

Individuazione stati mentali a rischio e esordi psicotici in giovane età adulta

Marika Belleri¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Verona

Riassunto

L'età di esordio del Primo Episodio Psicotico si colloca nell'adolescenza e nella prima età adulta e la maggior parte del deterioramento clinico e psicosociale avviene nei primi 5 anni di malattia. Questa finestra temporale è cruciale per iniziare un trattamento. Inoltre, la maggioranza dei pazienti al Primo Episodio Psicotico riferisce un periodo prodromico di almeno un mese e la durata media della fase prodromica prima del primo episodio psicotico è di circa 5-6 anni. Questo stadio della malattia viene definito Stato Mentale A Rischio e costituisce una condizione clinica di vulnerabilità per lo sviluppo di psicosi. Possiamo quindi considerare il Primo Episodio Psicotico come l'esito di una traiettoria di sviluppo in cui esperienze psicotiche subcliniche hanno preceduto la manifestazione di una psicosi franca. Risulta quindi fondamentale individuare precocemente le situazioni a rischio e intervenire tempestivamente in modo da favorire una buona prognosi clinica a lungo termine. L'intervento integrato, che include procedure di *early intervention*, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e intervento sui familiari, trattamento farmacologico e *case management*, appare il più promettente e più efficace. Le linee guida e la letteratura più recente indicano la terapia cognitivo comportamentale come la scelta di elezione nelle fasi iniziali delle psicosi, non solo per la sua possibilità di affrontare la sintomatologia specifica, ma anche per le sue forti valenze psicoeducative e riabilitative.

Summary

The age of onset of the First Episode of Psychosis occurs in adolescence and early adulthood and most of the clinical and psychosocial deterioration occurs in the first 5 years of the disease. This time window is crucial to start a treatment. Furthermore, the majority of patients in the first psychotic episode report a prodromal period of at least one month and the average duration of the prodromal phase before the first psychotic episode is about 5-6 years. This stage of the disease is called At Risk Mental State and constitutes a clinical condition of vulnerability for the development of psychosis. We can therefore consider the First

Episode of Psychosis as the outcome of a development trajectory in which subclinical psychotic experiences preceded the manifestation of a frank psychosis. It is therefore essential to identify precarious situations early and intervene promptly in order to promote a good long-term clinical prognosis. The integrated intervention, which includes early intervention procedures, individual psychotherapy, group psychotherapy and family intervention, pharmacological treatment and case management, appears to be the most promising and most effective. The most recent guidelines and literature indicate cognitive behavioral therapy as the choice of election in the initial phases of psychosis, not only for its ability to deal with specific symptomatology, but also for its strong psychoeducational and rehabilitation values.

0. Introduzione

Le psicosi possono essere considerate i disturbi psichiatrici più gravi e invalidanti per la disabilità che comportano, per lo stigma sociale che portano con sé, per le difficoltà che pongono alle famiglie e ai servizi di cura, per l'impatto che hanno nel progetto di vita della persona. L'età di esordio si colloca nell'adolescenza e nella prima età adulta (14-35 anni) e le evidenze scientifiche indicano che la maggior parte del deterioramento clinico e psicosociale avviene nei primi 5 anni di malattia e come questa finestra temporale sia cruciale per iniziare un trattamento (Birchwood et al., 1998). Risulta quindi fondamentale individuare precocemente le situazioni a rischio (*early detection*) e intervenire tempestivamente (*early intervention*) in modo da favorire una buona prognosi clinica a lungo termine. Tuttavia, l'individuazione e il trattamento precoce delle psicosi è un tema controverso e difficile (Cocchi e Meneghelli, 2012). Infatti, molti potenziali fattori di rischio, come difficoltà di attenzione e di concentrazione, marcato ritiro sociale, problematiche scolastiche o lavorative, ansia, depressione, disturbi attenuati del pensiero, cambiamenti comportamentali e fisiologici, possono non essere precursori di un'evoluzione psicotica ma appartenere ad altri disagi o a un particolare momento del processo di crescita e di adattamento adolescenziale. Tuttavia, la loro pericolosità per il futuro sviluppo personale e relazionale dell'individuo e le possibili pesanti ricadute sull'ambiente richiedono accurate valutazioni della situazione e eventuali risposte protettive, mirate e calibrate. Il vantaggio di un intervento rivolto ai casi ad alto rischio, potenzialmente identificabili nella fase prodromica della psicosi, è evidente. Qualora dovesse riconoscersi l'avvenuta transizione alla psicosi, per positivizzazione degli indicatori giudicati diagnostici secondo i diversi criteri proposti, il paziente sarebbe già in carico a un servizio e la durata della psicosi non trattata (*Duration of Untreated Psychosis - DUP*) sarebbe abbreviata in modo consistente, con minimo o nullo intervallo nella prescrizione delle terapie più adatte (Cocchi e Meneghelli, 2004).

1. Stadi di malattia della psicosi

Nel decorso della psicosi si assiste a variazioni delle dimensioni psicopatologiche, per cui è stata pensata una classificazione basata su stadi di malattia, corrispondenti a livelli evolutivi del disturbo. Questo modello è stato proposto da McGorry et al. (2006) e risulta utile a livello clinico in quanto ad ogni stadio di malattia corrispondono differenti procedure diagnostiche, interventi farmacologici, psicologici e sociali.

(a) Stadio Premorbo. Comprende individui a rischio di sviluppare schizofrenia per fattori genetici o ambientali, nessuna disabilità o riscontro di lievi deficit cognitivi. L'identificazione è possibile tramite storia familiare o analisi genetiche. Interventi: riduzione ulteriori fattori di rischio (es. cannabis), potenziamento dei fattori protettivi.

(b) Stadio prodromico. Distinguibile in: 1a) *Early prodrome*: espressione clinica di alcuni fattori di rischio, basso rischio di sviluppare la malattia; 1b) *Late prodrome*: comparsa di sintomi, maggiore rischio di sviluppare la malattia. L'identificazione avviene tramite l'osservazione del cambiamento dell'adattamento sociale o del rendimento scolastico, diagnosi con test psicometrici, tecniche di neuroimaging. Interventi: psicoterapia, farmacoterapia.

(c) Stadio II. Comparsa del primo episodio psicotico conclamato e assenza di deterioramento alla remissione. Interventi: farmacoterapia, interventi psicosociali, psicoterapia, terapia di gruppo.

(d) Stadio III. Episodi psicotici e comparsa di segni di deterioramento. Interventi: necessario limitare la progressione del deterioramento.

(e) Stadio IV. Quadri clinici cronici, in cui ormai si è verificato un deterioramento sostanziale. Diagnosi: intervista clinica. Interventi: possibili solo interventi sintomatici o riabilitativi.

1.1 Fase prodromica

Le psicosi solitamente non nascono in modo improvviso, ma si sviluppano lentamente, spesso in vari anni, e durante questo processo si manifestano fluttuazioni evidenti della sintomatologia. La maggioranza dei pazienti al primo episodio psicotico riferisce un periodo prodromico di almeno un mese (Schultze-Lutter et al., 2010) e la durata media della fase prodromica prima del primo episodio psicotico è di circa 5-6 anni. Nel prodromo possono presentarsi numerosi disturbi e disagi psichici a livelli variabili di gravità, solitamente di natura aspecifica che possono presentarsi anche all'interno di altri quadri psichiatrici, come nelle depressioni, nei disturbi d'ansia e nel disturbo ossessivo compulsivo. In base a questa sintomatologia variabile e aspecifica si è ritenuto per molto tempo che non fosse possibile prevedere in modo attendibile un esordio psicotico già durante il prodromo. Storicamente, si ritenevano a rischio coloro che avessero una vulnerabilità genetica che

li esponeva a una maggiore probabilità di sviluppare psicosi, essenzialmente i parenti di primo grado di chi avesse ricevuto una diagnosi di psicosi. Inoltre, la Schizotipia era considerata una condizione di chi manifestava i sintomi tipici della schizofrenia (anedonia, affettività coartata, difficoltà interpersonali) come riflesso di una specifica vulnerabilità genetica. Il concetto di schizotipia venne rielaborato nel tempo andando a definire un insieme di sintomi (quali esperienze soggettive insolite, anedonia, disorganizzazione cognitiva, propensione a condotte strane, bizzarre o non conformiste su base impulsiva) che si riteneva risultassero dalla medesima vulnerabilità genetica che predispone alla schizofrenia e tendeva a ricorrere come antecedente nei quadri clinici che poi sviluppano una psicosi. Nel 1980 l'APA inserì la Schizotipia nel DSM come Disturbo Schizotipico di Personalità, in possibile continuità temporale e dimensionale con le psicosi nello spettro della schizofrenia.

