

Assessment e terapia dei sintomi negativi e positivi nella psicosi

Paolo Fabrizi¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (Roma)

Riassunto

Da quando la terapia cognitiva descrisse per la prima volta i deliri paranoidei si sono succeduti una moltitudine di studi che hanno fornito un supporto empirico all'utilizzo della Terapia Cognitivo-Comportamentale per il trattamento dei sintomi psicotici. Le ricerche recenti hanno dimostrato come i sintomi della malattia si collochino su un *continuum* di normalità e come, di conseguenza possano essere trattati con le stesse tecniche cognitivo-comportamentali che vengono utilizzate per ansia e depressione. L'obiettivo della terapia sarà quindi quello di insegnare al paziente a identificare e monitorare i propri pensieri e le proprie credenze nelle specifiche situazioni, valutandoli e correggendoli alla luce delle prove oggettive esterne e delle circostanze. Infatti le allucinazioni e i deliri sono basati su assunzioni e pensieri che i pazienti ritengono veritieri, tengono in considerazione e che spesso sono fonte di preoccupazione. Tutto ciò avviene a causa di una distorsione nell'elaborazione dell'informazione che contribuisce a mantenere in vita le credenze deliranti e le allucinazioni uditive.

Parole chiave: psicosi, delirio, allucinazioni, terapia cognitivo-comportamentale, MOVE

Assessment and therapy of negative and positive symptoms in psychosis

Summary

Since cognitive therapy described for the first time paranoid delusions, a multitude of studies have emerged and have provided empirical support for the use of Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Psychotic Symptoms. Recent research has shown how symptoms of the disease lie on a continuum of normality and how, therefore, can be treated with the same cognitive-behavioral techniques that are used for anxiety and depression. The goal of the therapy is therefore to teach the patient to identify and monitor their own thoughts and beliefs in specific situations, evaluating them and correcting them in the light of external evidence and circumstances. In fact, hallucinations and delusions are based on assumptions and thoughts that patients feel truthful, they consider and often are a source of concern. All this happens because of a distortion in information processing that helps keep alive beliefs and auditory hallucinations alive.

Key words: psychosis, delusion, hallucinations, cognitive-behavioral therapy, MOVE.

Introduzione

Da quando nella terapia cognitiva furono descritti per la prima volta (Beck, 1952) i deliri paranoidei, si è succeduta una moltitudine di studi che ha fornito un supporto empirico all'utilizzo della Terapia Cognitivo-Comportamentale per il trattamento dei sintomi psicotici. Per molti anni la psicosi è stata considerata una malattia biologica resistente, se non addirittura insensibile, ai trattamenti psicologici. Le ricerche recenti, hanno però dimostrato come i sintomi della malattia si collochino su un *continuum* di normalità e come, di conseguenza, possano essere trattati con le stesse tecniche cognitivo-comportamentali che vengono utilizzate per ansia e depressione (Bentall, 2007). L'obiettivo principale della terapia sarà quindi, quello di insegnare al paziente a identificare e monitorare i propri pensieri e le proprie credenze nelle specifiche situazioni, valutandoli e correggendoli alla luce delle prove oggettive esterne e delle circostanze. Infatti le allucinazioni e i deliri sono basate su assunzioni e pensieri che i pazienti ritengono veritieri, tengono in considerazione e che spesso sono fonte di preoccupazione. Tutto ciò causa una distorsione nell'elaborazione dell'informazione che contribuisce a mantenere in vita le credenze deliranti e le allucinazioni uditive. La Terapia Cognitivo-Comportamentale delle Psicosi può essere suddivisa in più fasi: in un primo momento il *focus* è centrato sull'instaurarsi di una buona relazione tra il paziente e il terapeuta mediante il coinvolgimento del paziente e la costruzione dell'alleanza terapeutica, attraverso l'adozione di un atteggiamento empatico e di un ascolto attivo finalizzati alla ricerca di un linguaggio comune per parlare dei sintomi, rimanendo aperti verso tutte le esperienze e cercando di evitare il confronto diretto. La fase successiva è basata sulla psico-educazione, sia per il paziente sia per i familiari, e sulla normalizzazione dei sintomi psicotici, ossia sul fattore maggiormente predittivo di buon esito clinico quando associato alle altre tecniche di formulazione del caso (Chadwick, 2006). In questa fase si inseriscono anche l'*assessment* e la raccolta di informazioni necessarie per la successiva condivisione della formulazione del caso con il paziente. L'obiettivo deve essere quello di riuscire a comprenderne i sintomi psicotici, cosa che in ottica cognitivo comportamentale consiste nel comprendere la modalità con cui si manifestano i sintomi e la spiegazione che il paziente dà degli stessi. Una volta terminato l'*assessment* si passa alla Formulazione del Caso che serve a fornire una cornice per gli interventi terapeutici successivi. Si propone quindi un piano di trattamento *ad hoc* in cui, insieme al paziente verranno messe in discussione le credenze e le interpretazioni dei sintomi stessi, cercando di arrivare a spiegazioni alternative e allo sviluppo di nuove abilità di *coping*. L'obiettivo del trattamento non deve

consistere nella scomparsa dei sintomi bensì nella modificazione dell'interpretazione che viene data dei deliri e delle voci attraverso la genesi di nuove spiegazioni alternative meno angoscianti e che contribuiscano alla diminuzione del *distress* emotivo del paziente e ad un suo migliore funzionamento sociale (Turkington et al., 2007). La parte conclusiva della Terapia prevede una fase centrata sulla prevenzione delle ricadute. Nel corso di questo lavoro dopo aver effettuato una ricostruzione del Modello Cognitivo delle Psicosi verranno approfondite alcune fasi della Terapia e nello specifico quelle riguardanti la fase di *assessment*, il trattamento dei sintomi positivi (allucinazioni e deliri) e infine il trattamento dei sintomi negativi.

L'assessment e la formulazione del caso

In ambito clinico con il termine "Psicosi" siamo soliti far riferimento ai sintomi positivi di questi disturbi, ossia alle convinzioni inusuali (deliri) che li caratterizzano, alle esperienze anomale (allucinazioni e altre percezioni atipiche) ed ai disturbi del pensiero e del linguaggio. Negli ultimi anni si è potuto assistere ad un produttivo dibattito in merito all'utilizzo di un approccio mirato verso i singoli sintomi della malattia. Tutto ciò ha avuto delle conseguenze e delle ripercussioni sia sugli strumenti per l'*assessment* sia sui successivi interventi pensati per i pazienti affetti da questa malattia destabilizzante.

L'assessment dei Disturbi Psicotici

Uno degli aspetti principali di un buon *assessment* è rappresentato dal colloquio, che necessita della conoscenza dei principi teorici e tecnici di riferimento e della capacità di saper osservare quelle che saranno le reazioni del paziente alle domande del clinico, sapendone riconoscere sia i segnali espliciti che quelli impliciti. Tutto ciò consentirà di ritagliare un *assessment* su misura per il paziente in esame. Questo perché, molto spesso, il paziente psicotico non sarà in grado, o non vorrà, descrivere con esattezza e pertinenza ciò che gli sta accadendo in quel determinato periodo. Di particolare importanza si dimostrerà il primo incontro perché spesso, questa tipologia di paziente, non avrà richiesto l'intervento di sua sponte e considera la visita un'imposizione, non avendo consapevolezza della sua condizione di malattia. In queste situazioni, se non si è particolarmente attenti si potrebbe incorrere nel rischio di sottovalutare o addirittura assecondare le resistenze verso il trattamento. In aggiunta a ciò va tenuto presente che circa la metà dei pazienti affetti da psicosi presenta un quadro clinico caratterizzato da uno scarso *insight*, una compromissione del funzionamento personale e sociale e una comprensione povera dei propri stati mentali, per cui il colloquio dovrà consentire l'approfondimento di tali fattori e l'acquisizione di informazioni relative

all'esordio della patologia e al suo impatto sulla qualità della vita. Tutte queste valutazioni devono essere effettuate sempre tenendo presente quello che era il funzionamento pre-morbo del paziente (a tal fine i familiari vanno considerati come una risorsa) e che tutte le variabili sopra-citate vanno spesso a compromettere anche la capacità del paziente di chiedere aiuto. Nel corso dell'*assessment* va tenuto a mente che l'obiettivo finale del terapeuta deve essere quello di cercare di comprendere il paziente, piuttosto che quello di cercare di cambiarlo mettendo in discussione la presenza delle voci e/o dei deliri. Una volta che si ha ben chiaro tutto ciò, si può procedere alla raccolta dei dati anamnestici cercando di mantenere il livello emotivo all'interno dei limiti di guardia, evitando che la seduta venga pervasa da livelli e momenti emotivi non controllabili, in modo da poter effettuare una valutazione diagnostica in condizioni di sicurezza e senza che il paziente si senta minacciato. Anche in questo caso il livello di *insight* del paziente può rappresentare un indice di gravità della patologia ed è fondamentale utilizzare la terminologia adoperata dal soggetto per descrivere la propria esperienza psicotica in quanto, l'utilizzo di una terminologia psichiatrica potrebbe risultare offensivo. Nel corso dell'analisi andrebbe innanzitutto esplorato il funzionamento pre-morbo del paziente con particolare attenzione ai periodi dell'infanzia e dell'adolescenza in quanto alcuni sintomi possono essere visibili già a quell'età, come dimostrato in alcuni studi di recente pubblicazione (Schiffman et al., 2004), realizzati grazie all'utilizzo di videotape girati dai genitori dei futuri pazienti in età infantile. Riguardo a ciò andrebbe chiesto al paziente, o ai suoi familiari, se durante questi periodi il bambino, o il ragazzo, mostrava interesse verso i coetanei, se appariva timido e introverso oppure socializzava normalmente. Vanno indagati il funzionamento e il rendimento scolastico. Un altro predittore di patologia sono le relazioni affettive e sentimentali e quindi vanno esplorate dettagliatamente chiedendo al soggetto se sia mai stato innamorato, se nel corso della sua vita ha mai avuto relazioni intime e se ha mai avuto dei rapporti sessuali. Vista la delicatezza del tema trattato è opportuno valutare se effettuare questa indagine durante il primo colloquio o rimandarla ai successivi, qualora il paziente dimostri di essere a disagio o infastidito.

