico evento è visto come caratteristica generale, l’evento viene esteso a tutti gli altri che ci capitano come caratteristica di vita in generale piuttosto che come essere un evento tra tanti. *Non possiamo fare di tutta la pianta un fascio.*

- **Ragionamento emotivo:** considerare le nostre emozioni come reazioni strettamente attendibili della situazione reale che ci sta capitando. *Se mi sento così... allora vuol dire che è vero. Se mi sento sfiduciato in una determinata situazione o periodo allora vuol dire che non c'è speranza*
- **Doverizzazioni:** l'uso di "dovrei", "devo", "bisogna", "si deve" "gli altri devono", segnala la presenza di un atteggiamento di pensiero rigido e tendente alla confusione tra "pretendere" e "desiderare". Questo è in diretta connessione con le proprie regole personali
- **Catastrofizzare:** succede quando gli eventi negativi che possono verificarsi sono trattati come intollerabili catastrofi piuttosto che essere visti in una prospettiva più pratica e moderata. Ad esempio, il disperarsi dopo un brutta figura come se fosse una catastrofe terribile e non come una situazione semplicemente imbarazzante e spiacevole (*è terribile se...*).

### METODO ABC

**A → evento attivante: situazioni o eventi, presenti, passati (ricordi), futuri (cosa accadrà...)**

aA

**B → pensieri: convinzioni, immagini, dialogo interiore.**

133

1 Pensieri Funzionali (Razionali) ci aiutano ad affrontare meglio le situazioni della vita quotidiana gli eventi stressanti.

2 Pensieri Disfunzionali (Irrazionali) ostacolano il nostro adattamento, il nostro benessere. Possiamo paragonarli a delle "cattive abitudini".

**C → modo in cui reagiamo a livello emotivo e comportamentale**

**Cosa influisce sulla C, cioè sulle nostre emozioni e i nostri comportamenti**

A-----→ B → -----C →



aA

- Abruzzese M., Ferri S., Scarcone S.  
1997 *The selective breakdown of frontal functions in patients with obsessive-compulsive disorder and in patients with schizophrenia: a double dissociation experimental finding*, in «Neuropsychologia», 35, pp. 907-912.
- Addington J., Addington D.  
2000 *Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study*, in «Schizophrenia Research», 44, pp. 47-56.
- Addington J., McCleary L.  
1998 *Munroe-Blurn H. Relationship between cognitive and social dysfunction in schizophrenia*, in «Schizophrenia Research», 34, pp. 59-66.
- Addington J., Saeedi H., Addington D.  
2006 *Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis*, in «British Journal of Psychiatry», 189, pp. 373-378.
- Amador X.S., David A.S.  
2009 *Insight e psicosi. Consapevolezza di malattia nella schizofrenia e nei disturbi correlati*, ed. G. Fioriti, Roma.
- American Psychiatry Association (APA)  
2000 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*, Masson, Milano.

- Andreasen N.C.  
1990 (a cura di) *Schizophrenia: Positive and Negative symptoms and sindrome*, vol. 24, Karger, Basel, pp. 1- 42.
- Andreasen N.C., Olsen S.  
1982 *Negative versus positive schizophrenia: definition and validation*, in «Archives of General Psychiatry», 39, pp. 789-794.
- Andres K., Brenner H.D., Bellwad L.  
1992 *Korperzentrierte Arbeit mit schizophrenen Patienten*, in «Swiss Med», 1-2 (92), pp. 40-42.
- Anthony E.J., Cohler B.J.  
1987 *The Invulnerable Child*, Guildford, New York.
- Anthony, W.A.  
1993 *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's*, in «Psychosocial Rehabilitation Journal», 16 (4), pp. 11-23.
- Anthony W., Cohen M., Farkas M., Gagne C.  
2002 *Psychiatric Rehabilitation*; trad. it. *Riabilitazione psichiatrica*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2003.
- Asarnow R.F., Steffy R.A.  
1977 *An attentional assessment of foster children at risk for schizophrenia*, in «Journal of Abnormal Psychology», 86, pp. 267-275.
- Baddeley A.  
1995 *The remembered self and the enacted self*, in Neisser U., Fi-vush R. (a cura di), *The remembering Self: construction and accuracy in the Self-Narrative*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Balint M.  
1961 *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano.
- Bandura A.  
1969 *Principles of behavior modification*, Rinehart and Winston, New York.  
1978 *The self-system in reciprocal determinism*, in «American Psychologist», 33, pp. 229-239.
- Baron-Cohen S.  
1995 *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*, MIT Press, Cambridge, Mass; trad. it. *L'autismo e la lettura della mente*, Astrolabio, Roma 1997.
- Beck A.T.  
1976 *Cognitive Therapy And Emotional Disorders*, International Universities Press, New York.

## Bibliografia

- Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P.  
2009 *Schizophrenia, Cognitive theory, research, and therapy*, The Guilford Press, New York - London; trad. it. *Schizofrenia, teoria cognitiva ricerca e teoria*, Astrolabio, Roma 2011.
- Bell M.D., Bryson G.J., Greig T. *et al.*  
2001 *Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance*, in «Archives of General Psychiatry», 58, pp. 763-768.
- Bell M.D., Bryson G.J., Wexler BE.  
2003 *Cognitive remediation of working memory deficits: durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenia*, in «Acta Psychiatr Scand», 108, pp. 101-109.
- Bellack A.S.  
1986 *Das Training sozialer Fertigkeiten zur Behandlung chronisch Schizophrener*, in Boker W., Brenner H.D. (a cura di), *Bewältigung der Schizophrenie*, Huber, Bern.  
1989 *A Comprehensive model for treatment of schizophrenia*, in Bellack A.S. (a cura di), *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenie*, Plenum, New York, pp. 1-21.  
2004 *Skills training for people with severe mental illness*, in «Psychosocial Rehabilitation Journal», 27, pp. 375-391.
- Bellack A.S., Dickinson D., Morris S.E., Tenhula W.N.  
2005 *The development of a computer-assisted cognitive remediation program for patients with schizophrenia*, in «Isr J Psychiatry Relat Sci», 42, pp. 5-14.
- Bellack A.S., Morrison R.L.  
1982 *Interpersonal dysfunction*, in Bellack A.S., Hersen M., Kazin A.E. (a cura di), *International Handbook of Behaviour Modification and Therapy*, Plenum, New York, pp. 717-747.
- Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted J.T. *et al.*  
1990 *An analysis of social competence in schizophrenia*, in «British Journal of Psychiatry», 156, pp. 809-818.
- Bellack A.S., Mueser K.T.  
1993 *Psychological treatment for schizophrenia*, «Schizophrenia Bulletin», 160, pp. 473-480.
- Bellack A.S., Mueser K.T., Gingerich S., Agresta J.  
1987 *Social Skills Training for Schizophrenia. A step-by-step guide*, Guilford Press, New York; trad. it. *Social Skills training per il trattamento della schizofrenia*, Centro Scientifico Editore, Torino 2003.