Dagli anni novanta si è sviluppato un filone di ricerca sui primi episodi psicotici e sul decorso delle psicosi che ha mostrato come nella storia clinica di questi giovani pazienti ci fossero sintomi predittivi del successivo sviluppo psicopatologico, che rappresentano uno Stato Mentale a Rischio (*At Risk Mental State* – ARMS). Queste evidenze scientifiche hanno portato alla definizione di modelli di riconoscimento precoce e di intervento precoce. Lo Stato Mentale A Rischio costituisce una condizione clinica di vulnerabilità per lo sviluppo di psicosi. I criteri dello stato mentale a rischio sono stati prodotti grazie alla sintesi dei risultati ottenuti da studi longitudinali su famiglie colpite da schizofrenia, studi di coorte e studi retrospettivi. I gruppi di ricerca che hanno definito i criteri per i prodromi delle psicosi sono il gruppo australiano di McGorry, il gruppo americano di Yale di Yung, il gruppo tedesco di Bonn di Huber (Popolo et al., 2013). Oggi si seguono principalmente due approcci complementari per la diagnosi precoce delle psicosi.

(1) l'approccio *Ultra High Risk* (UHR) (Phillips et al., 2000). Presso la PACE clinica di Yung sono stati definiti tre gruppi di *Ultra High Risk* – UHR, che manifestano indici di rischio per lo sviluppo imminente (1-2 anni) di psicosi: (a) *Attenuated Psychotic Symptoms* – APS: presenza di sintomi psicotici sotto-soglia nell'ultimo anno; (b) *Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms* – BLIPS: presenza di episodi psicotici franchi negli ultimi tre mesi che hanno avuto durata inferiore a una settimana e si sono risolti spontaneamente; (c) *Genetic Risk and Deterioration* – GRD: presenza di un disturbo psicotico in un familiare di primo grado e riduzione del funzionamento generale nell'ultimo anno.

(2) l'approccio basato sui Sintomi di Base (Schultze-Lutter et al., 2007). I Sintomi di Base sono disturbi subclinici di natura soggettiva disturbanti, riscontrabili nei soggetti a rischio di sviluppare

psicosi e nelle fasi intervallari e post-acute del disturbo. Il modello dei sintomi di base sviluppato dal gruppo di Bonn diretto da Huber pone l'accento sul vissuto di vulnerabilità psicotica, così come è esperito in prima persona ancora prima dello sviluppo di sintomi produttivi, disorganizzati o negativi. Tale vissuto di vulnerabilità consiste in esperienze elementari a carattere disturbante. I Sintomi di Base possono riguardare vari domini: a) percezione del proprio corpo e della realtà, quali cambiamenti della percezione del volto, dei colori, dei suoni, dei gusti, la sensazione di movimento degli oggetti percepiti; b) pensieri e processi cognitivi, in particolare disturbi della concentrazione, interferenza del pensiero, blocco del pensiero, perseverazione del pensiero, disturbi della memoria, rallentamento del flusso del pensiero, disturbi dell'intenzionalità del pensiero; c) alterazioni del linguaggio, sia espressivo che ricettivo; d) disturbi somatici e alterazione delle esperienze motorie, quali sensazione di debolezza, sensazioni termiche alterate o di anomala pesantezza, blocco motorio. Uno specifico sottogruppo di dieci sintomi di base è risultato particolarmente predittivo del successivo sviluppo di psicosi negli studi longitudinali (Klosterkotter et al., 2011; Schultze-Lutter et al., 2010).

I tassi medi di transizione a psicosi per pazienti con criteri di rischio è circa del 20% nel primo anno e sale nel giro di 10 anni fino al 35% per i campioni UHR (Nelson et al., 2013) e fino all'80% per il criterio *Cognitive Disturbances* (COGDIS) dei Sintomi di Base (Schultze-Lutter et al., 2006).

1.2 Identificazione precoce degli Stati Mentali a Rischio

Dato che la fase prodromica è caratterizzata da sintomi di natura non specifica, i tradizionali strumenti di valutazione psicopatologica della sintomatologia psicotica non sono sufficientemente sensibili a rilevare le condizioni di rischio psicotico. A tale scopo sono stati costruiti strumenti di screening iniziale e interviste semi-strutturate per l'identificazione dei sintomi tipici della fase prodromica. Le interviste prodromiche che individuano i soggetti UHR derivano principalmente dalla PANSS (*Positive And Negative Syndrome Scale*) e dalla BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) attraverso una progressiva precisazione degli item discriminanti, due gruppi sono giunti indipendentemente alla creazione di interviste semi-strutturate per individuare gli UHR. Il gruppo australiano della PACE (*Personal Assessment and Crisis Evaluation*) Clinic ha messo a punto la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*, Yung et al., 2002), mentre il gruppo della PRIME (*Prevention through Risk Identification, Management and Education*) Clinic alla Yale University ha ideato la SIPS (*Structured Interview for Prodromal Syndromes*, Miller et al., 2003; Comparelli, 2011). Per valutare gli indicatori maggiormente discriminanti del rischio di

transizione a psicosi, il gruppo tedesco che aveva progettato lo studio ABC ha sviluppato una scheda diagnostica, l'*ERIRAOS-Checklist (Early Recognition Inventory Checklist)*, che integra il ruolo dei sintomi aspecifici di disagio tipici dei prodromi della schizofrenia (ritiro sociale, depressione, mancanza di energia, nervosismo) con il potere predittivo dei sintomi indicativi di aumentato rischio di transizione a psicosi (derealizzazione, idee persecutorie, esperienze allucinatorie) (Maurer et al. 2006).

Criteria UHR in base alla loro operazionalizzazione nella SIPS (McGlashan et al., 2010)

- A. Presenza di almeno uno dei seguenti Sintomi Psicotici Attenuati (APS), manifestatosi più volte nel corso dell'ultimo mese, per un periodo di almeno una settimana. Corrisponde al punteggio da 3 a 5 nella SIPS.
- idee di riferimento; idee insolite o pensiero magico; idee di grandiosità; idee paranoidei/sospettosità; esperienze percettive insolite; pensieri ed eloquio strani
- Insorgenza dei sintomi negli ultimi 12 mesi oppure significativo aumento del sintomo (soprattutto rilevanza comportamentale più importante, minore critica rispetto al vissuto psicotico attenuato).
- B. Presenza di almeno uno dei seguenti Sintomi Psicotici Brevi, Limitati e Intermittenti (BLIPS), con insorgenza negli ultimi 3 mesi e tale da manifestarsi per almeno qualche minuto al giorno, per almeno un giorno al mese, ma meno di un'ora per quattro giorni a settimana in un mese. I sintomi hanno una remissione spontanea. Corrisponde al punteggio 6 nella SIPS.
- Allucinazioni; deliri; disturbo formale del pensiero
- C. Presenza di fattori di rischio (consanguinei di primo grado con diagnosi di psicosi non organica o presenza nel paziente di un disturbo di personalità schizotipico) e presenza di una significativa riduzione nel livello di funzionamento psicosociale valutata nella diminuzione del punteggio alla scala *Global Assessment of Functioning (GAF)* di almeno il 30% negli ultimi 12 mesi.