Terminata la raccolta dei dati anamnestici il terapeuta dovrà impegnarsi nella costruzione di un clima di fiducia e, di conseguenza, nella costruzione di una buona alleanza terapeutica. Infatti, una volta che si ha chiara l'insorgenza della patologia psicotica, che approssimativamente tende a coincidere con il crollo del normale funzionamento del paziente, si può procedere nell'esplorazione e nell'approfondimento dei sintomi e all'identificazione delle aree prioritarie di intervento. Essendo questi soggetti, in genere, molto spaventati dai propri sintomi può accadere che il solo nominare voci e allucinazioni rappresenti per loro un'esperienza terrificante. Una buona strategia di

intervento, quindi, può essere rappresentata dall'utilizzo di domande aperte, con lo stile del dialogo socratico, che consentano al paziente di narrare quelli che sono i suoi problemi stabilendone egli stesso la priorità.

Questo metodo ci consente di agganciarci direttamente ai contenuti portati dal soggetto per fornire una nostra riformulazione del problema esplicitandone le motivazioni e, allo stesso tempo, di non essere percepiti come una minaccia. Va sempre tenuto presente che queste persone, di norma, non sono abituate a sentirsi rivolgere domande dettagliate sulla loro vita privata e che, in alcuni casi, questo potrebbe comportare lo sviluppo di idee paranoidee o di estrema angoscia, quindi bisogna essere sempre pronti a tornare indietro qualora il paziente si senta eccessivamente a disagio, cercando sempre di spiegare la motivazione per cui abbiamo chiesto quella determinata informazione, cosa volevamo sapere e per quale scopo. Qualora questo non fosse sufficiente è consigliabile cambiare immediatamente argomento e passare a temi più leggeri in modo da ristabilire un equilibrio emotivo. Nel corso dei colloqui, con il giusto tatto, vanno comunque indagati gli eventi critici della storia di vita tenendo presente che non sono infrequenti storie di abbandoni, abusi e violenze.

Quanto detto finora deve essere volto a riconoscere e identificare come si sono formati gli schemi personali e interpersonali del soggetto (Birchwood et al., 2004). Ogni volta che un paziente riporta un episodio significativo è necessario che il terapeuta applichi il paradigma ABC di Ellis (Ellis, 1962), esplicitando il legame esistente tra esperienze di vita, interpretazione di queste esperienze e risposte emotive a tali esperienze in termini di schema, chiedendo sempre il numero di volte in cui il problema si è verificato, in che contesti e quale era lo stato emotivo del momento.

- *Mario vede un uomo che lo sta osservando (evento attivante, A); Mario deduce (o crede) che l'uomo lo stia guardando e che faccia parte di un gruppo terroristico che vuole rapirlo e torturarlo (inferenza o convinzione delirante, B); Mario prova paura (conseguenza emotiva, C) e fugge via (conseguenza comportamentale, C).*

Questa modalità di procedere ci permette di aiutarlo nel recupero e nella comprensione di frammenti della sua memoria auto-biografica facilitando anche le sue capacità riflessive (Corcoran et al., 2005). Favorisce inoltre l'interpretazione e la possibilità di affrontare le nuove situazioni attraverso il riconoscimento della propria condizione emotiva e dei propri comportamenti agevolando, di conseguenza, l'integrazione della propria visione della realtà. Utilizzare i principi della Terapia Cognitivo-Comportamentale insieme ad un linguaggio semplice ed empatico rappresenta un ottimo aiuto per il paziente psicotico.

L'Indagine dei sintomi psicotici

Una volta fatto ciò è necessario effettuare un'indagine specifica dei sintomi psicotici, trattandoli alla stregua di credenze e schemi disfunzionali. È molto importante conoscere a fondo i contenuti deliranti e allo stesso tempo farsi un quadro di quali schemi personali e inter-personali costituiscano una traccia, questo perché lo schema disfunzionale più attivo nel paziente caratterizzerà il modo in cui quest'ultimo si porrà in relazione con i deliri e le allucinazioni. Lo schema sé/altro che risulterà attivo nel corso dell'esperienza delirante ci permetterà di comprendere la percezione di sé e della realtà che ha il paziente. Le credenze dei pazienti vanno tenute in considerazione per tutta la durata del trattamento. Gli interventi di normalizzazione dell'esperienza psicotica sono di fondamentale importanza in quanto, non va mai messa in atto una critica diretta delle convinzioni del paziente e va tenuto presente che la presenza di voci e allucinazioni può anche avere un carattere rassicurante per la persona che le sperimenta. Vanno poi identificati tutti gli eventi determinanti ed i ricordi che la persona porta a sostegno della propria convinzione ed esaminate le tre dimensioni del delirio (Garety, 1985):

- La forza della convinzione.
- La sofferenza soggettiva.
- Il grado di coinvolgimento.

In questo caso può tornare utile l'utilizzo dell'analisi cognitivo comportamentale degli eventi che precedono e seguono queste dimensioni iniziando dalla sofferenza soggettiva e dall'aspetto emotivo. Non è mai opportuno invece assecondare passivamente le idee del paziente perché questo potrebbe portare ad una conferma e a una sedimentazione della credenza disfunzionale a contenuto delirante. Possiamo quindi affermare che l'assessment ha una doppia funzione: delineare una diagnosi (o comunque un'ipotesi diagnostica) e motivare il paziente verso il trattamento.

Strumenti per la Misurazione della Sintomatologia Psicotica

Nel corso degli anni l'approccio legato al sintomo ha consentito lo sviluppo di numerosi strumenti per la misurazione della sintomatologia psicotica. Allo stato attuale tra i più utilizzati troviamo:

- La *Psychotic Symptoms Rating Scale* (Haddock et al., 1999): è un'intervista semi-strutturata che valuta le dimensioni psicopatologiche delle allucinazioni (la cui sottoscala per le allucinazioni uditive contiene 11 *items* che ne indagano la frequenza, l'intensità, la

durata, l'invasività e le credenze in merito alla loro origine e al loro controllo) e dei deliri (la cui sottoscala include 4 items volti ad indagarne convinzione, preoccupazione, compromissione del funzionamento e *distress*). Nella somministrazione l'intervistatore assegna un punteggio a tutti gli item su una scala a 5 punti.

- Un'altra intervista semi-strutturata molto utilizzata, in particolar modo in Italia, è la *Brief Psychiatric Rating Scale* (Ventura et al., 1993): la scala è composta da 24 *items* che vanno ad esplorare altrettanti sintomi categorizzati ognuno da una descrizione. Ha un alto grado di condivisibilità e il suo punteggio totale può essere assunto come indice della gravità della malattia. Ciascun *item* viene valutato su una scala a 7 punti. La scala offre inoltre la possibilità di rilevare informazioni da fonti diverse, di effettuare un monitoraggio sui sintomi bersaglio e anche per la presenza di sotto-scale che vanno a misurare i comportamenti dei pazienti. Si è anche dimostrata utile rispetto all'impostazione e alla valutazione dei trattamenti riabilitativi.
- Per quanto concerne invece gli strumenti di valutazione della sintomatologia negativa e di quella positiva si sono rivelate di grande utilità clinica la *Scale Assessment Negative Symptoms* (Andreasen, 1982) e la *Scale Assessment Positive Symptoms* (Andreasen, 1982). I due strumenti sono stati predisposti per essere utilizzati nel contesto di un'intervista strutturata anche se le informazioni possono comunque essere acquisite in maniera informale attraverso l'osservazione clinica e dai colloqui con i pazienti o dai resoconti dei familiari. Le due scale consentono anche di effettuare una valutazione dei pazienti adulti e del loro successivo decorso clinico. La SANS si compone di 25 *items* raggruppati in 5 sottoscale atte alla misurazione di piattezza o ottundimento affettivo, alogia, abulia/apatia, anedonia/asocialità e attenzione. Mentre la SAPS si compone di 34 *items* suddivisi in 4 sottoscale finalizzate alla misurazione della presenza di allucinazioni, deliri, anomalie del comportamento e disturbi formali positivi del pensiero.
- Per quanto concerne la misurazione del livello generale di psicopatologia si è dimostrata particolarmente efficace la *Positive and Negative Syndrome Scale* (Kay et al. 1987) che si compone di 30 *items* suddivisi in tre sottoscale specifiche per dominio: Scala Positiva (7 *item*), Scala Negativa (7 *item*) e Scala di Psicopatologia (16 *item*). La descrizione degli item consente di cogliere anche modeste sfumature sintomatologiche e la scala della psicopatologia generale consente la misurazione dei sintomi che non fanno parte in senso stretto della sintomatologia positiva e negativa. Indaga la sintomatologia attuale e

consente di effettuare una valutazione del decorso clinico del paziente se effettuata nel pre- e nel post-trattamento.