- Bellack A.S., Mueser K.T., Morrison R.L. *et al.*  
1990 *Remediation of cognitive deficits in schizophrenia*, in «American Journal of Psychiatry», 147, pp. 1650-1655.
- Bellack A.S., Sayers M., Mueser K.T., Bennett M.  
1994 *Evaluation of social problem solving in schizophrenia*, in «Journal of Abnormal Psychology», 103, pp. 371-378.
- Bellack A.S., Schooler N.R., Marder S.R. *et al.*  
2004 *Do clozapine and risperidone affect social competence and problem solving?*, in «American Journal of Psychiatry», 161, pp. 364-367.
- Ben-Yshay Y.  
2000 *Postacute Neuropsychological Rehabilitation. A holistic perspective*, in Christensen A.L., Uzzell B.P. (a cura di), *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation*, Kluwer Academic/Plenum Publisher, New York.
- 1989 *Structured Group-Treatment for brain-injury survivors*, in Ellis D.W., Christensen A.L. (a cura di), *Neuropsychological treatment after brain injury*, Kluwer Academic Publishers, Boston, pp. 271-295.
- Ben-Yishay Y., Piasefsky E.B., Rattok J.  
1985 *A systematic method for ameliorating disorders in basic attention*, in Meir M.J., Benton A.L., Diller L. (a cura di), *Neuropsychological Rehabilitation*, Guilford Press, New York, NY, pp. 165-181.
- Ben-Yishay Y., Rattok J., Ross B., Ezrachi O., Silver S.L., Diller L.  
1982 *Summary of results of the first phase of the study: HEW, RSA, Project RT-1, RT-93, Part of NIH 16-P-56801/2-19*, in Ben-Yishay Y. (a cura di), New York University Medical Center, Rehabilitation Monograph, 64, pp. 128-176.
- Bilder R.M., Bates J.  
1994 *Neuropsychological prediction of neuroleptic treatment response*, in Gaebel W., Awad A.G. (a cura di), *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia-concepts and methods*, Springer Verlag, New York, pp. 99-110.
- Bilder R.M., Wu H. *et al.*  
1992 *Neuropsychological deficits associated with altered temporal and mesiotemporal volumes in first episode schizophrenia*, in «Biological Psychiatry», 31, 192A.
- Bion W.R.  
1962 *Apprendere dall'esperienza*, trad. it., Armando, Roma 1972.
- Bleuler E.  
1911 *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, trad. it., NIS, Roma 1984.

- Bordin E.S.  
1979 *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in «Psychotherapy: Theory, Research and Practice», 16, pp. 252-260.
- Bowie C.R., Harvey P.D.  
2005 *Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance*, in «Psychiatr Clin. North Am.», 28, pp. 613-633.
- Bowlby J.  
1969 *Attaccamento e perdita*, vol. I: *L'attaccamento alla madre*, trad. it., Boringhieri, Torino 1989.  
1973 *Attaccamento e perdita*, vol. II: *La speranza della madre*, trad. it., Boringhieri, Torino 1975.  
1980 *Attaccamento e perdita*, vol. III: *La perdita della madre*, trad. it., Boringhieri, Torino 1983.  
1989 *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano 1989.
- Boydell J., Murray R.M.  
2003 *Urbanization, migration, and risk of schizophrenia*, in Murray R.M., Jones P., Susser E., Van Os, Cannon (a cura di), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 49-67.
- Braff D.L.  
1991 *Information processing and attentional abnormalities in schizophrenic disorders*, in Pagaro P. (a cura di), *Cognitive Bases of Mental Disorders*, Sage, Newbury Park, Ca, pp. 262-307.
- Braff D.L., Heaton R.K., Kuck J., Cullum M., Moranville J., Grant I., Zisook S.  
1991 *The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test results*, in «Archives of General Psychiatry», 48, pp. 891-898.
- Brekke J., Kay D.D., Lee K.S., Green M.F.  
2005 *Biosocial pathway to functional outcome in schizophrenia*, in «Schizophrenia Research», 0, pp. 213-225.
- Brenner H.D.  
1989 *Die Therapie basler psychischer Dysfunktionen aus systemischer Sicht*, in Boker W., Brenner H.D. (a cura di), *Schizophrenie als systemische Storung*, Huber, Bern, pp. 170-188.
- Brenner H.D., Hodel B., Roder V., Corrigan P.  
1992 *Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia*, in «Schizophrenia Bulletin», 18, pp. 21-26.

- Brenner H.D., Roder V, Hodel B. *et al.*  
1994 *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*, Hogrefe & Huber, Seattle, WA.
- Brenner H.D., Volker R., Hodel B., Kienzle N., Invernizzi G., Vita A.  
1997 *Terapia Psicologica Integrata (IPT)*, McGraw-Hill, Milano.
- Bresnahan M., Beeg M.D., Brown A., Schaefer C., Sohler N., Insel B. *et al.*  
2007 *Race and risk of schizophrenia in a U.S. birth cohort: Another example of health disparity?*, in «International Journal of Epidemiology», 36, pp. 751-758.
- Brothers L.  
1990 *The social brain: a projects for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain*, in «Concepts in Neuroscience», 1, pp. 27-51.
- Brown S.  
1997 *Excess mortality of schizophrenia: A meta-analysis*, in «British Journal of Psychiatry», 171, pp. 502-508.
- Buchsbaum M.S., Nuechterlein K.H.  
1990 *Glucose metabolic rate in normals and schizophrenics during the continuous performancetest assessed by positron emission tomography*, in «British Journal of Psychiatry», 156, pp. 216-227.
- Camaioni L.  
1995 *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*, Laterza, Roma-Bari.
- Campbell R., Heywood C.A., Cowery A, Regard M., Landis T.  
1990 *Sensitivity to eye gaze in prosopagnostic patients and monkeys with superior temporal sulcus ablation*, in «Neuropsychologia», 28, pp. 1123-1142.
- Cantagallo A., Perini P.  
2005 *Il TCE grave nel giovane adulto: un trauma alla persona e alla famiglia*, in *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, a cura di A. Bianchi, CEDAM, Verona.
- Carcione A., DiMaggio G. Falcone M., Magnolfi G., Niccolò G., Procacci M., Temerari A.  
1997 *Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.)*, in *Atti del I Congresso SPR-Italia "Le molteplici prospettive della ricerca in psicoterapia"*, Tabiano, 5-7 settembre 1997.
- Carcione A., Falcone M.  
1999 *Il concetto di metacognizione come costruito clinico fonamen-*

- tale per la psicoterapia*, in *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Raffaello Cortina, Milano.
- Carcione A., Falcone M., Magnolfi G., Manaresi F.  
1997 *La funzione metacognitiva in psicoterapia. Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.)*, in «Psicoterapia», 9, pp. 91-107.
- Carpenter W.T., Heinrichs D.W., Wagman A.M.I.  
1985 *Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept*, in «American Journal of Psychiatry», 1985, 145, pp. 578-584.
- Carter C., Robertson L., Nordhal T., Chaderjian M., Krfat L.  
1996 *Spatial working memory deficits and their relationship to negative symptoms in unmedicated schizophrenia patients*, in «Biological Psychiatry», 155, pp. 1285-1287.
- Casacchia M., Mazza M., Roncone R.  
2004 *Theory of Mind, Social Development, and psychosys.*, in «Current Psychiatric Reports», 6 (3), pp. 183-189.
- Catafau A.M., Parellada E., Lomena F.J. *et al.*  
1994 *Prefrontal and temporal blood flow in schizophrenia: resting and activation technetium-99m-HMPAO SPECT patterns in young neuroleptic-naive patients with acute disease*, in «J Nucl Med», 35 (6), pp. 935-941.
- Chadwick P., Birchwood M., Trower P.  
1996 *La terapia cognitiva per i deliri, le voci e la paranoia*, trad. it., Astrolabio Ubaldini, Roma 1997.
- Chiesi F., Mazzoni G.  
1996 *La teoria della mente: una rilettura di alcuni aspetti dello sviluppo emotivo e sociale con particolare riferimento ai comportamenti di inganno*, in «Giornale Italiano di Psicologia», 2, pp. 187-220.
- Ciampi L.  
1980 *Logica effettiva*, in *ricerca sulla schizofrenia*, trad. it., Feltrinelli, Milano 1996.  
1982 *Affectologik*, Stuttgart, Klett Verlag; trad. ingl. *The Psyche and Schizophrenia. The Bond between Affect and Logic*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1988; trad. it. *Logica affettiva*, Feltrinelli, Milano 1994.  
1987 *Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: converging new concepts*, in Strauss J.S., Boker W., Brenner H.D., *Psychological Treatment of schizophrenia*, Haus Huber, Bern, pp. 48-62.  
1997 *The concept of affect logic. An integrative psycho-sociobiologi-*