Criteria UHR in base alla loro operazionalizzazione nella CAARMS (Correll et al., 2010)

Criteria di stato:

A. *Attenuated Psychotic Symptom syndrome (APS)*

- uno o più sintomi psicotici positivi attenuati sotto-soglia es. contenuto insolito del pensiero/idee deliranti, sospettosità/idee persecutorie, grandiosità, anormalità/distorsioni percettive, disorganizzazione concettuale

- con sia frequenza sotto-soglia o intensità sotto-soglia; presente per \geq di una settimana all'interno dell'ultimo e per al massimo 5 anni

B. *Brief Limited Intermittent Psychotic Symptom syndrome (BLIPS)*

- sintomi franchi psicotici transienti: deliri, allucinazioni, disorganizzazione
- durata dell'episodio < a una settimana
- remissione spontanea dei sintomi: i sintomi sono presenti entro un anno ma non durano da più di 5 anni

Criteri basati sul tratto:

C. *Genetic Risk and Deterioration Symptom syndrome (GRD)*

- parente di primo grado con un disturbo psicotico OPPURE
- personalità che soddisfa i criteri per personalità schizotipica &
- caduta significativa del funzionamento come definito dalla GAF (*Global Assessment of Functioning*) di almeno 30% per almeno un mese all'interno dell'ultimo anno

Rappresentano criteri di esclusione la presenza di un disturbo psicotico presente o passato, una causa organica conosciuta per la presentazione e l'esposizione passata a neurolettici in dose equivalente a più di 15 mg di aloperidolo (questo può alterare il rischio di transizione).

I Sintomi di Base possono essere esplorati mediante specifiche interviste semi-strutturate, quali la SPI-A (*Schizophrenia Proneness Instrument-Adult*; Schulze-Lutter et al., 2007) e la SPI-CY (*Schizophrenia Proneness Instrument-Child and Young*; Schulze-Lutter et al., 2010).

Criteri per i sintomi di base nella SPI-A (Schulze-Lutter et al., 2008) e SPI-CY (Schulze-Lutter et al., 2010)

A. COPER Criteri di rischio dei Sintomi di Base Cognitivo-Percettivi

Presenza di almeno uno dei seguenti Sintomi di Base. Tale sintomo deve essersi presentato più volte nell'arco di almeno una settimana e deve essere comparso per la prima volta almeno un anno fa. Corrisponde al punteggio ≥ 3 alla SPI-A e SPI-CY.

- perseverazione di contenuti di coscienza emotivamente neutri; interferenza di pensieri emotivamente neutri; affollamento dei pensieri, fuga del pensiero; blocco del flusso del pensiero; disturbo recettivo del linguaggio (visivo/acustico); ridotta capacità di discriminare tra immagini e

percezioni, tra ricordi e fantasie; tendenza all'autoreferenzialità, "ego-centrismo"; derealizzazione; alterazione o disturbo della percezione visiva, inclusa visione parziale; disturbi della percezione uditiva, inclusi acufeni

B. Criteri *high-risk* dei Sintomi di Base Disturbi Cognitivi (COGDIS)

Presenza di almeno due dei seguenti Sintomi di Base nel periodo di almeno una settimana. Corrisponde al punteggio ≥ 3 alla SPI-A e SPI-CY.

- Interferenza di pensieri emotivamente neutri; incapacità di suddividere l'attenzione; affollamento dei pensieri, fuga del pensiero; blocco del pensiero (dai 13 anni); disturbo recettivo del linguaggio (visivo e/o acustico); disturbo espressivo del linguaggio; tendenza all'autoreferenzialità, "ego-centrismo"; disturbo della comprensione di simboli (concretismo) (dai 13 anni); tendenza a fissare l'attenzione su dettagli percettivi

1.3 Esordio Psicotico

Un episodio conclamato di psicosi nello spettro della schizofrenia è generalmente preceduto da un periodo prodromico in cui sono presenti dei sintomi sotto-soglia che possono causare sofferenza psicologica. Possiamo quindi considerare il Primo Episodio Psicotico (*First Episode Psychosis - FEP*) come l'esito di una traiettoria di sviluppo in cui esperienze psicotiche subcliniche hanno preceduto la manifestazione di una psicosi franca. La malattia grave, se lasciata a sé, evolve verso una progressiva perdita di abilità cognitive e sociali, a sua volta premessa per un peggioramento sintomatologico e comportamentale (Cocchi e Meneghelli, 2012).

Con l'attenuazione della sintomatologia positiva, prevalgono i sintomi negativi e i sintomi aspecifici che si erano già presentati nella fase prodromica. Se il paziente permane in questa fase a lungo, senza che si instauri una remissione completa, si sviluppa uno Stato Residuale della Schizofrenia, in cui predominano i sintomi negativi, ed è caratterizzato da alterazioni della personalità, apatia, deficit nel funzionamento, deficit dei contatti sociali, appiattimento affettivo, ipocondria, in casi gravi anche da una grave perdita degli interessi e dell'iniziativa, perdita della competenza sociale con ritiro sociale fino all'autismo, impoverimento affettivo e grave trascuratezza dell'igiene personale.

Nel caso di una regressione evidente sia della sintomatologia positiva, sia della sintomatologia negativa, si ha una Remissione. Per definire un paziente in remissione utilizzando la scala PANSS gli item seguenti devono avere la gravità non superiore a lieve: delirio, disturbi formali del pensiero, allucinazioni, contenuti insoliti del pensiero, manierismi e posizioni del corpo innaturali,

appiattimento affettivo, ritiro sociale, mancanza di spontaneità e fluidità nel linguaggio. Nel caso in cui i punteggi fossero superiori al grado lieve si parla di remissione parziale, che è in parte sovrapponibile al concetto di fase residuale.

Un livello ulteriore rispetto alla remissione è rappresentato dalla *Recovery*, che in questo caso non va intesa come guarigione in senso stretto, ma uno stato in cui accanto alla regressione della sintomatologia complessiva si manifesta anche un miglioramento del funzionamento psicosociale del paziente, una maggiore stabilità e una migliore integrazione sociale. Il paziente ha riacquisito la capacità di gestire la quotidianità “normalmente” e ha acquisito strategie di *coping* funzionali per la sua situazione.

2. Trattamento degli Stati Mentali A Rischio e degli Esordi Psicotici

2.1 Intervento integrato

La letteratura scientifica che si è concentrata su *early detection e early intervention* nelle psicosi ha mostrato che l'intervento integrato, che include procedure di *early intervention*, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e intervento sui familiari, trattamento farmacologico e *case management*, appare il più promettente e più efficace (Ruggeri et al., 2012). Infatti, l'efficacia del trattamento farmacologico con antipsicotici nei primi episodi psicotici è modulata dal fatto che nonostante si abbia un iniziale riduzione sintomatologica, la *recovery* funzionale sia povera anche quando è stato fornito un ottimo trattamento farmacologico. Anche i membri della famiglia che fungono da *caregiver* sono colpiti da un *distress* emotivo che può svilupparsi in una psicopatologia di per sé e necessitare di un trattamento e parallelamente rappresenta un fattore di rischio per la ricaduta del paziente. È chiaro, quindi, come il trattamento farmacologico da solo non sia sufficiente per prevenire le ricadute o assicurare una buona *recovery* funzionale dopo il primo episodio psicotico (Alvarez-Jimenez et al., 2011). C'è un crescente interesse nell'intervento psicosociale come mezzo per facilitare la *recovery* e per ridurre la disabilità a lungo termine associata alla psicosi. Gli interventi integrati si avvalgono di staff multidisciplinari, che integrano le competenze dello psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore, TERP terapeuta della riabilitazione psichiatrica, e prevedono l'utilizzo di forme multiple e integrate di trattamento, quali terapia farmacologica, psicoterapia (*Cognitive Behavioural Therapy* - CBT), social skill training, intervento di supporto lavorativo, psicoeducazione, visite domiciliari, interventi rivolti ai familiari. Nel contesto italiano è stato messo a punto lo studio sperimentale GET UP, un *trial* clinico che prevede un intervento multicomponentiale della durata di 9 mesi per i pazienti

all'esordio psicotico, che prevede farmacoterapia, interventi CBT, psicoeducazione per i familiari e *case management* (Ruggeri et al., 2012). L'intervento integrato appare il più efficace, in quanto è associato alla riduzione/remissione sintomatologica, al miglioramento della qualità di vita, al miglioramento del funzionamento sociale e cognitivo, al miglioramento dell'*insight*, ad un alto livello di soddisfazione rispetto al trattamento, a tempi inferiori di ospedalizzazione, alla riduzione di abuso di sostanze, a meno episodi autolesivi (Bird et al., 2010).