La Formulazione del Caso e la Pianificazione del Trattamento

La Formulazione del Caso è l'aspetto centrale della Terapia Cognitiva delle Psicosi in quanto rende il trattamento suscettibile di essere personalizzato e mette in relazione agli eventi e/o accadimenti i contenuti mentali del paziente. Inoltre fornisce un modello di come i singoli elementi (pensieri, emozioni e comportamenti) si articolano nel disturbo e ne favoriscono il mantenimento. Nello specifico è necessario quindi effettuare una buona raccolta dei dati anamnestici sia individuali sia familiari indagando approfonditamente le aree di funzionamento del paziente e il loro grado di compromissione nel corso del tempo. Per fare ciò è necessario coinvolgere fin dall'inizio i familiari e verificare se il paziente abbia una buona rete di sostegno sociale, che potrebbe tornare di grande utilità nel corso del trattamento, tenendo sempre presenti quelli che possono essere stati i fattori precipitanti, in termini sia di fattori di rischio sia protettivi a cui il paziente è stato esposto nel corso della sua esistenza. Di fondamentale importanza sia per la comprensione del paziente sia per la successiva pianificazione del trattamento sono le esperienze precoci da cui si presume si siano generati e sedimentati gli schemi disfunzionali. Anche la teoria esplicativa fornita dal paziente per le sue problematiche va tenuta in considerazione perché può costituire un ottimo punto di partenza per la costruzione di un modello condiviso della malattia. Una volta che il quadro si è ben delineato, la formulazione deve essere condivisa con il paziente in modo da poter procedere alla pianificazione di un trattamento specifico. Un altro aspetto, non meno importante, sia dell'*assessment* sia della formulazione è la valutazione dei deficit cognitivi del paziente psicotico e del loro impatto sulla sintomatologia e sul suo normale funzionamento. Bisogna inoltre tenere sempre sotto controllo il trattamento farmacologico e verificare costantemente il grado di aderenza e di compliance del paziente alla terapia. L'ultimo aspetto di un trattamento efficace è costituito da una fase di prevenzione delle ricadute che includa una psico-educazione, la capacità di riconoscere i segnali di crisi, un *Social Skills Training* e qualora fosse necessario l'inserimento in strutture semi-residenziali. In aggiunta va costruito un piano di emergenza con il paziente che includa tutte le eventualità da prendere in considerazione qualora si presentasse una nuova situazione di acuzie.

Il trattamento dei sintomi positivi

Le Psicosi e in particolare la Schizofrenia si manifestano in genere nel corso dei primi anni della vita adulta e, nella maggior parte dei casi determina una disabilità persistente. Frequentemente i soggetti che ne sono affetti presentano deliri molto articolati caratterizzati da esperienze anomale

quali allucinazioni e disturbi percettivi, disturbi dell'umore e d'ansia, difficoltà sociali di lunga durata e a volte comorbidità con altri disturbi. Rappresentano anche una delle patologie psichiatriche a più alto rischio di compiere atti aggressivi e nonostante la notevole evoluzione delle terapie farmacologiche circa la metà dei soggetti continua a manifestare sintomi resistenti al trattamento (Kane, 1996) e/o conseguenti alla scarsa *compliance* farmacologica (Nose et al., 2003). La letteratura ha evidenziato diversi sintomi psicotici positivi che si possono presentare come fenomeni distinti nel colloquio clinico: i deliri di persecuzione, i deliri di grandiosità, le allucinazioni uditive e i disturbi del pensiero. Questo ha fatto sì che alcuni ricercatori (Chadwick et al., 1996) si focalizzassero sui singoli sintomi come bersagli dell'intervento, in quanto il trattamento standard (farmacologico) ha dimostrato ampiamente la sua limitata efficacia nel tempo. Questo modo di procedere ha fatto sì che attualmente la Terapia Cognitivo-Comportamentale venga consigliata come parte della pratica clinica di routine in un certo numero di Paesi occidentali e costituisca parte integrante per il trattamento delle Psicosi e della Schizofrenia nelle linee guida dei maggiori Paesi anglosassoni (Stati Uniti, Regno Unito e Australia).

Il modello della Terapia Cognitiva dei Sintomi Positivi

In una serie di studi (Chadwick e Lowe, 1990) hanno dimostrato come la terapia cognitiva possa essere utilizzata nella modifica delle convinzioni deliranti. Successivamente Chadwick e Birchwood (Chadwick et al., 1996) hanno esteso questo lavoro anche alle allucinazioni uditive. Per fare ciò il metodo cognitivo utilizzato per lavorare con i deliri e le voci si basa principalmente sulla Terapia Cognitiva di Beck (Beck et al., 1979) e sulla Terapia Razionale Emotiva di Ellis (Ellis, 1962) e si avvale del Modello dell'ABC, dove la A rappresenta l'evento attivante, la B le credenze e i pensieri riguardo ad "A" e C la conseguenza emotiva e comportamentale delle suddette credenze.

Il modello offre una cornice teorica di riferimento utile per la comprensione dell'esperienza del delirio e delle voci. All'interno dell'analisi ABC i deliri rappresentano ovviamente delle B, ossia sono delle interpretazioni deliranti di un evento (A), che possono essere, o non essere, associate a un disagio e/o sofferenza (C). In questo modo il concetto di delirio implica che sia fatta un'inferenza. Quindi la prospettiva ABC applicata ai deliri ci chiarisce che il delirio contiene sempre un'inferenza esplicita (ossia un tipo di credenza che implica proposizioni del tipo "se ... allora") e che le valutazioni effettuate dal soggetto sono generalmente di tipo implicito e devono essere estratte attraverso le concatenazioni di pensiero. Ciò significa che il terapeuta deve utilizzare le concatenazioni di pensiero per andare al di là dell'interpretazione delirante e scoprire le valutazioni critiche. Quindi, le conseguenze emotive e comportamentali potranno essere comprese

pienamente solo quando sia il pensiero deduttivo (delirante) sia quello valutativo saranno evidenti. È in questo modo che il modello cognitivo chiarisce come i deliri siano connessi ad altre importanti credenze, al disagio e alla sofferenza. Nel caso delle allucinazioni uditive (che in alcuni casi possono manifestarsi insieme ad altre allucinazioni di tipo visivo e/o tattile) il soggetto sviluppa tutta una serie di credenze collegate tra loro che possono essere comprese in termini di rapporto interpersonale e sono proprio queste convinzioni che mediano il comportamento e il disagio. Nello specifico, all'interno di questo modello la voce viene vissuta come un evento attivante (A) (e non come un pensiero, B) al quale la persona attribuisce un significato e che suscita reazioni emotive e comportamentali associate (C). Questo consente una modifica della comprensione psicologica delle voci e del loro trattamento in quanto chiarisce che il disagio del paziente e il relativo comportamento di coping sono una conseguenza, non dell'allucinazione in sé, ma delle credenze dell'individuo, come si può osservare nella seguente tabella dove una voce viene ritenuta benevola e una malevola:

A	B	C
Mario sente una voce che gli dice: "colpiscilo".	È Dio che mette alla prova la mia forza e la mia fede.	Non asseconda • Soddisfazione
Giulio sente una voce che gli dice: "Fai attenzione".	È il diavolo che mi sta tenendo d'occhio per venirmi a prendere.	Terrore • Evita di uscire

Fig. 1 Esempio di voce ritenuta benevola o malevola a seconda dell'interpretazione

L'Assessment dei Sintomi Positivi

L'obiettivo principale di questa fase è rappresentato dall'individuazione e dalla valutazione dei sintomi positivi ed in particolare delle allucinazioni imperative e delle reazioni cognitive, comportamentali ed emotive ad esse associate. Questo è un processo che prosegue nel corso di tutta la terapia con l'obiettivo di valutare gli esiti dell'intervento ed è fondamentale il coinvolgimento del paziente nella relazione terapeutica, nonostante le difficoltà dovute alla natura disturbante delle voci. Quindi nella creazione e nel mantenimento della relazione è di fondamentale importanza rispettare alcune regole (Turkington et al., 2012): stabilire un buon rapporto e una relazione di fiducia col paziente attraverso l'ascolto empatico, incoraggiarlo a fornire un resoconto dettagliato delle proprie esperienze e credenze, anticipargli le difficoltà di coinvolgimento nella relazione terapeutica e indebolire le credenze che potrebbero renderla difficile o minacciarla (es. le voci

potrebbero fare commenti contro il terapeuta), definire un simbolico “segnale di emergenza” (da utilizzare per un numero di volte ben definito nei momenti in cui si sente a disagio), in modo da dare al paziente il controllo della terapia.