- cal approach to understanding and treatment of schizophrenia*, in «Psychiatry», 60, pp. 158-170.
- 1998 *Is schizophrenia an effective disease? The ipotesi of affect-logic and implications for psychopathology*, in Flack W.F., Laird J.D. (a cura di), *Emotions in Psychopathology, Theory and research*, Oxford University Press, New York.
- Cohen J.D. *et al.*
- 1999 *Context-processing deficits in schizophrenia: Converging evidence from three theoretically motivated cognitive tasks*, in «Journal of Abnormal Psychology», 108 (1), pp. 120-133.
- Cooke J.D. *et al.*
- 2005 *Modelli patogenetici delle insight nelle psicosi*, in Orfei M.D., Caltagirone C., Spalletta G., *I disturbi della consapevolezza nelle malattie neuropsichiatriche*, Springer-Verlag, Milano 2007.
- Corcoran R., Mercer G., Frith C.D.
- 1995 *Schizophrenia Symptomatology and Social Inference: investigating Theory of Mind in people with Schizophrenia*, in «Schizophrenia Research», 17, pp. 5-13.
- Cornblatt B.A., Keilp J.G.
- 1994 *Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia*, in «Schizophrenia Bulletin», 20 (1), pp. 31-46.
- Cornoldi C.
- 1995 *Metacognizione e apprendimento*, il Mulino, Bologna.
- Cornoldi C., Caponi B.
- 1991 *Memoria e metacognizione*, Erickson, Trento.
- Crosson B., Nadeau SE.
- 1998 *The role of subcortical structures in linguistic processes: Recent developments*, in Stemmer B., Whitaker H.A. (a cura di), *Handbook of Neurolinguistics*, Academic Press, San Diego-London, pp. 431-445.
- Damasio A.R.
- 1994 *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, Putnam, New York; trad. it. *L'errore di Cartesio: emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano 1995.
- 1999 *The feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Harcourt Brace, New York; trad. it. *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000.
- 2003 *Looking for Spinoza. Joy, Sorrow and Feeling Brain*, Harcourt Brace, New York; trad. it. *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti cervello*, Adelphi, Milano 2003.

- Davidson L.L., Heinrichs R.W.  
 2003 *Quantification of frontal and temporal lobe brain-imaging findings in schizophrenia. A meta-analysis*, in «Psychiatry Research: Neuroimaging», 122, pp. 69-87.
- Davidson L., Schmutte T., Dinzeo T., Andres-Hyman R.  
 2008 *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*, in «Schizophrenia Bulletin», 34, pp. 5-8.
- Dickinson D., Bellack A.S., Gold J.M.  
 2007 *Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia*, in «Schizophrenia Bulletin», 33, pp. 1213-1220.
- DiMaggio G., Lisaker P. H.  
 2010 *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*, Routledge, London.
- DiMaggio G., Carcione A., Nicolò G., Conti L., Fiore D., Pedone R., Popolo R., Procacci, M., Semerari A.  
 2009b *Impaired decentration in personality disorder: a series of single cases analysed with the Metacognition Assessment Scale*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», 16, pp. 450-462.
- DiMaggio G., Vanheule S., Lysaker P.H., Carcione A., Nicolò G.  
 2009a *Impaired self-reflection in psychiatric disorders among adults: A proposal for the existence of a network of sem-independent functions*, in «Consciousness and Cognition», 18, pp. 653-664.
- Doody G.A., Gotz M., Johnstone E.C., Frith C.D., Cunningam Owens D.G.  
 1998 *Theory of Mind Psychoses*, in «Psychological Medicine», 28, pp. 397-405.
- Drury VM., Robinson EJ., Birchwood M. *et al.*  
 1998 *Theory of Mind skills during an acute episode of psychosis and following recover*, in «Psychological Medicine», 28, pp. 1101-1112.
- Ebmeier K.P., Blackwood D.H., Murray C. *et al.*  
 1993 *Single-photon emission computed tomography with <sup>99m</sup>Tc-exametazime in unmedicated schizophrenic patients*, in «Biological Psychiatry», 33 (7), pp. 487-495.
- Eckman T.A., Wirsching W.C., Marder S.R. *et al.*  
 1992 *Tecnolgy for training schizophrenics in illness self-management: a controlled trial*, in «American Journal of Psychiatry», 149, pp. 1549-1555.

- Edelman G.M.  
2004 *Più grande del cielo. Lo straordinario dono fenomenico della coscienza*, Einaudi, Torino.
- Ellis A.  
1962 *Reason and emotion in Psychotherapy*, Citadel, Secaucus; trad. it. *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1989.  
1991 *Achieving self-actualization*, in Jones A., Crandall R. (a cura di), *Handbook of self-actualization*, Select Press, Corte Madera, CA.
- Erikson E.H.  
1968 *Identity: Youth and Crisis*, W.W. Norton and Co., New York.
- Eslinger P.J., Damasio A.R.  
1985 *Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal ablation: patient EVR*, in «Neurology», 35, pp. 1731-1741.
- Falloon I.R.H., Liberman R.P.  
1983 *Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia*, in «Schizophrenia Bulletin», 9, pp. 543-554.
- Faris R.E.L., Dunham H.W.  
1967 *Mental Disorder in urban areas: an Ecological study of schizophrenia and other psychoses*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Flavell J.H.  
1976 *Metacognition aspects of problem solving*, in Resnick L. (a cura di), *The nature of intelligence*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.  
1981 *Cognitive monitoring*, in Dickson W.P. (a cura di), *Children's oral communication skills*, Academic Press, New York.  
1993 Discussant, in Wooley J. (Chair), *Pretense, imagination and the child's theory of mind. Symposium at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development*, New Orleans.
- Fodor J.A.  
1987 *Psicosemantica*, trad. it., il Mulino, Bologna 1990.
- Fogassi L., Ferrari P.F., Gesierich B., Rozzi S., Chersi F., Rizzolatti G.  
2005 *Parietal lobe: from action organization to intention understanding*, in «Science», 308, pp. 662-667.
- Fonagy P.  
1991 *Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient*, in «Int. J. Psycho-Anal.», 72, pp. 639-656.

## Bibliografia

- 1993 *The predictive specificity of Mary Main's Adult Attachment Interview: implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development*, relazione presentata alla conferenza John Bowlby "Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance", Toronto, 20-23 ottobre 1993.
- 1995 *Attachment, the reflective self, and borderline states*, in Goldberg S., Muiz R., Kerr J. (a cura di), *Attachment theory: social developmental and clinical perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- 1996 *Attaccamento sicuro e insicuro*, in «Kos», 129, pp. 26-32.
- Freud S.
- 1912 *Dinamica della traslazione*, OSF, vol. 6.
- 1913 *Inizio del trattamento*, OSF, vol. 7.
- Frijda N.H.
- 1986 *Emozioni*, trad. it., il Mulino, Bologna 1990.
- Frith C.D.
- 1992 *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, Erlbaum, Hove, UK; trad. it. *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- 2004 *Schizophrenia and Theory of Mind*, in «Psychological Medicine», 3, pp. 385-389.
- 2009 *Inventare la mente. Come il cervello crea la vita mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Frith C.D., Corcoran R.
- 1996 *Exploring theory of mind in people with schizophrenia*, in «Psychological Medicine», 26, pp. 521-530.
- Frith C.D., Done D.J.
- 1989 *Experiences of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action*, in «Psychological Medicine», 19, pp. 359-363.
- Frith U., Morton J., Lesile A.M.
- 1991 *The cognitive basis of a biological disorder: autism*, in «Trends Neurosci.», 14, pp. 433-438.
- Fuster J.M.
- 1989 *The prefrontal cortex*, 2<sup>nd</sup> ed. Raven Press, New York, pp. 167-176.
- Gainotti G.
- 1989 *Disorders for emotions and affect in patients with unilateral brain damage*, in Boller F., Grafman J. (a cura di), *Handbook of Neuropsychology*, Elsevier, Amsterdam.
- Gallese V.
- 2005 *Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience*,