2.2 Stadiazione dell'intervento

Sulla base del modello di stadiazione clinica proposto da McGorry et al. (2006) è stata proposta una stadiazione dell'intervento in fasi, in base alla gravità della sintomatologia presentata dal paziente (Haroun et al., 2005). In ciascuno stadio della malattia è possibile applicare la CBT con obiettivi specifici da raggiungere (Carcione et al., 2012; Popolo et al., 2013):

(a) nello Stadio Prodromico: l'obiettivo è ridurre la possibilità di sviluppare una sintomatologia psicotica franca in soggetti a rischio. Qualora la fase di valutazione e approfondimento diagnostico identifichi soggetti con sintomatologia suggestiva per un alto rischio di evoluzione psicotica, si dovrà procedere attivando un percorso di cura appropriato che coinvolga i professionisti della salute mentale formati per il trattamento di soggetti ad alto rischio. Si valuta caso per caso l'utilità di una "stadiazione" del rischio psicopatologico, il monitoraggio della sintomatologia e la possibilità di proporre interventi terapeutici di prevenzione o di cura correlati ai sintomi o al disagio emergente. Anche se la condizione di stato mentale a rischio non implica una transizione certa verso la psicosi, l'impatto che questa condizione determina sul piano psico-sociale, biologico e della qualità della vita è estremamente elevato e secondo molti autori legittima un intervento preventivo anche nelle fasi precoci (Bechdolf et al., 2005). Un intervento preventivo nei soggetti con stato mentale a rischio consente una riduzione delle probabilità di transizione a una psicosi franca (Morrison et al., 2004). Allo stesso tempo, i soggetti con stato mentale a rischio manifestano disturbi psichiatrici che richiedono di per sé un intervento terapeutico. Gli interventi mirano da un lato al trattamento dei sintomi presenti e dall'altro a ridurre il rischio di peggioramento di evoluzione verso un episodio psicotico conclamato. Per perseguire questi obiettivi, in letteratura sono stati descritti e applicati diversi tipi di intervento: in particolare, sono state utilizzate tecniche a indirizzo cognitivo-comportamentale e, in casi selezionati, anche interventi farmacologici (antipsicotici a basso dosaggio, antidepressivi, farmaci ansiolitici). Le evidenze scientifiche mostrano che interventi specifici con programmi di intervento precoce nei soggetti ad alto rischio abbiano ottenuto risultati migliori rispetto ai trattamenti non specifici nel diminuire o ritardare il passaggio alla psicosi,

migliorare la sintomatologia pre-psicotica e prevenire il declino sociale e del funzionamento (Ruggeri et al., 2012). Questo approccio di valutazione mirata alla “stadiazione” del rischio, presuppone l’adozione di adeguati strumenti di *assessment*. Identificato e correttamente quantificato il disagio mentale dei soggetti ad alto rischio di sviluppare un disturbo mentale grave, si può successivamente decidere di monitorare il decorso dei sintomi stessi o di pianificare un trattamento, se necessario, orientato sui sintomi e finalizzato ad alleviare la sofferenza associata. Tuttavia nelle linee guida del ministero della salute (SNLG, 2007) si evidenzia come ci sia bisogno di ulteriori studi di efficacia del trattamento negli stati mentali a rischio, poiché il livello delle conoscenze attuali non garantisce la forza sufficiente per raccomandare gli interventi di identificazione di soggetti a rischio o in fase prodromica al fine di prevenire l’insorgenza di malattia o di migliorare l’evoluzione clinica della stessa. A causa dell’eterogeneità clinica del fenomeno, non è possibile identificare con sufficiente precisione quali tra i soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia svilupperanno psicosi conclamate. L’impiego dei trattamenti farmacologici nei soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia, al fine di prevenire l’insorgenza di malattia o di migliorare l’evoluzione clinica della stessa, è controverso. Invece, l’impiego dei trattamenti psicologici specifici (CBT) nei soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia è raccomandato al fine di ridurre i sintomi, migliorare le abilità sociali, riconoscere i pensieri disfunzionali, abbassare i livelli di ansia e di depressione spesso correlati al disagio vissuto in fase prodromica.

(b) nel corso del Primo Episodio Psicotico: il trattamento deve garantire un controllo e un miglioramento del quadro clinico acuto e dei sintomi in comorbidità, cercando di favorire il recupero del funzionamento psico-sociale. Le linee guida del ministero della salute (SNLG, 2007) raccomandano programmi strutturati di identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio di schizofrenia. Una durata prolungata della psicosi non trattata (DUP) si associa a un decorso particolarmente negativo della malattia, a causa di effetti sfavorevoli prodotti sia dalla prolungata presenza di alterazioni neurobiologiche non trattate, sia dal parallelo scadimento delle condizioni psicosociali, ascrivibile alla presenza del disturbo. Al contrario, limitando la durata della malattia non trattata, si producono effetti favorevoli a lungo termine sul decorso dei sintomi negativi, depressivi e cognitivi, nonché del funzionamento sociale. Esiste un’associazione accertata tra la durata della psicosi non trattata, che spesso è in media 1-2 anni (Schultze-Lutter et al., 2010) e un decorso negativo del disturbo (Marshall et al., 2005). L’efficacia dell’intervento, consistente in un miglioramento del decorso della malattia, è mediata dalla riduzione della DUP e dalla qualità dei trattamenti che i centri dedicati sono in grado di erogare. L’accuratezza diagnostica mostrata dalle

scale di valutazione nel formulare una diagnosi di schizofrenia consente di raccomandare l'impiego di queste ultime per l'identificazione precoce di soggetti al primo episodio di schizofrenia. E' raccomandato il trattamento farmacologico dei soggetti al primo episodio di schizofrenia. L'alternativa tra farmaci di prima e seconda generazione (atipici) deve essere valutata caso per caso, in considerazione della minore incidenza di sintomi extrapiramidali e del maggior rischio di effetti metabolici che possono emergere a seguito dell'uso di farmaci atipici.