In questa fase è indispensabile essere di supporto alla persona nel distinguere fatti e credenze. Ad esempio spiegare che una voce rappresenta un fatto reale, ma attribuirle un potere è il frutto di una credenza. Durante la fase di *assessment* è necessario individuare la credenza chiave riguardo alla voce imperativa. Le credenze di base si riferiscono a: potere della voce e possibilità di controllarla, obbedienza o resistenza alla voce e tentativi di gestirla, natura della voce scopo e significato della voce.

Per fare tutto ciò il Modello ABC è lo strumento chiave. Nel caso dei pazienti psicotici può essere riproposto ai fini della valutazione, nella versione CAB (Conseguenza, Antecedente, Credenza), in quanto la conseguenza (C) è ciò che i pazienti psicotici riporteranno più prontamente in seduta come conseguenza di un evento attivante (A), che viene a sua volta percepito come fonte del loro disagio: le azioni persecutorie. Molte volte, per ottenere la C è consigliabile iniziare da un evento recente che sia stato fonte di forte disagio e che abbia un elevato grado di salienza emotiva per il paziente, in modo da facilitarne il ricordo. Quindi nella prassi risulta produttivo chiedere prima informazioni sul comportamento, far associare poi la conseguenza emotiva ed infine raccogliere informazioni sull'evento che ha reso la persona incline a tale interpretazione o convinzione. Successivamente va stabilito il collegamento tra l'evento e la credenza e alla fine va effettuata una riflessione nei termini di A-B-C. Ciò ha anche la funzione di favorire la familiarizzazione del paziente con il modello di riferimento della Terapia Cognitiva.

Questa tipologia di assessment dovrebbe consentire di apprendere quali comportamenti, disagi e credenze necessitano di ulteriori valutazioni, sempre cercando di mantenere in equilibrio la necessità di porre domande per ottenere una approfondita valutazione del sistema delle credenze del paziente e la necessità di costruzione dell'alleanza terapeutica attraverso uno scambio empatico. Inoltre, sempre in questa fase è di grande utilità l'approfondimento dei seguenti fattori:

- Fase attuale della Psicosi.
- Problemi di attenzione e concentrazione (potrebbero richiedere sedute più brevi).
- Ritiro Sociale e/o Sintomi Negativi (i pazienti che presentano anche tale sintomatologia richiedono un ritmo più lento e uno stile conversazionale più accogliente).
- Suggestionabilità (richiede l'utilizzo di domande aperte).

- Alti livelli di Sospettosità e Sfiducia (in questi casi deve essere costantemente sotto controllo la tenuta dell'alleanza terapeutica).

Qualora la fase della Psicosi lo consenta, può essere utile ricorrere all'utilizzo di alcuni strumenti di misura per definire il sistema di credenze del paziente, identificare gli obiettivi della terapia e monitorare i progressi quali ad esempio:

- *Beliefs and Conviction Scale* (Brett-Jones et al., 1987): è un'intervista semi-strutturata che fornisce una valutazione del grado di convinzione, preoccupazione, intrusività e di apertura alla confutazione rispetto alle credenze deliranti/inferenziali.
- *Beliefs about Voices Questionnaire-Revised* (Chadwick et al., 2000): è un questionario che prende in esame il ruolo del mediatore delle credenze sulle voci, sul disagio e sul comportamento.
- *Evaluative Beliefs Scale* (Chadwick et al., 1999): è una scala atta a misurare le valutazioni negative della persona come inutilità, non amabilità, debolezza, cattiveria, fallimento e inferiorità.
- *Psychotic Symptoms Rating Scale* (Haddock et al., 1999): è una scala che consente di valutare il grado di convinzione, preoccupazione e disagio associati a deliri e voci misurati nell'ultima settimana per mezzo di un'intervista semi strutturata. Comprende, inoltre, due scale una per i deliri (ne misura la gravità in base a due fattori: disagio/rottura e preoccupazione/convinzione) e una per le allucinazioni uditive (ne offre una misura in base a tre fattori: caratteristiche fisiche, caratteristiche emotive e interpretazione cognitiva).
- *Voice Compliance Scale* (Beck-Sander et al., 1997): è una scala di osservazione costruita per misurare la frequenza delle allucinazioni imperative e il livello di accondiscendenza/resistenza ad ogni comando identificato entro le precedenti otto settimane.

Principi e Strategie di Intervento Cognitivo sulle Credenze relative alle Voci

È ormai accertato che le credenze psicotiche siano modificabili allo scopo di ridurre nel soggetto il disagio e i comportamenti disfunzionali. Quindi una volta terminata la fase preparatoria della terapia possiamo procedere all'estrapolazione delle credenze del soggetto. Per far ciò è necessario che il paziente familiarizzi con il Modello ABC, in quanto ricollocare il problema in B rappresenta una fase cruciale della terapia che, se non affrontata, può minare l'efficacia della confutazione e

della sfida alle credenze, in quanto il paziente non necessariamente lavorerà con lo stesso sistema. Essendo presenti un gran numero di incoerenze nella mente del soggetto sarà necessario evidenziarle e consentirgli di rifletterci su. È così che si dà inizio al processo di indebolimento di una convinzione, tenendo sempre presente che si può tornare indietro in qualsiasi momento qualora si dovessero incontrare delle resistenze. Va tenuto presente che per i pazienti le voci sono Omniscienti (spesso questo si caratterizza come prova fondamentale del fatto che l'identità della voce è sovrumana), possono prevedere il futuro e sapere tutto di loro o degli altri. Ma nella realtà le cose non stanno in questo modo e il terapeuta deve iniziare la messa in discussione di tali assunzioni con l'obiettivo di screditarle e rivelare al paziente la loro fallibilità (proprio come qualunque altra persona). Questa è un'importante strategia finalizzata a ridurre il potere e l'autorità che può essere utilizzata facendo comprendere al paziente che le voci: non vedono e non conoscono tutto; commettono errori e forniscono previsioni sbagliate; possono mentire.

Una volta effettuato ciò si cerca di far generalizzare tali concetti ad altre informazioni che arrivano dalla voce. Nel momento in cui si è riusciti ad indebolire e rendere incerte le credenze relative all'onniscienza, diviene possibile interrogarsi e verificare se siano realmente in grado di mettere in atto le loro minacce. Le credenze relative alle voci fanno sì che i pazienti, oltre a ritenerle onniscienti, le considerino anche molto potenti. Alcune caratteristiche della voce potrebbero contribuire significativamente a questo fenomeno, come ad esempio: il tono e volume della voce, il presentarsi insieme ad allucinazioni visive e/o altre credenze sulle voci.

Il fattore "Potenza della Voce" è un fattore molto importante perché fa sì che le minacce acquisiscano maggiore credibilità e quindi un aspetto fondamentale da affrontare è quello riguardante il fatto se siano o meno in grado di attuare le loro minacce. In questa fase sarà opportuno, per il terapeuta, adottare un atteggiamento didattico che utilizzi le conoscenze del soggetto per confutarne il potere percepito. Un esempio di ciò può essere rappresentato dall'utilizzo delle seguenti frasi: le voci per realizzare i loro propositi devono fare affidamento sull'azione del soggetto (e quindi la loro potenza in se per se è relativa, se non nulla), oppure: le voci si vantano e fanno proclami ma poi nella realtà non sono in grado di realizzare quanto affermano.

Un altro tipo di credenza che si rende necessario affrontare è rappresentato dalle "Credenze di Accondiscendenza". Questo è un obiettivo molto importante in quanto è questa tipologia di credenze che spesso media i comportamenti a rischio dei soggetti che presentano voci imperative. Tali comportamenti possono essere visti come comportamenti protettivi che mettono il soggetto al sicuro fornendo la sensazione di prevenire le conseguenze negative preannunciate dalla voce. Tra

questi comportamenti troviamo quelli che possono rappresentare l'aderenza al comando o quelli che vengono messi in atto per attenuare la minaccia (come evitare luoghi affollati per non correre il rischio di fare del male a qualcuno). In questo modo i pazienti aumentano la loro percezione di efficacia ma, nonostante ciò, questi comportamenti protettivi contribuiscono ad impedire la messa in discussione e la confutazione della credenza legata all'allucinazione uditiva. Quindi, una volta instillato il dubbio riguardo l'onniscienza e al potere della voce, risulterà più agevole agire sull'accondiscendenza, riconoscendo che, nella realtà dei fatti, la voce non ha sempre mantenuto le proprie minacce. Ciò può essere fatto aiutando il paziente ad apprendere che non è sempre necessario fare quello che dicono le voci e che è possibile resistere senza che la minaccia si realizzi.

Quindi attraverso il dialogo socratico e la scoperta guidata si possono far identificare al paziente esempi passati e presenti in cui ha agito senza dar ascolto alla voce e non è accaduto nulla. Tutto questo lavoro è propedeutico ad una serie di esperimenti comportamentali tendenti a favorire l'eliminazione delle condotte protettive e testare le credenze sulle voci in quanto, i comportamenti protettivi messi in atto dai pazienti rivestono una funzione di mantenimento importante perché, almeno in apparenza hanno la funzione di scongiurare le conseguenze temute (ad es. "Se non faccio quello che la voce mi dirà, morirò"). Tali strategie di coping, anche se sono disfunzionali, e sembra che i soggetti siano molto reticenti a ridurle, favoriscono una diminuzione dell'ansia e danno loro la sensazione di riuscire a resistere alla voce.