- in «Phenomenology and the Cognitive Sciences», 4, pp. 23-48.
- 2006 *La Consonanza Intenzionale: una prospettiva neurofisiologica sull'intersoggettività e sue alterazioni nell'autismo infantile*, Dedalus.
- 2007 *Before and below theory of Mind: Embodied simulation and the neuronal correlates of social cognition*, in «Phil. Trans. Royal Soc. Biology», London.
- Gierde P.F.
- 1983 *Attentionn capacity dysfunction and arousal in schizophrenia*, in «Psychological Bulletin», 93, pp. 57-72.
- Gold R.C., Gur R.E.
- 2005 *Neuroimaging in schizophrenia: Linking neuropsychiatric manifestation to neurobiology*, in Sadock B.J., Sadock V.A. (a cura di), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 7<sup>a</sup> ed., pp. 1396-1408.
- Goldberg G.
- 1985 *Supplementary motor area structure and function: Review and hypotheses* in «The Behavioral and Brain Sciences», 8, pp. 567-616.
- Goldberg E., Barr W.B.
- 1991 *Three possible mechanism of unawareness of deficit*, in Pri-  
gatano G., Schacter D.L. (a cura di), *Awareness of defi-  
cit after Brain Injury: Clinical and theoretical issue*, Oxford  
University Press, New York, pp 152-175.
- Goldberg T.E., Torrey E.F.
- 1995 *Genetic risk of neuropsychological impairment in schizop-  
hrenia: a study of monozygotic twins discordant and concordant  
for the disorder*, in «Schizophrenia Research», 17, pp. 77-  
84.
- Goldeberg T.E., Weinberg D.R., Berman K.F., Pliskin N.H., Podd  
M.H.
- 1987 *Further Evidence for Dementia of The Prefrontal Type in  
Schizophrenia? A Controlled Study of Teaching the Wisconsin  
Card Sorting Test redux*, in «Schizophrenia Research», 11,  
pp. 291-296.
- Goldstein G.
- 1994 *Cognitive Heterogeneity in Psychopatology: the case of schizo-  
phrenia*, in Veron P.A. (a cura di), *The neuropsychology of  
individual differences*, Academic Press, San Diego, CA,  
pp. 209-233.

- Goldstein K.  
1952 *The Effects of Brain Damage on the Personality*, in «Psychiatry», 15, pp. 245-260.
- Granhölm E., McQuaid J.R., McClure F.S. *et al.*  
2005 *A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia*, in «American Journal of Psychiatry», 162, pp. 520-529.
- Gray J.A., Feldon J., Rawlins J.N.P. *et al.*  
1991 *The neurophysiology of schizophrenia*, in «Behav Brain Res», 14, pp. 1-84.
- Green M.F.  
1993 *Cognitive Remediation in schizophrenia: is it time yet?*, in «American Journal of Psychiatry», 150, pp. 178-187.  
1996 *What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?*, in «American Journal of Psychiatry», 153, pp. 321-330.  
2006 *Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder*, in «J Clin Psychiatry», 67, pp. 36-42.
- Green M.F., Kern R.S., Braff D.L., Mintz J.  
2000 *Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?*, in «Schizophrenia Bulletin», 26, pp. 119-136.
- Green M.F., Neuchterlein K.H.  
1999 *Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder?*, in «Schizophrenia Bulletin», 25, pp. 309-318.
- Greenberg L.S., Safran J.D.  
1987 *Emotion in Psychotherapy: Affect Cognition and the Process of Change*, Guilford Press, New York.
- Greenson R.R.  
1965 *The Working Alliance and the transference neuroses*, in «Psychoanalytic Q.», 34, pp. 155-181.
- Gruzelić J., Seymour K. *et al.*  
1988 *Impairments on neuropsychologic tests of temporohippocampal and frontohippocampal functions and word fluency in remitting schizophrenia and affective disorders*, in «Archives of General Psychiatry», 45, pp. 623-629.
- Gur R.E., Nimgaonkar V.L., Almasy L., Calkins M.E., Ragland J.D., Pogue-Geile M.F. *et al.*  
2007 *Neurocognitive endophenotypes in a multiplex multigenerational family study in schizophrenia*, in «American Journal of Psychiatry», 164, pp. 813-819.

- Harrington L., Seigert R.J., McClure J.  
2005 *Theory of mind in schizophrenia: a critical review*, in «Cognitive Neuropsychiatry», 10, pp. 249-286.
- Harrison G. *et al.*  
1988 *A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients*, in «Psychological Medicine», 18, pp. 643-657.
- Harvey P.D., Docherty N.M., Seper M.R., Rasmussen M.  
1990 *Cognitive deficits and thought disorders: II. An eight-month follow-up study*, in «Schizophrenia Bulletin», 16, pp. 147-156.
- Heaton R.K., Drexler M.  
1987 *Clinical neuropsychological findings in schizophrenia and aging*, in Miller N.E., Cohen G.D. (a cura di), *Schizophrenia and aging*, Guilford Press, New York, pp. 145-161.
- Heinrichs R.W., Zakzanis K.K.  
1998 *Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence*, in «Neuropsychology», 12 (3), pp. 426-445.
- Hepp H.H., Maier S., Hermle L., Spitzer M.  
1997 *The Stroop effects in schizophrenic patients*, in «Schizophrenia Research», 22, pp. 187-195.
- Hodel B., Brenner H.D.  
2000 *Stato dell'arte dei vari approcci per il trattamento delle disfunzioni del processo mento delle informazioni*, in Perris, McGorry 2000, pp. 77-87.
- Hodel B., Brenner H.D., Merlo M.C.G.  
1990 *Cognitive and social training for chronic schizophrenic patients: a comparison between two types of therapeutics interventions*, in Sterfanis C.N. (a cura di), *Psychiatry, a World Perspective*, vol. 3, Elsevier, Amsterdam, pp. 768-773.
- Hodel B., Zanello A., Welling A. *et al.*  
1997 *Ein Therapieprogramm zur Bewältigung von malaptiven Emotionen bei schizophrenen Erkrankten*, in Hofmann P., Laux M., Probst C. *et al.* (a cura di), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Springer, Wien.
- Hoffmann R.E. *et al.*  
1989 *Cortical pruning and the development of schizophrenia: A computer model*, in «Schizophrenia Bulletin», 15 (3), pp. 477-490.  
1993 *Parallel distributed processing and the emergence of schizophrenic symptoms*, in «Schizophrenia Bulletin», 19 (1), pp. 119-140.

## Bibliografia

- Hogarty G.E., Flesher S.  
1992 *Cognitive remediation in schizophrenia: proceed with caution!*, in «Schizophrenia Bulletin», 1992, 18, pp. 51-57.  
1999 *Practice principles of Cognitive Enhancement Therapy*, in «Schizophrenia Bulletin», 25, pp. 693-708.
- Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R. *et al.*  
2004 *Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior*, in «Archives of General Psychiatry», 61, pp. 866-876.
- Iacoboni M., Szakas I., Gallese V., Buccino G., Mazzotta J.C., Rizzolatti G.  
2005 *Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system*, in «PLoS Biology».
- Ianes D.  
1990 *Ritardo mentale e apprendimenti complessi*, Erickson, Trento.  
1996 *Metacognizione e insegnamento*, Erickson, Trento.
- Johnson-Laird P.M.  
1983 *Modelli mentali*, trad. it., il Mulino, Bologna 1988.
- Kandel E.R.  
1999 *A new intellectual framework for psychiatry*, in «American Journal of Psychiatry», 155.
- Kapur S.  
2003 *Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. in «American Journal of Psychiatry», 160 (1), pp. 13-23.
- Karmiloff-Smith A.  
1992 *Oltre la mente modulare. Una prospettiva evolutiva sulla scienza cognitiva*, trad. it., il Mulino, Bologna 1995.
- Keefe R.S.E.  
1995 *The contribution of neuropsychology to psychiatry*, in «American Journal of Psychiatry», 152, pp. 6-15.
- Kemali D., Maj M. *et al.*  
1987 *Conditional associative learning in drug-free schizophrenic patients*, in «Neuropsychobiology», 17, pp. 30-34.
- Kern R.S., Neuechterlein H.K., Green M.F. *et al.*  
2008 *The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 2: co-norming and standardization*, in «American Journal of Psychiatry», 165, pp. 214-220.
- Kingdon D.G., Turkington D.  
1991 *The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in schizophrenia*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 179, pp. 207-211.