(c) nella Fase di *Recovery* o Periodo Critico: si cerca di stabilizzare il miglioramento ottenuto per evitare le ricadute. Nei primi 2-5 anni dopo il primo episodio psicotico il disturbo rischia di cronicizzarsi e quindi diventa più probabile la ricaduta: a un anno dall'esordio psicotico si hanno ricadute nel 20-35% dei casi, a due anni nel 50-65%, a cinque anni nell'80% (Robinson et al., 1999). Inoltre, nel periodo critico aumenta il rischio di rottura relazionale e di suicidio, e aumenta la difficoltà nella costruzione di una propria identità stabile o di rapporti intimi. E' necessario allora sviluppare strategie di intervento volte alla prevenzione delle ricadute a partire dal monitoraggio e al riconoscimento dei segnali prodromici e a incrementare il senso di benessere soggettivo e di funzionamento sociale generale del paziente. La psicoterapia deve affrontare due aspetti interconnessi per ottenere una remissione più duratura e favorire un miglior funzionamento dell'individuo: quelli della narrazione dell'esperienza di sé e della capacità metacognitiva, aspetti che potenzialmente possono consentire al paziente di mettere le basi per una migliore qualità della vita. Il raggiungimento di una narrazione personale più ricca e di una maggiore capacità di pensare sui propri e altrui pensieri consente ai pazienti di sentirsi in grado di pensare al futuro con speranza e di pianificare le soluzioni che possono portare al raggiungimento dei propri obiettivi. La remissione implica l'integrazione e l'attribuzione di significato ad esperienze difficili e dolorose. La capacità di costruire narrazioni ricche e articolate e la capacità di regolazione emotiva sono connesse con le capacità metacognitive che risultano compromesse nel paziente psicotico. È necessario allora utilizzare lo spazio terapeutico per allenare il paziente a comprendere i propri e altrui stati mentali, a riflettere sulla propria esperienza psicotica per poter attribuire ad essa significati nuovi e più adeguati. Le narrazioni dei pazienti rappresentano un contesto importante in quanto permettono di costruire il significato dell'esperienza e di connettere il passato al presente e al futuro, l'emozione alla cognizione, e di interiorizzare le rappresentazioni di sé e dell'altro e le aspettative ad esse associate (Lysacker & Lysacker, 2001). Il terapeuta dovrebbe allora sviluppare progressivamente l'abilità del paziente di riflettere su come costruisce il significato degli eventi che lo vedono come protagonista. Questo lavoro dovrebbe portare il paziente a formulare rappresentazioni di sé e del mondo più flessibili e diverse, per articolare in questo modo modalità

diverse di gestione delle situazioni vissute in modo problematico. Questo porta i pazienti ad avere una consapevolezza più stabile di sé e degli altri, dell'esperienza soggettiva e delle dinamiche interpersonali, con il risultato auspicato di un maggior controllo della propria vita sempre più auto-determinata. Le linee guida del ministero della salute (SNLG, 2007) raccomanda la terapia farmacologica del paziente schizofrenico nel periodo che segue l'esordio psicotico per ridurre le ricadute, tuttavia sono necessari ulteriori studi per verificare l'impatto di tale terapia sulla prognosi a lungo termine. In questa fase sono raccomandati anche trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari e il training di competenza sociale.

L'evoluzione e gli esiti finali dei disturbi psicotici sono in gran parte condizionati dalla tempestività e dalla qualità degli interventi terapeutici offerti nelle fasi precoci del disturbo. Il ritardo nel trattamento o interventi inappropriati possono accrescere il rischio di cronicizzazione del disturbo, con una conseguente riduzione della qualità di vita, il fallimento scolastico o la perdita dell'occupazione, la comparsa di comportamenti auto/eterolesivi, di conflitti intrafamiliari e il peggioramento delle relazioni interpersonali. Pertanto il percorso di cura dovrebbe mirare a rilevare la malattia il prima possibile, possibilmente in fase pre-psicotica e ad alto rischio di evoluzione psicotica, al fine di fornire tempestivamente il trattamento più appropriato per ogni fase della malattia. L'attenzione ai segnali precoci di rischio è fondamentale: prima si è in grado di intervenire, maggiori saranno le probabilità che il soggetto non acceda o prosegua su percorsi di rischio, fino alla patologia conclamata. Un intervento precoce sulle persone ad alto rischio può modificare il percorso di vita di un ragazzo per portarlo da comportamenti problematici verso comportamenti preventivi e conservativi dello stato di salute (Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, 2016). L'inizio del trattamento adeguato viene ritardato spesso perché la maggior parte dei pazienti non cerca aiuto durante la fase precoce e anche dal fatto che nella prassi clinica al di fuori dei servizi specializzati per la diagnosi precoce psichiatri e psicologi considerano il rischio psicotico spesso soltanto dopo che si sono già manifestati deliri e allucinazioni. Nella fase acuta il ritardo dell'inizio del trattamento, oltre al mancato riconoscimento della psicosi spesso a causa di disturbi in comorbilità, può essere dovuto alla sintomatologia positiva manifesta che comporta una perdita dell'esame di realtà e della coscienza di malattia.

2.3 Psicoterapia cognitivo-comportamentale nell'early psychosis

Le linee guida (SNLG 2007, NICE 2014) e la letteratura più recente indicano la terapia cognitivo-comportamentale come la scelta di elezione nelle fasi iniziali delle psicosi, non solo per la sua possibilità di affrontare la sintomatologia specifica, ma anche per le sue forti valenze psicoeducative

e riabilitative. Le strategie cognitivo-comportamentali diventano strumenti efficaci nel perseguire gli obiettivi connessi alle dimensioni cruciali della *recovery*: sintomatologia, funzionamento sociale, padronanza del proprio funzionamento psicologico e aspetti soggettivi della qualità di vita. Nell'intervento tempestivo sugli esordi e sui rischi psicotici la CBT trova le sue maggiori opportunità di ottenere risultati importanti e di integrarsi con le altre componenti dell'intervento. L'assunto di base dell'approccio cognitivo comportamentale alle psicosi è l'idea che le credenze e le esperienze psicotiche possano derivare da processi cognitivi che sono un continuum dell'esperienza normale. Le credenze deliranti e le convinzioni sulle voci si originano dall'interpretazione data dall'individuo all'esperienza psicotica e agli eventi di vita (Garety et al., 2001). L'essere umano tende a dare un senso al mondo ed alle proprie esperienze, e lo stesso fa il paziente con psicosi. Il contenuto del delirio rappresenta quindi un tentativo di dare significato all'esperienza, la forma è espressione di possibili errori o distorsioni delle modalità attraverso le quali il paziente compie questa operazione di attribuzione di senso. Nella terapia è importante seguire delle fasi, non avendo fretta di anticipare il passaggio da una fase all'altra (Cocchi e Meneghelli, 2012; Hagen et al., 2012; Popolo et al., 2013):

FASE 1) Aggancio. La fase iniziale della terapia è mirata ad agganciare la persona nell'accettare il trattamento e collaborarvi, e rappresenta forse il momento più cruciale dell'intervento. La sofferenza provocata generalmente dalle prime esperienze psicotiche franche, i sintomi che rendono difficile una vita soddisfacente, l'esperienza o il timore di un ricovero ospedaliero rappresentano spesso una forte spinta a chiedere aiuto. Tuttavia i giovani non sono facili da agganciare ad un percorso di cura. Le difficoltà di aggancio possono essere dovute a: negazione del disturbo (per mancata consapevolezza, per evitare lo stigma, evitare la terapia farmacologica, per non rinunciare al progetto di vita legato alle aspirazioni adolescenziali); assenza di fiducia nel terapeuta o nelle cure per pregiudizio o precedenti e infruttuose esperienze; ideazioni o deliri a contenuto paranoide. La difesa al trattamento diventa una difesa dalle implicazioni della consapevolezza di malattia e alle sue possibili conseguenze a lungo termine.

FASE 2) Costruzione dell'alleanza terapeutica. La relazione è favorita da: empatia; validazione della sofferenza e del disagio; normalizzazione; atteggiamento non giudicante; cura dell'altro; tolleranza della sofferenza. E' importante fin dall'inizio ascoltare, fornire spiegazioni sul razionale della terapia CBT, elicitare *feedback*, chiarificare, riassumere, chiarire il significato di possibile fraintendimenti, essere pronti a scusarsi e a fare un passo indietro, tener conto del punto di vista e della visione del mondo del paziente, essere collaborativi, centrati sugli obiettivi, riconoscendo priorità a quelli identificati come più angoscianti. Al contrario sono da evitare confronti diretti e

commenti di sfida, giudizi, critiche o l'evitamento di argomenti che generano sofferenza, difficoltà o imbarazzo nel terapeuta.