Quindi al fine di testare la validità di una credenza rispetto alla voce nella CBTp vengono utilizzati gli esperimenti comportamentali perché offrono la possibilità di verificare se le voci siano corrette nelle loro affermazioni su sé stessi e sugli altri e di stabilire la reale necessità di mettere in atto i comportamenti protettivi. A sostegno di questo assunto, una serie di studi effettuati su soggetti affetti da Disturbi d'Ansia suggerisce che il successo di un trattamento dipende dalla combinazione di esperimenti comportamentali e dall'abbandono dei comportamenti protettivi all'interno di tali esperimenti e dall'uso combinato di tecniche cognitive e comportamentali. Gli esperimenti devono essere creati in modo da favorire la messa in dubbio della convinzione oggetto di analisi e da consentire l'adozione di credenze meno stressanti. Andranno concordati con cura i parametri e le condizioni attraverso cui la credenza verrà confutata valutando attentamente l'utilità di quella alternativa. Vanno discussi i benefici che ne deriveranno ed è necessario iniziare sempre dalla credenza meno radicata in modo da far aumentare considerevolmente le possibilità di successo e ridurre la resistenza al cambiamento. Un'utile strategia da adottare potrebbe essere quella di stimolare o suggerire scenari alternativi ipotetici in cui si verificano circostanze che aiuteranno nel

cambiamento della credenza. Infatti in uno studio di Brett-Jones (Brett-Jones et al., 1987) viene evidenziata una relazione significativa tra l'esito della CBTp e la disponibilità del paziente alla contraddizione delle ipotesi, ovvero la propensione a prendere in considerazione di poter cambiare le proprie credenze alla luce di prove empiriche che ne evidenzino la contraddittorietà. Ciò si rivela di particolare utilità, ad esempio, per mettere alla prova la credenza che la voce punirà il paziente se questi non la ascolterà: in questo caso si invita il paziente a ridurre gradualmente il grado di obbedienza (ad es. resistendo ai comandi più pericolosi e acconsentendo a quelli più innocui) facendo poi notare come la minaccia temuta poi non si verifichi, andando di conseguenza ad indebolire la credenza.

Il passo successivo per spostare il potere percepito della voce consiste nel mettere in discussione il comando stesso, provando a rispondere alla voce in modo più assertivo (ad es. "Perché dovrei farlo?" o "Perché non lo fai tu?"). Tutto ciò è pensato con l'obiettivo di far sì che il soggetto reagisca alle credenze disfunzionali sul potere delle voci con le nuove credenze, indebolendo le prime e rafforzando le seconde.

È questo il momento in cui il paziente sarà pronto per andare alla ricerca delle prove della propria padronanza e del proprio controllo sulle allucinazioni. Nel corso delle prove può essere d'aiuto fornire un punteggio alle convinzioni per fornire una modalità semplice di monitoraggio del successo in ogni esperimento e del cambiamento. Un protocollo facilmente utilizzabile è quello di prendere nota di come funziona il comportamento protettivo, del rationale dell'esperimento, delle credenze originarie e di quelle alternative, di cosa è avvenuto e il punteggio attribuito alle credenze dopo l'esperimento.

In ultimo è possibile fornire spiegazioni alternative al fenomeno delle voci basandosi su una prospettiva evolucionistica, infatti la presenza in anamnesi di eventi traumatici o di esperienze emotivamente salienti può dare un senso ai problemi attuali sulla base del contesto in cui sono inserite le voci e le credenze associate. L'obiettivo è quello di individuare le origini psicologiche delle allucinazioni e la loro natura. Una volta giunti ad una formulazione condivisa sarà possibile affrontare le credenze negative del paziente riguardo a sé stesso. Tutto ciò è importante perché tali esperienze in alcuni soggetti possono influenzare il processo inferenziale.

Quindi, riassumendo possiamo affermare che la promozione della percezione di controllo sulle allucinazioni uditive si articola in due momenti: inizialmente è necessario cercare di aumentare la capacità del soggetto di resistere alle proprie voci incoraggiandolo a cercare prove contrarie del loro potere. Successivamente si procede ad incrementare le abilità del soggetto a mantenere il controllo

sulle proprie voci e ad individuare prove contrarie al loro potere. Infine, è necessario condurre il paziente a comprendere quelli che sono i fattori che amplificano o riducono la presenza della voci con l'obiettivo di ricavarne un sollievo immediato. Tutto ciò si ottiene favorendo lo sviluppo di strategie di *coping* atte a ridurre il disagio e la necessità di obbedire alle voci.

Principi e strategie di intervento cognitivo sulle credenze deliranti

I Deliri sono certamente un fenomeno molto complesso. Per molto tempo si è ritenuto che l'idea di modificare un delirio potesse essere non solo infruttuosa ma addirittura dannosa. Questo perché l'idea di partenza era quella secondo cui il delirio si sarebbe formato per proteggere la persona da una minaccia inaccettabile e rimuoverlo avrebbe significato esporlo nuovamente alla minaccia. Quest'idea però non può essere presa per buona a priori. Infatti, fin dai primi anni '50, è possibile riscontrare la pubblicazione di numerosi studi che riportano i tentativi effettuati di indebolire i deliri con risultati complessivamente positivi. Questo naturalmente non vuol dire che tutti i deliri siano modificabili. Sarebbe quindi più corretto affermare che i deliri sono difficili da modificare, in quanto la classe delle credenze definite come deliri varia in modo considerevole nelle sue dimensioni. Tuttavia per molte persone il delirio rappresenta una fonte di disagio comportamentale ed emotivo ed è proprio per questo che sembra discutibile l'idea che un terapeuta possa rifiutare la terapia ad un paziente sulla base di una presunta credenza che le persone con un delirio debbano essere lasciate nel loro delirio. Turkington (Turkington et al., 1996) ha ridefinito il concetto di delirio secondo un'ottica *evidence-based* prendendo le distanze dalla visione dicotomica della separazione della salute mentale dalla psicopatologia. Infatti secondo l'autore un Delirio è una credenza (probabilmente falsa) che si colloca al limite estremo del *continuum* del contesto generale. Non differisce dalle idee sopravvalutate o dalle credenze normali e continua a essere considerato credibile nonostante la presenza di evidenze contrarie. Può essere sensibile al cambiamento allorché le prove vengano ricercate in modo collaborativo e avvicinandosi il più possibile alle idee comuni e tipiche del *background* sociale, culturale, educativo e religioso del paziente (Turkington et al., 1996).

Possiamo poi suddividere i deliri in due principali tipologie:

- Deliri di Tipo 1: sono quelli collegati a deficit cognitivi e a sintomi negativi, come l'appiattimento affettivo e solitamente sono mantenuti con una minore convinzione e un minore investimento emotivo (frequentemente sono di carattere religioso anche se negli

ultimi anni presentano la tendenza a riguardare temi come microchip, satelliti, telefono cellulari ecc.).

- Deliri di Tipo 2: solitamente non sono collegati ai sintomi negativi e hanno la tendenza a comparire dopo periodi di forte angoscia intorno ai 35 anni. Solitamente sono deliri persecutori o di grandiosità che si presentano in assenza di sintomatologia negativa in pazienti con episodi traumatici alle spalle con la funzione di proteggerli da emozioni intollerabili che potrebbero emergere qualora si trovassero in situazioni collegate all'esperienza traumatica.

La strutturazione del delirio può essere presente in maniera minore o maggiore. L'esternalizzazione e la personalizzazione sono legate ad un deficit nella Teoria della Mente (Frith, 1992) che probabilmente è meglio descrivibile come un problema pervasivo di empatia (Frith, 2004) come ad es. percepire l'altro come incapace di un certo sentimento verso di noi. Questo modello di genesi e di mantenimento del delirio apre la strada ad un tipo di intervento focalizzato sull'esame di realtà, sulla correzione delle distorsioni cognitive, i *role-playing* e l'inversione dei ruoli volto per incrementare l'empatia. In aggiunta a ciò il lavoro sugli schemi aiuta il paziente a rendere meno disturbanti e più funzionali le credenze su di sé (Siddle et al., 1998).

La Terapia Cognitiva per i Deliri è quindi centrata sul tentativo di modificare la convinzione alla base i deliri, con lo scopo di ridurre il disagio e i conseguenti comportamenti protettivi attraverso l'utilizzo delle tecniche e delle strategie che sono state descritte nei paragrafi precedenti per il trattamento delle voci e che sono riassumibili in breve nel seguente modo:

- Assessment.
- Concordare e chiarire la problematica in termini di credenze.
- Evidenziare le incoerenze.
- Concordare le credenze e le relative verifiche in termini gerarchici.
- Esaminare attentamente le evidenze.
- Generare e concordare evidenze alternative.
- Testare la credenza contro una spiegazione alternativa.

Il trattamento dei sintomi negativi

Gli studi relativi ai sintomi della Schizofrenia nelle diverse culture (Andreasen et al., 2006) convergono su una scomposizione di tali aspetti in tra fattori:

- Sintomi Psicotici Produttivi (o positivi): Allucinazioni e Deliri.