- 1994 *Cognitive behavior therapy of schizophrenia*, Lawrence Erlbaum, Hove; trad. it. *Terapia cognitiva comportamentale nella schizofrenia*, Cortina, Milano, 1997.
- Kirkpatrick B., Buchanan R.W.  
1990 *The neural basis of the deficit syndrome in schizophrenia*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 178, pp. 545-555.
- Koren D., Seideman L.J., Goldsmith M., Harvey P.D.  
2006 *Real world cognitive and metacognitive dysfunction in schizophrenia: a new approach for measuring (and remediating) more "right stuff"*, in «Schizophrenia Bulletin», 32, pp. 310-326.
- Kotre J.  
1995 *White Gloves: How We Create Ourselves through Memory*, The Free Press, New York.
- Kouth H.  
1984 *La Cura psicoanalitica*, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino 1986.
- Krabbendam L., Aleman A.  
2003 *Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies*, in «Psychopharmacology», 169, pp. 376-82.
- Kraepelin E.  
1919 *Dementia praecox and paraphrenia*, Robert G.M. (a cura di), Barclay R.M. (trad.), Livingstone, Edinburgh.
- Kurtz M.M.  
2003 *Neurocognitive rehabilitation for schizophrenia*, in «Current Psychiatry Report», vol. 5, n. 4, pp. 303-310.
- Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C., Gur R.E.  
2001 *Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis*, in «Neuropsychol Rev», 11, pp. 197-210.
- Kurtz M.M., Moberg P.J., Raglad J.D., Gur R.C., Gur R.E.  
2005 *Symptoms versus neurocognitive test performances as predictors of psychosocial status in schizophrenia: a 1-and 4year prospective study*, in «Schizophrenia Bulletin», vol. 31, n. 1, pp. 167-174.
- Kurtz M.M., Selzer J.C., Shagan D.S., Thime W.R., Wexler B.E.  
2007 *Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: what is the active ingredients?*, in «Schizophrenia Research», 89, pp. 251-260.
- Kwapil T.R., Hegley D.C. *et al.*  
1990 *Facilitation of word recognition by semantic priming in schizo-*

- phrenia*, in «Journal of Abnormal Psychology», 99, pp. 215-221.
- Langdon R., Michie P.T., Ward P.B., McConagy N., Catts S.V., Coltehart M.  
1997 *Defective self and/or Other Mentalising in Schizophrenia: A Cognitive Neuropsychological Approach*, in «Cognitive Neuropsychiatry», 2 (3), pp. 167-193.
- Lazarus A.A.  
1977 *In the minds's eye*, Guildford Press, New York - London; trad. it. *L'occhio della mente*, Astrolabio, Roma 1987.
- Le Doux J.  
1996 *Alle origini delle emozioni*, trad. it., Baldini & Castoldi, Milano.  
1998 *The Emotional Brain (The Mysterious Underpinnings of Emotional Life)*, Simon & Schuster, Touchstone; trad. it. *Il cervello emotivo, alle origini delle emozioni*, Baldini & Castoldi, Milano 1998.  
2005 *Il sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lees Roitman S.E., Mitropoulou V., Keefe R.S., Silverman J.M., Serby M., Harvey P.D. *et al.*  
2000 *Visuospatial Working Memory In Schizotypal Personality Disorder Patients*, in «Schizophrenia Research», 41, pp. 447-455.
- Leone E., Carlino D., Marin R.F., De Vanna M., Tongiorgi E. *et al.*  
2008 *The ratio between BDNF precursor and its mature form is decreased in serum of schizophrenic patient*, submitted to: «Journal of Neurochemistry»; «Journal of Psychiatric Research».
- Leslie A.M.  
1987 *Pretense and representation: the origin of "theory of mind"*, in «Psychological Review», 94, pp. 412-426.  
1995 *Alcune applicazioni della funzione per i meccanismi sottostanti alla teoria della mente del bambino*, in Campioni, L. (a cura di), *La teoria della mente. Origini, sviluppo, patologia*. Laterza, Roma-Bari.
- Lewis M.D.  
2002 *Emotion, development and self-organisation. Dynamic System Approachs to Emotional Development*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Lezak M.D.  
1995 *Neuropsychological Assessment*, 3<sup>rd</sup> ed., Oxford University Press, New York.

- Lezenweger M.F, Dworkin R.H.  
1996 *The dimensions of schizophrenia phenomenology. Not one or two, at least three, perhaps four*, in «British Journal of Psychiatry», 168, pp. 432-440.
- Liberman R.P., De Risi W.  
1989 *Social Skill Training For Psychiatric Patients*, Pergamon Press, New York.
- Liberman R.P., Eckman T.A., Marder S.R.  
2001 *Rehab rounds: Training in social problem solving among persons with schizophrenia*, in «Psychiatr Serv», 52, pp. 31-33.
- Liberman R.P., Kopelowicz A., Venture J., Gutkind D.  
2002 *Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia*, in «Int Rev Psychiatry», 14, pp. 256-272.
- Liberman R.P., Mueser K.T., Wallace C.J. *et al.*  
1986 *Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence*, in «Schizophrenia Bulletin», 12, pp. 631-647.
- Lindermayer J.P., McGurk S.R., Mueser K.T., Khan A.D., Hoffman L., Wolfe R. *et al.*  
2008 *A randomized controlled trial of cognitive remediation among inpatients with persistent mental illness*, in «Psychiatr Serv», 59, pp. 241-247.
- Lingiardi V.  
2002 *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica e pratica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti G.  
1994 *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS, Roma.  
2005 *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma.
- Luria A.R.  
1973 *The working brain*, Basic Books, New York.
- Lysaker P.H., Bell M.D., Zito W.S., Bioty S.M.  
1995 *Social skills at work: deficits and predictors of improvement in schizophrenia*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 183, pp. 688-692.
- Lysaker P.H., Bell M.D., Bioty S.M., Zito W.S.  
1997 *Cognitive impairment and substance abuse history as predictors of the temporal stability of negative symptoms in schizophrenia*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 185, pp. 21-26.
- Lysaker P.H., DiMaggio G., Buck K.D., Carcione A., Proccacci M., Davis L.W., Nicolò G.  
1994 *Metacognition and Schizophrenia: The capacity for self-reflec-*

*tivity and prospective assessments of work performance over six months*, in «Schizophrenia Research».

MacDonald A.W., Carter C.S.

2002 *Cognitive experimental approaches to investigating impaired cognition in schizofrenia: A paradigm shift*, in «Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology», 24, pp. 873-882.

Magnusson D., Endler N.S.

1977 *Psicologia interazionale: lo stato attuale e le prospettive future*, in Magnusson D., Endler N.S. (a cura di), *Personalità al bivio: questioni attuali in psicologia interazionale*, Lawrence Erlbaum Associates Inc., Hillsdale, NJ, pp. 3-31.

Main M.

1991 *Metacognitive knowledge, metacognitive monitorino and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment. Findings and directions for future research*, in Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P. (a cura di), *Attachment across the life cycle*, Routledge, New York.

Main M., Hesse E.

1992 *Attaccamento disorganizzato e disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati nei genitori*, in Ammaniti M., Stern D. (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari.

Main M., Solomon J.

1995 *Procedures for identifying infants as disorganized-disoriented during Ainsworth Strange Situation*, in Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years*, Chicago University Press, Chicago.

Malim T.

1996 *Processi cognitivi*, trad. it., Erickson, Trento.

Marder S.R., Fenton W.

2004 *Measurement and treatment research to improve cognition in schizofrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizofrenia*, in «Schizophrenia Research», 72 (1), pp. 5-9.

Massel H.K., Corrigan P.W., Liberman R.P. et al.

1991 *Conversational skills training in thought-disorder schizophrenics attention focusing*, in «Psychiatry Research», 38, pp. 51-61.

Mazza M., De Risio A., Surian L., Roncone R., Casacchia M.

2001 *Selective Imparments of Theory of Mind in people with schizofrenia*, in «Schizophrenia Research», 47 (2-3), pp. 229-308.