FASE 3) Assessment e formulazione del caso. La formulazione del caso è il processo in cui si integrano le specifiche informazioni fornite dal paziente con il modello cognitivo e serve sia a comprendere l'origine e i fattori di mantenimento delle difficoltà attuali, sia a orientare il terapeuta verso i punti fondamentali dell'intervento. La formulazione del caso corrisponde a un modello di disturbo che riconosce la continuità tra esperienze psicotiche e non psicotiche. Questo modello è sostenuto dal fatto che una vulnerabilità personale, composta da componenti genetiche e biologiche, da componenti sociali, da esperienze precoci traumatiche o avversità sociali, e da componenti psicologiche (ansia, depressione, pensieri, credenze, schemi cognitivi disfunzionali, *bias* cognitivi), possa essere sollecitata da eventi scatenanti, così da provocare disfunzioni emozionali ed esperienze anomale, spesso mediate da queste disfunzioni emozionali. L'esperienza patologica si consolida e si mantiene per la valutazione e il significato che la persona le attribuisce, per il perdurare delle stesse variabili che hanno concorso nel provocarla e per le conseguenze personali e sociali che essa porta (Garety et al., 2001). Il momento della raccolta delle informazioni è fondamentale per la costruzione di un modello individualizzato del disturbo: fattori predisponenti remoti o attuali, fattori di mantenimento e fattori di protezione individuali e sociali che si legano in un'analisi funzionale dalla quale derivare il piano di trattamento personalizzato. La formulazione del caso è il risultato della collaborazione tra terapeuta e paziente, deve essere condivisa con il paziente ed è un processo dinamico, che può modificarsi nel tempo, con l'evolversi della terapia e la modificazione della situazione patologica e relazionale della persona.

Modello dei sintomi positivi di Garety (2001). Questo modello si basa sul modello bio-psico-sociale e presuppone che la formazione dei sintomi psicotici sia multifattoriale. Lo stress nei soggetti vulnerabili biologicamente può attivare dei cambiamenti emotivi e cognitivi che provocano anomalie nell'esperienza cosciente riconducibili a disturbi del processamento delle informazioni. Secondo Garety (2005) ragionamenti specifici e *bias* nel processamento delle informazioni, schemi preesistenti su di sé e gli altri, disturbi della sfera emotiva e fattori sociali, nel loro insieme, facilitano l'attribuzione degli stati mentali anomali a fonti esterne. Il sintomo psicotico emergerebbe quindi quando la persona valuta il fenomeno percettivo come un fenomeno esterno a sé, il cui significato è particolarmente rilevante e incontrollabile. Sarebbe quindi la personale interpretazione a provocare il disagio, piuttosto che l'esperienza in sé. La percezione anomala, associata alla variazione emotiva, diventa significativa a livello personale e porta alla ricerca di spiegazioni delle

cause. A questo punto diventa cruciale l'intervento dei bias cognitivi che contribuiscono al giudizio su queste esperienze confuse provenienti da fattori percepiti come esterni. Le esperienze negative precoci, come traumi infantili o l'emarginazione sociale, possono creare le condizioni di una vulnerabilità cognitiva caratterizzata da schemi negativi di sé e degli altri che facilitano le attribuzioni esterne e l'abbassamento dell'autostima. Inoltre l'isolamento sociale ostacola l'assunzione di distanza dalle credenze deliranti, riducendo l'accesso a spiegazioni alternative e normalizzanti. I fattori di mantenimento dell'esperienza psicotica sono: processi di pensiero (*jumping to conclusion*, stile attributivo esternalizzato, ToM limitata, rigidità di pensiero, pensiero dicotomico, intolleranza dell'ambiguità); emozioni (ansia, rabbia, depressione conducono alla ricerca di significati congrui con l'emozione); schemi disfunzionali di sé e degli altri; scarso *insight* del disturbo; isolamento; ambiente avverso (famiglie ad alta emotività espressa).

Bias cognitivi. In letteratura si sono evidenziati alcuni *bias* tipici dei pazienti con *early psychosis*:

(1) *Jumping to conclusion.* I pazienti con psicosi sono più soggetti a raggiungere conclusioni, con un certo grado di sicurezza, basandosi su prove ambigue. Commettono *bias* di raccolta dei dati, cercando meno informazioni per raggiungere una decisione, piuttosto che compiere errori nel ragionamento probabilistico (Garety et al., 2005).

(2) Stile di attribuzione (Self serving attributional bias). Lo stile attributivo potrebbe essere considerato un meccanismo di difesa, che protegge dalla differenza percepita tra come si vorrebbe apparire agli altri e a come si pensa di essere visti. Per spiegare le cause degli eventi tendono ad auto-accreditarci il successo e a negarsi la responsabilità del fallimento. Questo *bias* tende a proteggere l'autostima ed è frequente nei pazienti con deliri strutturati, in particolare di tipo persecutorio o di grandiosità (Craig et al., 2004).

(3) *Bias* attentivi. Le persone con delirio paranoide hanno un'attenzione selettiva per gli stimoli minacciosi e tendono a rievocare più facilmente episodi di situazioni potenzialmente pericolose (Bentall et al., 2001).

(4) *Bias* della metacognizione. Gli studi sulla metacognizione hanno rilevato delle disfunzioni nel monitoraggio della fonte, ovvero nella capacità di differenziare tra le esperienze che hanno origine dall'interno o dall'esterno, sia nei pazienti con deliri cronicizzati, sia al primo episodio psicotico.

(5) *Bias di Teoria della Mente (Theory of Mind - ToM)*. I pazienti mostrano disfunzioni nella capacità di inferire gli stati mentali altrui per predirne e spiegarne i comportamenti. I deliri paranoidi riflettono l'esistenza di false credenze sulle intenzioni degli altri, provenienti probabilmente da una disfunzione di questa abilità. Secondo Frith (1996) questa capacità si sviluppa normalmente, ma subisce un danno durante la fase psicotica acuta, contribuendo in modo determinante a formare il delirio di persecuzione, di riferimento, le allucinazioni uditive in terza persona, alcuni aspetti del pensiero disorganizzato, alcuni fattori del disturbo del pensiero e i sintomi negativi.

FASE 4) Tecniche CBT. La CBT del trattamento delle psicosi si è focalizzata sul trattamento dei sintomi positivi e di quelli secondari all'impatto che la malattia ha sulla vita quotidiana del paziente: la compromissione delle relazioni, sia nel contesto familiare che sociale; disturbi emotivi, dall'ansia alla depressione, con aumento del rischio suicidario; aggressività e abuso di sostanze. Lo scopo è quello di favorire la comprensione dei sintomi e di promuovere strategie di *coping* più adattive migliorando così l'autostima del paziente. Le tecniche cognitivo-comportamentali che si possono utilizzare in questa fase sono: dialogo socratico; ristrutturazione cognitiva; test di realtà; esposizione alle situazioni temute e evitate; strategie di *coping*; psicoeducazione; normalizzazione. In particolare, la normalizzazione è una tecnica centrale nel trattamento delle psicosi, in quanto si basa sul modello cognitivo che evidenzia come la valutazione data ad un evento esterno o interno determini le reazioni emotive e comportamentali successive. Le esperienze psicotiche solitamente sono catastrofizzate non solo dai pazienti ma anche dalla società. La sola etichetta psicosi comporta una maggior percezione di imprevedibilità e pericolosità del comportamento del paziente. In realtà la letteratura evidenzia come le esperienze psicotiche siano presenti anche nella popolazione generale a diversi livelli su un continuum di gravità, e non siano qualitativamente diverse dalle esperienze normali (van Os et al., 2001). La tecnica di normalizzazione può essere utilizzata come strumento terapeutico anche per creare l'alleanza terapeutica, esplorando prima aree tematiche non minacciose per il paziente, per poi affrontare la sintomatologia vera e propria. La normalizzazione può aiutare la persona a comprendere come, in periodo di stress e preoccupazione, chiunque abbia pensieri automatici negativi, pensieri intrusivi e ossessioni con alcune caratteristiche simili alle allucinazioni (ad es. possono essere vissuti come intrusivi, possono essere violenti e avere natura sessuale o religiosa). Il paziente quindi può realizzare che tutti possono sperimentare ansia a causa dei propri pensieri, ma la maggior parte delle persone decide di non reagirvi. L'obiettivo della CBT nelle fasi iniziali delle psicosi non è rappresentato solo dal tentativo di ridurre la sintomatologia