- Sintomi di Disorganizzazione: Comportamento bizzarro e Disturbi Formali del Pensiero.
- Sintomi Negativi: Alogia, Appiattimento affettivo, Ane donia, Asocialità ecc.

Questo per cercare di favorire un ritorno ad una descrizione più dettagliata delle Psicosi e in particolare della Schizofrenia e per ampliare le sue possibilità di trattamento. Infatti fino ai primi anni 2000 la psichiatria si è concentrata solamente sulla cura farmacologica (trattamento d'elezione) dei sintomi positivi. Quindi il fatto che i sintomi negativi e la disorganizzazione cognitiva non siano stati finora uno dei focus del trattamento ci fornisce la spiegazione del perché la loro presenza si associ sempre ad un esito peggiore.

Concettualizzazione Cognitiva dei Sintomi Negativi

I Sintomi Negativi comprendono una compromissione dell'attività verbale (alogia), non verbale (appiattimento affettivo) e dell'espressività così come una diminuzione dell'impegno nelle attività costruttive (avolizione), piacevoli (anedonia) e sociali (asocialità). Assistiamo quindi all'assenza e/o a una riduzione di una serie di comportamenti che sono invece presenti nella popolazione media. La sintomatologia negativa di pertanto risulta difficilmente trattabile e spesso permane anche dopo la scomparsa dei sintomi positivi. I domini specifici dei sintomi negativi riguardano: appiattimento affettivo, decremento della motivazione, decremento degli interessi, ridotto range emozionale, e povertà di linguaggio, mancanza di desiderio di avere interazioni sociali e impoverimento degli scopi.

Questi sintomi sono tra le cause principali della progressiva riduzione del funzionamento sociale e lavorativo del soggetto nonché indicatori di scarsi esiti nel trattamento dei pazienti. Possiamo suddividere i sintomi negativi in:

- Sintomi Negativi Persistenti: si riferiscono ai sintomi idiopatici della Schizofrenia e si possono osservare indipendentemente dallo stato farmacologico.
- Sintomi Negativi Secondari: sono quelli causati da fattori indipendenti dalla Schizofrenia, come effetti collaterali dei farmaci, ritiro sociale dovuto a disorganizzazione o paranoia, depressione e demoralizzazione.

Questi ultimi sono i sintomi che presentano una maggiore instabilità nel tempo e sono quelli più sensibili al trattamento delle loro cause sottostanti. La MATRICS (Kirkpatrick et al., 2006), *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia Consensus Guideline*, individua un nutrito sottogruppo di pazienti con sintomi negativi significativi e persistenti che non rispondono ai trattamenti tradizionali e che hanno comunque un alterato funzionamento a causa di questo quadro sintomatologico. Tutto ciò è stato evidenziato proprio per

porre l'attenzione su questa grande necessità clinica. Questo perché un miglioramento della sintomatologia negativa condurrà probabilmente ad un miglioramento degli esiti funzionali per gli individui affetti da Schizofrenia. Integrando alcuni studi relativi ai fattori psicologici dei sintomi negativi Beck e i suoi collaboratori (Beck et al., 2009), hanno ipotizzato che le credenze negative disfunzionali contribuiscono all'evitamento delle attività che si riscontra in questi soggetti. I fattori che contribuiscono alla perdita e all'evitamento sono le scarse aspettative di godere dell'evento, di avere successo in compiti sociali e non, di essere accettati socialmente, nonché le ipotesi disfattiste riguardo la propria *performance*. Tali credenze vanno ad ostacolare la capacità del paziente di intraprendere qualsiasi tipo di azione (compresi dialogo ed espressività emotiva). Questi fattori cognitivi, quindi, possono essere più meno espliciti a seconda del grado di insight del paziente. I sintomi negativi, solitamente ritenuti primari, potrebbero quindi, anche essere secondari a questi atteggiamenti negativi. Sempre nello stesso lavoro è stato proposto che i sintomi negativi possano emergere durante l'esordio psicotico o subito dopo, come una sorta di reazione psicologica contro il malessere soggettivo che il soggetto ritiene di non riuscire ad affrontare. In altre parole la sintomatologia negativa sembrerebbe riflettere lo spegnimento di vari sistemi psicologici, con lo scopo di ridurre al minimo l'esposizione a stimoli sociali ritenuti devastanti. Quindi la rimozione degli stimoli negativi rappresenta un rinforzo che si traduce nei sintomi negativi. Le conseguenze comportamentali della sintomatologia negativa probabilmente generano un circolo di mantenimento in cui il ritiro e l'iniziativa ridotta danno luogo ad una diminuzione delle esposizioni, degli interessi, e della possibilità di ricevere rinforzi dall'ambiente. Quindi sebbene inizialmente i sintomi negativi possano servire come risposta ad un'esperienza traumatizzante alla fine conducono ad un impoverimento delle esperienze che potrebbero costituire un rinforzo positivo, traducendosi in un'interruzione del funzionamento e in una riduzione della qualità della vita. Infine va tenuto presente anche un eventuale deficit del piacere anticipatorio che può indurre il paziente a ritenere che lo sforzo di impegnarsi nel proprio ambiente non ne giustifichi i benefici prodotti. In uno studio del 2007 (Gard et al., 2007), viene evidenziato come gli individui affetti da Psicosi vivano le esperienze di piacere come tutti gli altri, la differenza consiste nel fatto che tali pazienti non riescono ad anticiparlo. Infatti si ritiene che questi fattori, in combinazione tra loro abbiano un ruolo importante nella formazione della sintomatologia negativa. Pensieri e atteggiamenti negativi potrebbero rendere più probabile il fallimento di un comportamento e le ripetute conseguenze negative, influenzare la perdita della capacità di prendere iniziativa.

Principi e Strategie di Intervento Cognitivo sulla Sintomatologia Negativa

Nonostante la sua iniziale enfasi sui sintomi positivi, la terapia cognitiva ha iniziato a fornire incoraggianti risultati anche per quanto riguarda la sintomatologia negativa. In un lavoro del 2009 (Beck et al., 2009) viene descritto l'approccio di base della CBT per i sintomi negativi andando ad illustrare la fase di assessment, la concettualizzazione del caso e il trattamento mirato ai fattori di mantenimento dei sintomi negativi. Nel lavoro vengono anche descritte tecniche come la normalizzazione dei sintomi negativi e la psico-educazione di base sul modello della CBT, spiegando come i pensieri possano influire sui sentimenti e sui comportamenti. Per effettuare un lavoro ottimale è consigliabile iniziare cercando di ridurre l'ansia e la disperazione legate ai sintomi negativi e utilizzare la pianificazione delle attività secondo un livello graduato, in modo da riuscire a dimostrare che la capacità di essere attivi è sempre presente in qualche forma. In questa fase risulta importante la valutazione di quanto sia importante/piacevole tale attività. Nicolò e collaboratori (Nicolò et al., 2012) ipotizzano però che la CBT Standard da sola non sia sufficiente per affrontare tutti i domini della sintomatologia negativa e hanno sviluppato un trattamento potenziato CBT-based per i sintomi negativi chiamato Motivation and Engagment (MOVE) costituito sia da tecniche cognitive sia comportamentali e progettato appositamente il trattamento dei sintomi negativi persistenti (PNS).

L'Assessment dei Sintomi Negativi

Prima di tutto è necessario individuare con precisione quali siano i sintomi negativi presenti e registrarne la gravità. Per fare ciò è necessario avvalersi di strumenti standardizzati in grado di identificare la sintomatologia negativa come quelli riportati di seguito:

- Negative Symptoms Assessment (NSA-16, Alphas et al. 1989).
- Schedule for the Assessment of Negative Symptoms (SANS, Andreasen 1995).
- Environmental and Functional Assessment (EFA, Velligan et al. 2008).

Le prime due scale includono la valutazione della socializzazione, dell'esperienza emotiva, delle attività quotidiane e della compromissione del funzionamento. Facilitano anche l'individuazione dei sintomi che potranno essere il bersaglio del futuro trattamento. Tutto ciò consente al terapeuta di farsi un'idea della giornata tipo del paziente ottenendo informazioni preziose sui comportamenti strumentali e sociali e sulla capacità di avviare attività spontaneamente. Mentre la terza scala ci consente di acquisire informazioni riguardo l'ambiente di provenienza del paziente e ci fornisce molte informazioni utili riguardo opportunità e ostacoli che si potranno incontrare nelle attività funzionali. Inoltre, per quanto riguarda il funzionamento fornisce informazioni anche sulla cura di sé, sul livello di autonomia, sulle attività svolte quotidianamente e sulla loro frequenza. In questa

fase devono essere prese in considerazione anche le credenze e i comportamenti disfunzionali del paziente che vanno ad interferire col normale funzionamento e per fare ciò possiamo utilizzare la *Dysfunctional Attitudes Scale* (Weissman, 1979). La scala ci fornisce una valutazione dei pensieri di auto-sconfitta del paziente. Se ritenuto, opportuno può essere effettuata una valutazione delle abilità cognitive del soggetto per individuare eventuali disfunzioni o punti di forza che possano essere d'aiuto durante il trattamento. Infine deve essere effettuata una valutazione delle abilità sociali che può essere svolta attraverso l'utilizzo del *Maryland Assessment of Social Competence* (Bellack et al. 2006). La Scala si compone di tre minuti di due conversazioni Role-played per misurare le prestazioni sociali in situazioni simulate. Durante la fase di *assessment* può essere necessario dover coinvolgere i familiari o lo staff dei Servizi di Salute Mentale che hanno in carico il paziente al fine di poter valutare meglio i bisogni attuali e i miglioramenti ottenuti nel corso della terapia. Con coloro che mostrano sintomi negativi è necessario avere molta pazienza dato che le risposte dei pazienti possono essere molto lente e prive di dettagli significativi. Infatti, spesso è necessario ricorrere a domande più dirette rispetto a quelle aperte.