- Mazza M., De Risio A., Tozzini C., Roncone R., Casacchia M.  
2003 *Machiavellianism and Theory of Mind in people affected by Schizophrenia*, in «Brain Cognition», 51 (3), pp. 262-269.
- Mazzucchi A.  
2006 (a cura di) *La riabilitazione neuropsicologica. Premesse teoriche e applicazioni cliniche*, Masson, Milano.
- McGrath J.  
2005 *Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology: the NAPE lecture 2004*, in «Acta Scandinavica», 111, pp. 4-11.
- McGrath J., Saha S., Welham J., Saadi O., MacCauley C., Chant D.  
2004 *A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology*, in «BMC Medicine», 2, p. 13.
- McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzer D.I., McHugo G.I., Mueser K.T.  
2007 *A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia*, in «American Journal of Psychiatry», 164, pp. 1791-1802.
- Medalia A., Richardson R.  
2005 *What predicts a good response to cognitive remediation interventions?*, in «Schizophrenia Bulletin», 31, pp. 942-953.
- Meichenbaum D.E., Cameron R.C.  
1973 *Training schizophrenics to talk to themselves: a means of developing attentional controls*, in «Behaviour Therapy», 4, pp. 447-453.
- Meltzoff A., Gopnik, A.  
1995 *Il ruolo dell'imitazione nella comprensione sociale e nello sviluppo di una teoria della mente*, trad. it. in Campioni L. (a cura di), *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*. Laterza, Roma-Bari.
- Mirsky A.F., Fantie B.D., Tatman J.E.  
1995 *Assessment of attention across the lifespan*, in Mapou R.L., Spector J. (a cura di), *Clinical neuropsychological assessment. A cognitive approach*, Plenum Press, New York.
- Mohamed S., Fleming S., Penn D., Spaulding W.  
1999 *Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functioning*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 187, pp. 525-531.
- Morin E.  
1994 *Le vie della complessità*, in Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- Moritz S., Kerstan A., Veckenstedt R., Randjbar S., Vitzthum F., Schmidt C., Heise M., Woodward T.S.  
2010 *Further evidence for the effectiveness of a metacognitive group*

- training in schizophrenia*, in «Behaviour Research and Therapy», 30, pp. 1-7.
- Moritz S., Woodward T.  
2007 *Metacognitive training for schizophrenia patients (MTC): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy*, in «German Journal of Psychiatry», 10, pp. 69-78.
- Morris R.G., Rusche T., Woodruffe P.W., Murray R.M.  
1995 *Problem Solving in Schizophrenia: a specific deficit in planning ability*, in «Schizophrenia Research», 14, pp. 235-246.
- Morrison-Stewart S.L., Williamson P.C. *et al.*  
1992 *Frontal and non-frontal lobe neuropsychological test performance and clinical symptomatology in schizophrenia*, in «Psychological Medicine», 22, pp. 353-359.
- Mortesen P.B., Pedersen C.B., Westergaard T., Wohlfahrt J., Ewald H., Mors O.  
1999 *Effects of family history and season of birth on the risk of schizophrenia*, in «New England Journal of Medicine», 340, pp. 603-608.
- Mueser K.T., Bellack A.S., Douglas M.S., Morrison R.L.  
1991 *Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia*, in «Schizophrenia Research», 5, pp. 167-176.
- Mueser K.T., Penn D.L.  
2004 *Meta-analysis examining the effects of social skills training on schizophrenia*, in «Psychological Medicine», 34 (7), pp. 1365-1367.
- Nelson K.  
1992 *Emergence of Autobiographical Memory At Four*, in «British Journal of Medical Psychology», 71, pp. 397-416.
- Neuchterlein K.H.  
1991 *Vigilance in schizophrenia and related disorders*, in Steinhauer S.R., Gruzelier J.H., Zubin J. (a cura di), *Handbook of schizophrenia: neuropsychology, psychophysiology, and information processing*, Elsevier, Amsterdam.
- Neuchterlein H.K., Barch D.M., Kern R.S. *et al.*  
2008 *The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part I: test selection, reliability, and validity*, in «American Journal of Psychiatry», 165, pp. 203-213.
- Nice-National Institute for Clinical Excellence, Schizophrenia  
2002 *Core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care: clinical guideline*.

- Norman D.A., Shallice T.  
1980 *Attention to Action. Willed and Automatic Control of Behaviour*, University of California San Diego CHIP Report 99.
- Nuechterlein K.H., Dawson M.E.  
1984 *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes*, in «Schizophrenia Bulletin», 10, pp. 300-312.
- Oatley K., Johnson-Laird, P.N.  
1987 *Towards a cognitive theory of emotions*, in «Cognition and Emotion», 1 (1), pp. 29-48.
- Oberman L.M., Hubbard E.H., McCleery J.P., Altschuler E., Ramachandran V.S., Pineda J.A.  
2005 *EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders*, in «J Cogn Brain Res.»
- Palmer B.W., Heaton R.K., Paulsen J.S., Kuck J., Braff D., Harris MJ. *et al.*  
1997 *Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal?*, in «Neuropsychology», 11, pp. 437-446.
- Park S., Holtzman P.S., Goldman-Rakic P.S.  
1995 *Spatial working memory deficits in the relatives of schizophrenic patients*, in «Archives of General Psychiatry», 52, pp. 821-828.
- Penadés R., Catalán R., Salamero M. *et al.*  
2006 *Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized study*, in «Schizophrenia Research», 87, pp. 323-331.
- Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P., Racenstein J.M.  
1991 *Newman L. Social cognition in schizophrenia*, in «Psychol Bul.», 121, pp. 114-132.
- Perlick D., Stastny P., Mattis S., Teresi J.  
1992 *Contribution of family, cognitive, and clinical dimension to long-term outcome in schizophrenia*, in «Schizophrenia Research», 6, pp. 257-265.
- Perris C.  
1988 *Cognitive therapy with schizophrenic patient*, The Guildford Press, New York.  
1991 *Ein Vulnerabilitätsmodell der Psychopathologie, Ein integrative, Ein integrative Theorie*, in Kuhne G.E. (a cura di), *Aktuelle Aspekte der Psychiatrie*, Universitätsverlag, Jena, pp. 23-30.  
1993 *Psicoterapia del paziente difficile*, Ed. Métis, Chieti.  
1996 *Terapia cognitive con i pazienti schizofrenici*, Bollati Borin-ghieri, Torino.

## Bibliografia

- 2000 *Definizione del concetto di vulnerabilità individuale come base per gli interventi psicoterapeutici*, in Perris, McGorry 2000.
- Perris C., McGorry P.D.  
2000 *Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*, Masson, Milano.
- Perris C., Perris H.  
1998 *Personlighetsstörningar. Uppkomst och behandling ur ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv*, Natur och Kultur, Stockholm.
- Perris C., Skagerlin L.  
2000 *Approccio terapeutico integrato, multimodale e meta cognitivo ai pazienti schizofrenici o affetti da disturbo grave della personalità*, in Perris, McGorry 2001, pp. 207-221.
- Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D.  
2006 *Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses*, in «Schizophrenia Bulletin», 32, Suppl 1, pp. 64-80.
- Philips W.A., Silverstein S.M.  
2003 *Convergence of biological and psychological perspectives on cognitive coordination in schizophrenia*, in «Behavioural and Brain Sciences», 26, pp. 65-137.
- Piegari G., Galderisi S., Mucci A., Maj M.  
2009 *La riabilitazione cognitiva e psicosociale nei pazienti affetti da schizofrenia*, in «Noos», 3, pp. 223-238.
- Pinkham A.E., Penn D.L., Perkins D.O., Lieberman J.  
2003 *Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia*, in «American Journal of Psychiatry», 160, pp. 815-824.
- Poldrack R.A., Gabrieli J.D.E.  
1990 *Functional anatomy of long-term memory*, in «Journal of Clinical Neurophysiology», 14, pp. 294-310.
- Posner M.I., Petersen S.E.  
1990 *The attention system of the human brain*, in «Annual Review of Neuroscience», 13, pp. 25-42.
- Posner M.I., Raichle M.E.  
1988 *Images of mind*, Scientific American Library, New York.
- Premack D., Woodruff G.  
1978 *Does the chimpanzee have a theory of mind?*, in «The Behavioral and Brain Science», 4, pp. 515-526.
- Prigatano G.  
1986 *Neuropsychological Rehabilitation after brain-injury*, Johns Hopkins University Press, Baltimore MD.