positiva e il *distress* che l'accompagna. Oltre al trattamento dei sintomi, è importante approcciarsi anche all'impatto della malattia sulla persona, che può riguardare l'isolamento dalla propria famiglia e dal gruppo di amici, i problemi nelle relazioni sociali e lavorative, la depressione e la demoralizzazione, il rischio maggiore di autolesionismo, eteroaggressione e abuso di sostanze. Gli obiettivi della CBT includono la riduzione dello stress e della disabilità associati ai fenomeni psicotici conclamati o subclinici, l'aumento dell'*insight* nei confronti del disturbo psicotico e delle esperienze anomale, il miglioramento del tono dell'umore, dell'autostima e del funzionamento sociale e lavorativo (Hagen et al., 2012). Una visione dell'intervento psicoterapeutico più strettamente collegata alla complessità delle relazioni tra i diversi nuclei psicopatologici e fortemente ispirata al concetto multidimensionale di *recovery* esige di dare una centrale rilevanza alla lettura e al trattamento delle disfunzioni emozionali e alle strategie di promozione di un buon funzionamento sociale (Cocchi e Meneghelli, 2012).

Disfunzioni emozionali. Depressione e ansia rappresentano un obiettivo importante per l'intervento psicoterapeutico CBT nelle psicosi all'esordio, in quanto possono giocare un ruolo fondamentale nella patogenesi del disturbo sia essere viste come reazione all'esperienza di malattia. Manifestazioni depressive precoci concorrono a predire la possibilità di un esordio e soprattutto predicono la gravità della sintomatologia al primo episodio psicotico (Häfner et al., 2005). La depressione può essere vista come una reazione all'esperienza di psicosi, associata al senso di perdita, alla vergogna, all'umiliazione, al sentirsi in trappola e alla perdita di speranza (Birchwood et al., 2001), al grado con cui il paziente può ancora vedersi proiettato in ruoli e progetti significativi nel futuro, al ricordo di memorie intrusive ed evitamento di eventi traumatici, compreso quello del primo episodio psicotico (Morrison et al., 2003; Jackson et al., 2004). Le strategie CBT in questi casi sono simili a quelle classiche per la depressione: stabilire un obiettivo, programmare e monitorare padronanza e attività piacevoli, problem solving, incremento delle abilità sociali e di assertività, ristrutturazione delle credenze negative e del senso di sconfitta. I modelli cognitivi di base degli stati psicotici forniscono una comprensione di come le emozioni e lo sperimentare le caratteristiche dell'ambiente abnormalmente salienti possano condurre alla paranoia, e a esperienze anomale e in alcuni casi a un sovraccarico di esperienze soverchianti (Garety et al., 2001), ne può risultare uno stato di ansia generalizzata. In molti casi i pazienti psicotici sperimentano pensieri e immagini tipiche di quelle sperimentate nell'ansia sociale o di pensieri e immagini di ansia sociale associate allo stigma. Disorganizzazione e problemi nel processare, comprendere e riconoscere le emozioni può rendere le situazioni sociali imbarazzanti,

complesse, avversive. La configurazione di bassa attività e ritiro sociale che caratterizza la disabilità sociale tra le persone con psicosi può essere funzionalmente caratterizzata come un pattern di evitamento funzionale e comportamentale al disagio di queste situazioni. Questo evitamento può derivare da autoregolazione dell'esperienza della psicosi, depressione e confusione e sovraccarico di informazioni. Evitamento e ritiro sarebbero quindi comportamenti protettivi per gestire l'ansia e i sintomi psicotici. Un approccio cognitivo-comportamentale può fornire un'utile analisi della centralità dell'evitamento nella comprensione dei problemi psicotici e soprattutto di quelli collegati a bassi livelli di attività tipici della disabilità. Ma molte persone che hanno ritiro sociale e problemi di attività sociale nel processo della *recovery* dalla psicosi sperimentano ansia, strane esperienze e talvolta sintomi psicotici quali voci e paranoia, quando intraprendono nuove esperienze. La paura che queste esperienze possano indurre una ricaduta li spinge a smettere di ingaggiarsi in queste nuove attività e a ritornare a pattern di evitamento. Il ritiro riduce lo stress e mantiene uno stato di apparente tranquillità, ma in ottica CBT i comportamenti protettivi sono visti come tentativi di soluzione controproducenti, perché prevengono la disconferma di eventuali catastrofi future. L'intervento su questi aspetti deve essere cauto ed evitare iperstimolazioni e l'innalzamento dei livelli di stress (Cocchi e Meneghelli, 2012).

3. Trattamento CBT delle allucinazioni uditive

L'allucinazione consiste in un'anormalità percettiva che occorre in assenza di una corrispondente stimolazione esterna dell'organo sensoriale rilevante, che ha un sufficiente senso di realtà da essere scambiata per una vera percezione, sulla quale il paziente non sente di poter avere un controllo diretto o volontario (David, 2004). Nelle psicosi, la forma più comune di allucinazione è l'allucinazione uditiva verbale, che si manifesta nella percezione soggettiva di segnali comunicativi diretti alla persona: si tratta di voci imperative che impongono comandi al paziente, voci svalutanti che lo insultano, voci benevole che gli danno suggerimenti o voci commentanti che descrivono le azioni del paziente. In altri casi le voci non sono dirette al paziente, ma si manifestano come voci dialoganti tra loro. Le voci sono concettualizzate come rappresentazioni uditive valutate dal paziente come provenienti da una fonte esterna di informazione (Horowitz, 1975). Si tratterebbe quindi di pensieri automatici non riconosciuti come tali dal soggetto ed attribuiti a fonti esterne. Alla base delle allucinazioni uditive vi sarebbe una disfunzione del monitoraggio della fonte, cioè della capacità di discriminare le informazioni auto-generate da quelle provenienti dal mondo esterno, in particolare ci sarebbe un'attribuzione a fonti esterne di eventi cognitivi interni (Carcione et al., 2012). Frith (1996) ritiene che le allucinazioni riflettano una disfunzione del meccanismo di

monitoraggio interno che regola il dialogo interiore. Questa disfunzione provoca una dissociazione tra le intenzioni desiderate o pianificate e l'azione, quindi il paziente fallirebbe nel riconoscere la presenza di una disfunzione nel monitoraggio del proprio dialogo interno. La tendenza all'attribuzione esterna è accentuata da condizioni di *arousal* emotivo elevato e da eventi di vita stressanti. Le reazioni emotive in termini di ansia, angoscia, depressione, isolamento sociale sono associate al mantenimento ed allo sviluppo delle allucinazioni. Fattori di mantenimento delle voci sono i comportamenti di protezione, le erronee attribuzioni di significato (che a loro volta contribuiscono all'insorgenza ed al mantenimento dei deliri) e reazioni emotive alle voci stesse particolarmente forti e stressanti. Le strategie di *coping* disfunzionali e i comportamenti di sicurezza messi in atto dal paziente hanno l'obiettivo di neutralizzare o mitigare le voci o le conseguenze negative di queste, sia in termini di diminuzione dell'*arousal* emotivo, sia in termini di conseguenze nell'ambiente, ma spesso si traducono in condotte bizzarre ed estremamente pericolose per il paziente stesso e per gli altri (Morrison, 2004). Il trattamento CBT delle voci imperative (Byrne et al., 2006) ha come obiettivi ridurre la tendenza ad obbedire alle voci o a tentare di controllarle nei seguenti modi: indebolendo la percezione del potere delle voci e la loro capacità di danneggiare e far vergognare la persona; aumentando il senso di auto-efficacia del paziente; migliorando l'efficacia interpersonale. Il trattamento si suddivide in fasi (Hagen et al., 2012): 1) *assessment*, relazione terapeutica e formulazione del caso; 2) promuovere la percezione di controllo sulle voci; 3) modificare le credenze riguardo al potere delle voci; 4) ridurre i comportamenti protettivi e l'obbedienza alle voci; 5) affrontare questioni più generali di potere interpersonale e prevenire le ricadute; 6) lavorare sui significati personali.