Il Trattamento dei Sintomi Negativi secondo il Modello MOVE

Essendo la sintomatologia negativa molto complessa il suddetto modello ci permette di indagare e affrontare più aree. Inoltre prevede l'integrazione di più tecniche centrate sul comportamento e sulla costruzione delle abilità necessarie per affrontare specificatamente i sintomi negativi e le loro conseguenze disfunzionali. Il trattamento si basa sulle seguenti tecniche:

- Controllo degli Antecedenti.
- Identificare e affrontare il Deficit nel Piacere Anticipatorio.
- Elaborare e lavorare direttamente sull'identificazione e visualizzazione dell'emozione.
- Tecniche CBT volte a confutare i pensieri di sconfitta.
- Skill Building in vivo.

Le varie tecniche prese singolarmente di per sé non costituiscono una novità, l'aspetto realmente innovativo di questo modello consiste nel loro utilizzo combinato attraverso un trattamento integrato e manualizzato che viene svolto nel contesto di vita del paziente e prende in esame tutti i domini della sintomatologia negativa.

Il controllo degli antecedenti è uno dei punti centrali dell'intervento e consiste nell'uso di stimoli esterni e supporti ambientali per elicitarne i comportamenti (prescritti) in ambiente domestico. Questo perché le persone che presentano una sintomatologia negativa potrebbero passare molto tempo in stato di inattività e non avere idee sul da farsi. Ciò non sta a significare che la capacità

funzionale sia menomata, bensì che solamente un comportamento specifico potrebbe non essere messo in atto. Quindi il suggerimento fa sì che il soggetto non sia costretto ad elaborare un piano per l'attuazione del comportamento. In due studi del 2006 Velligan e i suoi collaboratori (Velligan et al., 2006), hanno dimostrato come il controllo degli antecedenti abbia condotto con successo ad avviare azioni che senza uno stimolo esterno che prima non venivano avviate. Quindi una volta avviato il comportamento è necessario garantire obiettivi precisi perché la probabilità di terminare un compito aumenta quando si delinea il processo attraverso una Check-list, una riduzione del numero dei passaggi intermedi e un'analisi dei compiti e delle modalità organizzative. Tutto ciò consente un aumento della motivazione nel paziente e facilita il raggiungimento dell'obiettivo.

Per quanto concerne il piacere anticipatorio sono previsti degli interventi specifici in cui il terapeuta cerca di indurre un certo grado di piacere anticipatorio nel soggetto prima dell'attività prevista in modo che questi possa sperimentare, in una certa misura, il piacere derivante dall'attività stabilita. Le affermazioni del soggetto a riguardo vengono poi registrate in modo da poter effettuare, successivamente, un confronto tra il piacere atteso, quello effettivo e quello sperimentato in attività analoghe. Le registrazioni possono anche fungere da spunto per pianificare attività future.

Successivamente si passa ad affrontare l'elaborazione emotiva. Questo perché numerosi pazienti affetti da Psicosi presentano spesso difficoltà in uno o più ambiti del processamento emozionale tra cui l'identificazione e l'espressione delle proprie emozioni, nonché di quelle altrui, oltre alle difficoltà di assumere la prospettiva emozionale degli altri. Per i pazienti con queste difficoltà vengono proposti una serie di controlli in cui i principi dell'apprendimento senza errori e dell'attivazione fisiologica aiutano i pazienti a sviluppare la capacità di attribuire un nome ai propri stati emotivi. Poi, attraverso l'utilizzo di programmi di Social Cognition si possono aiutare i soggetti nell'identificazione e nella comprensione di espressioni facciali specifiche e le rispettive modulazioni vocali con l'obiettivo di migliorare la loro capacità di leggere gli stati emotivi degli altri. Tutto questo lavoro sull'elaborazione emotiva prevede poi l'utilizzo di queste tecniche nell'ambiente quotidiano del soggetto cercando di aumentare la generalizzazione e la rilevanza della competenza acquisita.

Una volta terminato il lavoro su questi aspetti si può finalmente passare al lavoro sulle credenze negative che impediscono l'attività, l'iniziativa e l'impegno. A livello cognitivo riuscire a identificare e contrastare le credenze negative del paziente nei confronti delle proprie abilità può aiutare ad invertire il circolo vizioso di rassegnazione e delusione. A dire il vero in questo caso più che la presenza di pensieri negativi riguardo le conseguenze negative delle proprie azioni, possiamo

riscontrare una carenza di cognizioni nei confronti di queste ultime, nel senso che ogni attività (incluso il dialogo) viene considerata priva di valore. Aiutare il soggetto a pensare alle conseguenze positive di alcune azioni può indurre pensieri motivanti e l'analisi dei costi e dei benefici può essere d'aiuto al paziente nel metterle in atto. Va tenuto presente che le suddette credenze potrebbero essersi sviluppate in tempi passati e non essere necessariamente associate a situazioni recenti. Mentre a livello comportamentale si manifestano con un atteggiamento eccessivamente prudentiale e/o passivo e con l'allontanamento dai rischi potenziali. Queste credenze vanno quindi messe in discussione perchè vanno ad interferire con i nuovi obiettivi del paziente previsti nel trattamento e che includono un maggiore impegno nei confronti della vita. Tutto ciò avviene attraverso l'utilizzo di tecniche CBT che hanno lo scopo di esplorare i processi cognitivi, identificare le credenze irrazionali o imprecise e aiutare la persona nel confutare queste convinzioni con la ricerca di prove nel corso del trattamento. A sostegno di ciò anche Beck (Beck et al., 2008 e 2009), riguardo al modello di sviluppo e mantenimento della sintomatologia negativa, sostiene che questa sia influenzata da processi cognitivi tra cui l'aspettativa di sconfitta e le credenze negative rispetto alla propria possibilità di successo. Ritengono inoltre che siano proprio i pensieri negativi a mediare il rapporto tra disfunzioni cognitive, sintomi negativi e funzionamento e quindi, aggravano e mantengono la problematica. Proprio per questo motivo l'utilizzo dello Skill-building e dei supporti ambientali si dimostrano di grande utilità nell'acquisizione di nuovi comportamenti da utilizzare come controprova agli atteggiamenti di sconfitta.

L'ultima fase del trattamento, secondo il Modello MOVE, prevede lo Skill-building, ossia la costruzione delle attività. Quando siamo in presenza di individui che presentano una sintomatologia negativa possiamo trovarci davanti a casi in cui le abilità non sono mai state apprese o di fronte a casi in cui la capacità di accedervi potrebbe essere in una certa misura atrofizzata a causa della lunga carenza di esercizio. Quindi per insegnare le abilità sociali e di autonomia si può ricorrere sia al Role-playing sia allo Skill-building. Le aree da favorire, almeno inizialmente, sono quelle inerenti i bisogni di base della vita quotidiana e una volta individuate e provate vengono sperimentate nelle situazioni sociali attraverso l'utilizzo di tutte le 5 tecniche previste dal modello con l'obiettivo di ottenerne il consolidamento. Il Modello MOVE quindi, tende a favorire una maggiore disponibilità ad intraprendere un comportamento nuovo, aumenta la possibilità di vivere in situazioni che possono produrre emozioni positive e incrementare la disponibilità ad eseguire pianificazioni per il presente e per il futuro.

Conclusioni

Il presente lavoro è iniziato con la descrizione dei motivi per cui si è reso necessario un cambiamento di paradigma per quanto riguarda l'approccio al trattamento delle Psicosi ossia, del motivo per cui si è reso necessario passare dallo studio delle sindromi cliniche allo studio dei sintomi. Siamo passati poi alla descrizione della fase di assessment e della formulazione del caso, della sintomatologia positiva e di quella negativa fino ad arrivare alla valutazione e a esporre i principi e le strategie di intervento della Terapia Cognitivo-Comportamentale per quanto concerne il trattamento delle voci, dei deliri e della sintomatologia negativa. Questo modo di procedere ha consentito di ristabilire una continuità tra i fenomeni psicotici e quelli non psicotici e quindi una volta riusciti a sdoganare la sintomatologia dalla sindrome è divenuto molto più facile trattarli nello stesso modo di tutte le altre credenze. Infatti nel caso di credenze sostenute strenuamente sono frequenti distorsioni verso la conferma, un grado di certezza molto elevato, assenza di pensiero logico e difficoltà di cambiamento e soprattutto, una volta formate, tendono ad orientare il comportamento successivo dell'individuo. Risulta quindi evidente come vi sia un'affinità notevole tra le credenze strenuamente sostenute e i deliri e le differenze spesso, rappresentano variazioni di temi comuni. Questo però deve indurci a riflettere su cosa vada normalizzato nell'esperienza della persona. Nella Terapia Cognitiva quello che deve essere normalizzato sono i processi psicologici, mentre si deve essere estremamente cauti per tutto quello che concerne il loro contenuto, specialmente se ci si trova di fronte a pazienti psicotici. Si è dato poi particolare rilievo al significato personale dei sintomi, essendo questo il fulcro del modello cognitivo. Abbiamo visto come le B (*Beliefs*), all'interno del Modello ABC di Ellis, rappresentino la chiave della riformulazione, della valutazione e del trattamento e questo ha consentito anche la reintroduzione della ricerca personale di senso da parte del paziente che invece, veniva trascurata nell'approccio medico alla cura delle Psicosi. È stata quindi posta molta attenzione al rapporto di collaborazione che si deve instaurare tra terapeuta e paziente, già dalla fase di *assessment*, al fine di poter avere accesso al paziente e quindi comprenderne le credenze individuali.