- 1987 *Neuropsychological deficits*, in Ylvisaker M., Gobble E. (a cura di), *Community re-entry for head injured adults*, College-Hill Press, Boston.
- 1995 *Disturbi della personalità dopo trauma cranio-encefalico*, in Zettin M., Rago R. (a cura di), *Trauma cranico. Conseguenze neuropsicologiche e comportamentali*, Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- 1999 *Psychotherapy after brain injury*, in Prigatano G.P. et al., *Neuropsychological Rehabilitation*, Oxford University Press, New York.
- 2008 *Neuropsychological Rehabilitation and Psychodynamic psychotherapy*, in Morgan J., Rider J. (a cura di), *Textbook of Clinical Neuropsychology*, Taylor & Francis, New York, pp. 985-995.
- Prigatano G.P., Altman I.M.
- 1990 *Impaired awareness of behavioural limitations after traumatic brain injury*, in «Arch Phys Med Rehabil.», 71, (13), pp. 1058-1064.
- Prigatano G.P., Johnson S.C.
- 2003 *The three vectors of consciousness and their disturbances after brain injury*, in «Neuropsychological Rehabilitation», 13, pp. 13-29.
- Prigatano G.P., Fordyce D.J., Zeiner H.K., Roueche J.R., Pepping M., Woods B.C.
- 1986 *Neuropsychological rehabilitation after brain injury*, Johns Hopkins University Press, Baltimore MD.
- Quattropani M.C., Cova S.
- 2011 *Memoria di prosa e schizofrenia. Un deficit di codifica o di recupero strategico? Prose Memory and schizophrenia. A deficit of encoding or retrieval strategy?*, in «Italian Journal of Psychopathology», vol. 17, 102.
- Reichenberg A., Harvey P.D.
- 2007 *Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings*, in «Psychological Bulletin», 133 (5), pp. 833-858.
- Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L.
- 1996 *Premotor cortex and the recognition of motor action*, in «Cognitive Brain Research», 3, pp. 131-141.
- Roncone R., Faloon J.R.H., Nazza M., De Risio A., Pollice R., Neozione S., Morosini P.L., Casacchia M.
- 2002 *Is Theory of Mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits?*, in «Psychopathology», 35 (5), pp. 280-288.

- Ronccone R., Mazza M., Frangou I., De Risio A., Ussorio D., Tozzini C., Casacchia M.  
 2004 *Theory of Mind's deficit rehabilitation in schizophrenia: a pilot study about metacognitive strategies in a group treatment*, in «Neuropsychological Rehabilitation», 4 (4), pp. 421-435.
- Rossi A., Stratta P., Casacchia M.  
 1991 *Temporal lobe morphometry and cerebral asymmetries by magnetic resonance in schizophrenia*, in «Biological Psychiatry», 2, pp. 379-381.
- Rossi A., Stratta P., D'Albenzio A. *et al.*  
 1990 *Reduced temporal lobe areas in schizophrenia: preliminary evidences from a controlled multiplanar magnetic resonance imaging study*, in «Biological Psychiatry», 27, pp. 61-68.
- Rossi A., Kalyvoka A., Rinaldi O., Stratta P.  
 2002 *Neuroanatomia della schizofrenia: gli studi di Risonanza Magnetica*, in «Nooo», 4, pp. 241-264.
- Rossi, O.  
 2003 *La videoterapia nella relazione d'aiuto*, in «Informazione, Psicologia, Psichiatria, Psicoterapia, Counselling Fenomenologia», n. 2, pp. 30-35.
- Rubin D.  
 1986 (a cura di) *Autobiographical Memory*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ruggeri M.  
 1997 *Life Skill Profile (LSP) – Presentazione*, in «EPS», 6, p. 194.
- Rutschmann J., Comblatt B., Erlenmeyer-Kimling L.  
 1986 *Sustained attention in children at risk for schizophrenia: Finding with two visual continuous performance tests in a new sample*, in «Journal of Abnormal Child Psychology», 14, pp. 365-385.
- Safran J., Segal Z.  
 1990 *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, Basic Books, New York; trad. it. *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano 1993.
- Salame P., Danion J., Peretti S., Cuervo C.  
 1998 *The state of functioning of working memory in schizophrenia*, in «Schizophrenia Research», 30, pp. 11-29.
- Saykin A.J. *et al.*  
 1991 *Neuropsychological function in schizophrenia: Selective impairment in memory and learning*, in «Archives of General Psychiatry», 48 (7), pp. 618-624.

- Semerari A.  
1991 (a cura di) *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. NIS, Roma.  
1999 *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Sergi M.J., Rassowsky Y., Neuchterlein K.H., Green M.F.  
2006 *Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia*, in «American Journal of Psychiatry», 163, pp. 448-454.
- Shakow D.  
1963 *Psychological deficit in schizophrenia*, in «Behavioral Science», 8, pp. 275-305.
- Shallice T.W.  
1988 *From Neuropsychology to Mental Structure*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Shapiro F.  
2000 *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, McGraw-Hill, Milano.
- Shayegan D.K., Stahl S.M.  
2005 *Emotion processing, the amygdale, and outcome in schizophrenia*, in «Progr in Neuropsychology & Biological Psychology», 29, pp. 840-845.
- Singer W.  
1986 *Sviluppo cerebrale e ambiente*, in «Le Scienze-Quaderni», 31, pp. 58-70.
- Spaulding W., Fleming S., Reed D., Sullivan M., Storzbach D., Lam M.  
1999 *Cognitive functioning in schizophrenia: implications for psychiatric rehabilitation*, in «Schizophrenia Bulletin», 25, pp. 275-289.
- Spaulding W., Reed D., Storzbach D., Sullivan M., Richardson C.  
1998 *The effects of remedial approach to cognitive therapy for schizophrenia*, in Wykes T., Tarrire N., Lewis S. (a cura di), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*, Wiley, Chichester.
- Spaulding W.D., Reed D., Sullivan M. et al.  
1999 *Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation*, in «Schizophrenia Bulletin», 25, pp. 657-676.
- Spence D.  
1995 *Sotto la superficie analitica. La teoria della mente dell'analizzando*, in «Psicoterapia», 1, pp. 11-24.

## Bibliografia

- Spivack M.  
1987 *Introduzione alla riabilitazione sociale*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. CXI, n. 3, pp. 522-574.
- Stanghellini G.  
2000 *Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense*, in «Schizophrenia Bulletin», 26, pp. 775-787.  
2001 *Psychopathology of common sense*, in «Philosophy, Psychiatry and Psychology», 2/3, pp. 201-218.  
2004 *Disembodied spirits and deanimated bodies*, Oxford University Press, Oxford.
- Stanghellini G., Ballerini M.  
2005 *Dis-socialità, ovvero la crisi del senso commune*, in «Noos», 2, pp. 115-140.  
2010 *Criterio B (difunzione sociale) in persone affette da schizofrenia: il puzzle*, in «Noos», 1, pp. 9-28.
- Stern, D.  
1985 *Il mondo interpersonale del bambino*, trad. it., Boringhieri, Torino 1987.
- Stirling J., White C., Lewis S. *et al.*  
2003 *Neurocognitive function and outcome in first-episode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort*, in «Schizophrenia Research», 65, pp. 75-86.
- Stone L.  
1961 *La situazione psicoanalitica*, trad. it., Piccin, Padova 1986.
- Stratta P., Rossi A.  
2004 *Rimedio delle funzioni esecutive nella schizofrenia e metodiche di intervento*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», 13, pp. 55-65.
- Stratta P., Bustini M., Daneluzzo E., Rossi A.  
2008 *La valutazione della capacità metacognitiva nel disturbo schizofrenico: dalla funzione metacognitiva al mondo reale*, in «Giorn. Ital Psicopat», 14, pp. 75-79.
- Stratta P., Daneluzzo E., Prosperini P., Bustini M., Mattei P., Rossi A.  
1997 *Is Wisconsin Card Sorting Test performance related to working memory capacity?*, in «Schizophrenia Research», 27, pp. 11-19.
- Stratta P., Mancini F., Mattei P., Casacchia M., Rossi A.  
1994 *Information processing strategy to remediate Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia: a pilot study*, in «American Journal of Psychiatry», 151, pp. 915-918.
- Stratta P., Mancini F., Mattei P., Daneluzzo E., Bustini M., Casacchia M. *et al.*  
1997 *Remediation of Wisconsin Card Sorting Test performance in*

*schizophrenia. A controlled study*, in «Psychopathology», 30, pp. 59-66.