Nella parte centrale e finale del lavoro è stato approfondito in maniera più specifica il trattamento della sintomatologia positiva e di quella negativa, sottolineando l'importanza del Modello ABC e le molteplici funzioni che riveste nella fasi della terapia, inclusa la valutazione, questo perché, nel momento in cui identifichiamo il tipo di sofferenza e il disagio del paziente e li colleghiamo ad una credenza, ci troviamo ad avere in mano uno strumento validissimo per alleviarli. Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi sulle voci e sui deliri è ancora presto per avere dati attendibili (i testi di psicologia cognitiva fino agli inizi degli anni 90 trattavano i deliri

come elementi imm modificabili) anche se i risultati preliminari delle ricerche di Tower sembrano confermarne l'utilità (Birchwood et al., 2004), in attesa dei risultati definitivi circa l'efficacia dell'intervento e la sua durata nel tempo.

Per quanto riguarda i sintomi negativi abbiamo visto come, anche se a un livello superficiale possono sembrare privi di contenuti cognitivi significativi e quindi non affrontabili con le normali strategie terapeutiche cognitive, potrebbero derivare almeno in parte dalle credenze negative disfunzionali sulle aspettative di insuccesso e/o di assenza di piacere. Sarebbero le credenze ad esitare in una riduzione delle attività, secondaria al forte stress di intraprenderle nonostante le aspettative negative.

Una volta analizzati tutti questi fattori è stato preso in esame un modello di intervento costruito appositamente per affrontare tutti i domini della sintomatologia negativa, il Modello MOVE (Motivation and Engagement), ossia un modello potenziato CBT-based, costituito sia da tecniche cognitive sia comportamentali progettato appositamente per il trattamento dei sintomi negativi persistenti. Attraverso le sue cinque fasi: il controllo degli antecedenti, l'identificazione del piacere anticipatorio, l'identificazione e la visualizzazione delle emozioni, l'utilizzo di tecniche CBT volte ad affrontare i pensieri di sconfitta e l'attuazione dello Skill building in vivo favorisce una maggiore disponibilità ad intraprendere un comportamento nuovo, aumenta la possibilità di vivere in situazioni che possono produrre emozioni positive e la disponibilità ad eseguire pianificazioni per il presente e per il futuro.

Anche la letteratura sembra supportare la possibilità di intervento sulla sintomatologia negativa infatti possiamo riscontrare una serie di studi e meta-analisi che evidenziano come la CBTp sia in grado di apportare dei miglioramenti sulla sintomatologia negativa e di come questi si mantengano per un tempo prolungato (circa 5 anni) dopo il trattamento, come dimostrato in uno studio di Turkington e collaboratori del 2008 (Turkington et al., del 2008), in cui i sintomi negativi sono migliorati con l'utilizzo della CBTp sia in pazienti al primo episodio di malattia sia in quelli con una storia di malattia di lunga data. La maggior parte dei trial ha infatti dimostrato che la CBTp riduce i sintomi negativi in modo più significativo rispetto ai vari trattamenti di controllo. Tutto ciò lascia intravedere una possibilità di accesso, attraverso la psicoterapia, a quei pazienti che fino a poco tempo fa erano considerati intrattabili.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1997). *Practice guideline for the treatment of Schizophrenia*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

- (*DSM-IV*). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Andreasen et al. (2005), Remission in Schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449
- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy with a schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. London: Penguin Psychology.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Brian, Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck-Sander, A., Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). Acting on command hallucinations: a cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 36: 139-148.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N. & Grant, P.M. (2009). *Schizophrenia: Cognitive Theory Research and Therapy*. New York, NY: Guilford Press. Trad it. Schizofrenia, Teoria cognitiva, ricerca e terapia. Roma: Astrolabio, 2011.
- Bellack, A.S., Brown, C.H., Thomas-Lohrman, S. (2006), Psychometric characteristics of role-play assessments of assessments of social skills in schizophrenia. *Behavior Therapy*, 37(4): 339-352.
- Bentall, R. (2007). The new psychology and treatment of Psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44, 524-526.
- Birchwood M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E. & Miles, J.N. (2004). Interpersonal and Role-related schema influence the relationship with the dominant “voice” in Schizophrenia: A comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34 (8): 1571-80.
- Birchwood, M. & Jackson, C. (2001). *Schizophrenia*. Hove: Psychology Press.
- Brett-Jones, J., Garety, P.A., & Hemsley, D.R. (1987). Measuring delusions experiences: a method and its applications. *British Journal of Clinical Psychology*, 26: 257-265.
- Chadwick P. & Lowe, C.F. (1990). Measurement and modifications of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voice and paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. Trad. It. La terapia cognitiva per I deliri, le voci e la paranoia. Roma: Astrolabio, 1997.
- Chadwick P., Trower, P., & Dagnan, D. (1999). Measuring negative person evaluations: The Evaluative Beliefs Scale. *Cognitive therapy and Research*, 23: 549-559.
- Chadwick, P., Lees, S. & Birchwood, M. (2000). The revised beliefs about voice questionnaire (BAVK-R). *British Journal of Psychiatry*, 177: 229-232.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. London: John Wiley.
- Corcoran & Frith, C.D. (2003). Autobiographic memory in Schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 897-905
- Ellis A, (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, New York. Trad. It. Ragione ed Emozione in Psicoterapia. Roma: Astrolabio, 1989.
- Frith, C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Frith, C.D. (2004). Schizophrenia and Theory of Mind. *Psychological Medicine*, 24: 385-389.
- Gard D.E., Dring, A.M., Germans Gard, M., Horan, W.P., & Green, M.F. (2007). Anhedonia in Schizophrenia: Distinction between Anticipatory and Consummatory Pleasure. *Schizophrenia Research*, 93: 253-260.
- Garety P. (1985). Delusions: problems in definition and measurement. *British Journal Medical Psychology*, 58(1): 25-34.
- Haddock G., McCarron, J., Tarrier, N. et al. (1999). Scale to measure dimensions of hallucinations and delusions: the Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29: 879-889.

- Kane, J.M. (1996). Treatment-resistant schizophrenic patients. *Journal of clinical Psychiatry* 37, 35-40.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1994). *Cognitive Behavioural Therapy of Schizophrenia*. New York, NY: Guilford.
- Kirkpatrick J., Fenton, W.S. et al. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32: 214-219.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). Care interventions in the treatment and management of Schizophrenia in primary and secondary care. *Clinical Guideline 1: Schizophrenia*, London, NICE.
- Niccolò G. et al. (2012). *Manuale di Terapia Cognitiva delle Psicosi*. Franco Angeli, Milano.
- Nosè, M., Barbui, C. & Tansella, M. (2003). How often do patients with Psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological medicine*, 33, 1149-1160.
- Perris, C., (1996). *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Trower, P., Birchwood, M., & Meaden A. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.
- Turkington D. & Kingdon D.G. (1996). The use of normalizing rationale in Schizophrenia. In G. Haddock et al, *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Chichester: Wiley.
- Turkington D. & Siddle, R. (1998). Cognitive therapy for the treatment of delusions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 235-242.
- Turkington D., Bryant, C. & Kingdon, D. (2007). Optimizing functional outcome in schizophrenia: combining cognitive behavioral therapy with antipsychotic therapy. *Progress in Neurology and Psychiatry* (suppl.), 10-13.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J.R., Nur, U., Siddle, R. et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia. A five-year follow-up. *Schizophrenia research*, 98 (1-3): 1-7.
- Turkington, D., Hagen, R., Berge, T. & Grave, R.V.. (2012). *Terapia Cognitivo-Comportamentale delle Psicosi*. Ed. it. a cura di G. Niccolò, Eclipsi, Firenze
- Velligan, D.I., Kern R.S. & Gold, J.M. (2006). Cognitive Rehabilitations for Schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 474-485.
- Weissman A.N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale. A validation study. Dissertation Abstract International. *The Sciences and engineering* 40(3-B): 1389-1390.

Paolo Fabrizi

Psicologo-Psicoterapeuta, Roma

Specializzato a Grosseto, training Semerari A. e Gragnani A.

e-mail: paolofabrizi74@gmail.com

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

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