Strauss J.S.

1989 *Mediating processes in schizophrenia. Towards a new dynamic psychiatry*, in «British Journal of Psychiatry», 1989; 155 (suppl), pp. 22-28.

Strauss J.S., Carpenter W.T.

1981 *Schizophrenia*, Plenum, New York.

Strauss J.S., Carpenter W.T., Bartko J.

1974 *Diagnosis and understanding of schizophrenia. III Speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs*, in «Schizophrenia Bulletin», 11, pp. 61-75.

Sullivan E.V., Shear P.K. *et al.*

1994 *A deficit profile of executive, memory, and motor functions in schizophrenia*, in «Biological Psychiatry», 36, pp. 641-653.

Sullivan H.S.

1931 *The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia*, in «American Journal of Psychiatry», 11, pp. 519-536.

Tremeau F.

2006 *A review of emotion deficits in schizophrenia*, in «Dialogues in Clinic Neuroscience», 8, pp. 59-70.

Twamley E.W., Jeste D.V., Bellack A.S.

2003 *A review of cognitive training in schizophrenia*, in «Schizophrenia Bulletin», 29, pp. 359-382.

Uzelac S, Jaeger J, Berns S, Gonzales C.

2006 *Premorbid adjustment in bipolar disorder: comparison with schizophrenia*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 194, pp. 654-658.

Vaccaro J.V., Liberman R.P., Blackwell G. *et al.*

1992 *Combining social skills training and assertive case management*, in Liberman R.P. (a cura di), *New Directions for Mental Health Services: Effective Psychiatric Rehabilitation*, Jossey-Bass, San Francisco.

Vender S., Fraticelli C., Moalli M., Poloni N.

2010 *Ampliamento del concetto di insight nella terapia del disturbo schizofrenico*, in «Giornale Italiano di Psicopatologia», 16, pp. 27-35.

Verdoux H., Liraud F., Assens F. *et al.*

2002 *Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: a two-year follow-up study of first admitted patients*, in «Schizophrenia Research», 56, pp. 149-159.

- Vishnu Gopal Y., Variend H.  
2005 *First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation*, in «Advances in Psychiatric Treatment», 11, pp. 38-44.
- Vita A., Bressi S., Perani D. *et al.*  
1995 *High-resolution SPECT study of regional cerebral blood flow in drug-free and drug-naïve schizophrenic patients*, in «American Journal of Psychiatry», 152, 6, pp. 876-882.
- Vita A., De Peri L., Barlati S. *et al.*  
2012 *Predictors of cognitive improvement and normalization under cognitive remediation in patients with schizophrenia*, in *3<sup>rd</sup> Biennial Schizophrenia International Research Conference, 2012 April 14-18, Florence Italy*, in «Schizophrenia Research», 136 (Suppl 1), S76.
- Vita A., Moresco R.M., De Peri L., Dieci M., Rolla A., Fazio F.  
2002 *SPECT e PET nella schizofrenia: applicazioni cliniche e di ricerca*, in «Noos», 4, pp. 287-301.
- Vorrugani L.N., Heslegrave R.J., Awad A.G.  
1997 *Neurocognitive correlates of positive and negative syndrome in schizophrenia*, in «Canadian Journal of Psychiatry», 42, pp. 1066-1071.
- Walker E. F., Diforio D.  
1997 *Schizophrenia: a diathesis-stress model*, in «Psychological Review», vol. 104 (4), pp. 667-685.
- Wallace C.J., Liberman R.P., MacKain S.J. *et al.*  
1992 *Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to severely mentally ill*, in «American Journal of Psychiatry», 149, pp. 654-658.
- Weinberger D.R., Berman K.F., Suddath R., Torrey E.F.  
1992 *Evidence of dysfunction of a prefrontal-limbic network in schizophrenia: a magnetic resonance imaging and regional cerebral blood flow study of discordant monozygotic twins*, in «American Journal of Psychiatry», 149 (7), pp. 890-897.
- Weinberger D.R., Berman K.F., Zec R.F.  
1986 *Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. I. Regional cerebral blood flow evidence*, in «Archives of General Psychiatry», 43 (2), pp. 114-124.
- Wellman H.M.  
1985 *Dai desideri alle credenze: l'acquisizione di un'ateoria della mente*, in Camaioni L. (a cura di), *La Teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*, Laterza, Roma-Bari.
- Wexler B.E., Anderson M., Fulbright R.K., Gore J.C.  
2000 *Preliminary evidence of improved verbal working memory per-*

formance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises, in «American Journal of Psychiatry», 157, pp. 1694-1697.

Wikes T., Reeder C.

2005 *Cognitive remediation for schizophrenia: theory and practice*, Brunner-Routledge, London.

Wilk C.M., Gold J.M., McMahon R.P., Humber K., Iannone V.N., Buchanan R.W.

2005 *No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal*, in «Neuropsychology», 19 (6), pp. 778-786.

Wimmer H., Perner J.

1983 *Beliefs about beliefs: representation and onstraning function of wrong beliefs in young children's understanding of deception*, in «Cognition», 13, pp. 257-271.

Winnicott D.W.

1965 *Sviluppo affettivo e ambiente*, trad. it., Armando, Roma.

1971 *Gioco e realtà*, trad. it., Armando, Roma.

Wong S.E. e Woolsey J.E.

1989 *Re-establishing conversational skills in overtly psychotic, chronic schizophrenic patients: discrete trials training on the psychiatric ward*, in «Behaviour Modification», 13, pp. 415-430.

Woodward N.D., Purdon S.E., Meltzer H.Y., Zald D.H.

2007 *A meta-analysis of cognitive change with haloperidol in clinical trials of atypical antipsychotics: dose effects and comparison to practice effects*, in «Schizophrenia Research», 89, pp. 211-224.

World Health Organisation (WHO)

1973 *The International Pilot Study of Schizophrenia*, vol. 1, Geneva.

Wykes T.

1994 *Predicting Symptomatic and Behavioural Outcomes of Community Care*, in «British Journal of Psychiatry», 165, pp. 486-492.

2004 *Cognitive remediation is better than cognitive Behaviour therapy*, in McDonald C., Schulze K., Murray R.M., Wright P. (a cura di), *Schizophrenia: challenging the orthodox*, Taylor & Francis, London, pp. 163-172.

Wykes T., Brammer M., Mellers J. et al.

2002 *Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy. Functional magnetic resonance imaging in schizophrenia*, in «British Journal of Psychiatry», 181, pp. 144-152.

## Bibliografia

Zetzel E.R.

1956 *Current Concepts of transference*, in «Int. J. Psycho-Anal.», 37, pp. 369-376.

Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S.R.

1983 *The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability*, in «Psychol Med.», 13, pp. 551-571.

Zubin J., Spring B.

1977 *Vulnerabilty: A new view of Schizophrenia*, in «Journal of Abnormal Psychology», 86, pp. 103-126.

aA

finito di stampare  
da Digitalandcopy, Segrate (MI)  
per i tipi della  
**Accademia University Press**  
in Torino  
nel mese di luglio 2016

aAaAaAaAaAaAaA

€ 16,00



ISSN 2385-2879

ISBN 978-88-99200-47-3



9 788899 200473