4. Trattamento del delirio

Per delirio si intende una credenza probabilmente falsa che si colloca al limite estremo del continuum del consenso generale. Non differisce dalle idee sopravvalutate o dalle credenze normali e continua ad essere considerato credibile nonostante la presenza di evidenze contrarie. I deliri possono essere meglio compresi alla luce della storia di vita del paziente e acquisiscono senso nelle sue narrazioni (Roberts, 1991). Si distinguono due tipi principali di deliri (Hagen et al., 2012):

(a) I deliri di tipo I sono correlati a deficit cognitivi e a sintomi negativi e solitamente sono mantenuti con minor convinzione ed investimento emotivo. I pazienti spesso saltano alle conclusioni riguardo ad esperienze soggettive bizzarre che non riescono a comprendere pienamente e a cui tentano di dare un senso ricorrendo ad argomenti di attualità che compaiono nei giornali. Il

contenuto di tali deliri risulta infatti essere in linea con la cultura: negli ultimi anni le tematiche più frequenti risultano essere legate alla tecnologia (es. microchip, satelliti, cellulari) e agli alieni.

(b) I deliri di tipo II solitamente sono deliri strutturati persecutori o di grandiosità, che si presentano in assenza di sintomi negativi e che possono insorgere in pazienti con episodio traumatico alle spalle, con la funzione di proteggere il paziente dai sentimenti intollerabili che potrebbe sperimentare nel momento in cui trova in situazioni ricollegabili al trauma, ad esempio nel corso di particolari ricorrenze o di altre giornate simbolicamente rilevanti. Questo tipo di delirio potrebbe agire come una sorta di difesa psicologica, in quanto sembra emergere dopo un periodo di ansia crescente e sembra finalizzato a ridurre l'escalation dell'ansia e a proteggere il paziente da una depressione sottostante. In particolare, il meccanismo psicologico di attribuzione esterna può mascherare alcune credenze negative e rappresentazioni di sé che risulterebbero intollerabili. Questi deliri emergono spesso dopo che alcune rappresentazioni di sé con funzione compensatoria sono state ripetutamente invalidate. Possono essere collegati a schemi disfunzionali di non amabilità, mancanza di valore personale (es “non sono degno di essere amato”, “sono sbagliato”, “non valgo niente”, “sono cattivo”).

In terapia inizialmente è sconsigliato attaccare il delirio, si dà per assodato che in quel momento il paziente crede che il delirio sia reale, quindi è necessario stare nel delirio con il paziente. Per il trattamento CBT del delirio si utilizza il modello ABC modificato: l'evento A è rappresentato dal delirio, i believes B sono costituiti dai pensieri automatici e dalla valutazione che il paziente dà rispetto al delirio, il C corrisponde allo stato emotivo del paziente conseguente a questa valutazione. L'obiettivo è lavorare sulla riduzione del disagio, trattando il delirio come un evento, per poi cercare insieme le strategie alternative per ridurre lo stress e il disagio conseguente alla valutazione del delirio. All'inizio si fa familiarizzare il paziente con il modello ABC su temi neutri e si nota quando comincia a cambiare idea su questi temi; poi si esplora l'origine e la fonte delle credenze, esaminando in modo critico le credenze; si passa poi a evidenziare le incoerenze per indebolire la convinzione; infine si concordano degli esperimenti comportamentali. L'approccio terapeutico è caratterizzato da: relazione collaborativa, gestione della disforia, rivalutazione degli eventi conseguentemente al tentativo di riduzione dello stress, lavoro sugli schemi negativi che il paziente ha di sé, gestione e riduzione dello stress causato da fattori ambientali. Il terapeuta andrà alla ricerca dei problemi e dei significati personali inerenti il percorso evolutivo del paziente nascosti all'interno del delirio, nel quale l'espressione di determinati stati d'animo rimanda a convinzioni di base ed assunti disfunzionali scarsamente esplorati dal paziente e che, se identificati, contribuiscono

ad individuare quelle aree di vulnerabilità fonte di disagio e sofferenza. Si cercherà di esplorare le autovalutazioni e le idee che il paziente ha di sé, cosa immagina che gli altri pensino di lui, e di individuare eventuali relazioni tra queste idee ed il contenuto del pensiero delirante. Quando e se il paziente riuscirà a modificare certe idee, si cercherà di fornire al paziente la possibilità di migliorare la propria qualità di vita indipendentemente dalla diretta riduzione o scomparsa dei sintomi, e di ridurre le probabilità di ricaduta. La presenza di deficit di Teoria della Mente contribuisce a determinare difficoltà a discriminare tra elementi soggettivi ed oggettivi, il che rappresenta un fattore di mantenimento di false credenze all'interno dei deliri. L'incapacità di leggere le intenzioni dell'altro nei pazienti schizofrenici ha come conseguenza che essi leggano tali intenzioni come univocamente malevole e pericolose per sé (Frith, 2004). Quindi attraverso l'analisi del contenuto delirante si cercherà di risalire agli schemi negativi su di sé, sul mondo e sugli altri, che, se disfunzionali, si cercherà di correggere attraverso le strategie cognitive ed una modulazione strategica della relazione terapeutica.

5. Trattamento CBT dei sintomi negativi

I sintomi negativi tendono a presentarsi più precocemente, ad essere più stabili nel decorso cronico della schizofrenia e ad avere una prognosi peggiore rispetto agli altri cluster sintomatologici. I farmaci antipsicotici hanno dimostrato un'efficacia limitata nei confronti dei sintomi negativi, rendendo prioritaria la ricerca relativa ai possibili nuovi trattamenti per questi aspetti delle psicosi. E' stato sviluppato un trattamento potenziato CBT *evidence-based* per i sintomi negativi chiamato MOVE (*Motivation and Engagement*; Velligan et al., 2015). Si tratta di un trattamento integrato manualizzato che utilizza tecniche CBT quali: controllo degli antecedenti; piacere anticipatorio; elaborazione emotiva; CBT per affrontare i pensieri di auto-sconfitta; *skill building*.

6. Terapia Metacognitiva Interpersonale nell'early psychosis

Le evidenze recenti sembrano concordare sul fatto che i pazienti psicotici hanno difficoltà a riflettere sui propri e altrui pensieri, comprendere l'ironia, cogliere le intenzioni implicite, produrre narrazioni coerenti e riconoscersi come fonte dei propri pensieri e azioni (Lysaker & Lysaker, 2001; Stratta et al., 2007). In letteratura si è evidenziato il loro impatto sulla sintomatologia e sul processo di *recovery* (Lysacker et al., 2007). Secondo Frith (1996) nei deficit della schizofrenia si manifesta uno sviluppo incompleto o involuto della ToM o della capacità di metarappresentare. Molti pazienti psicotici non riescono a distinguere le proprie rappresentazioni mentali della realtà (deficit di

differenziazione tra realtà e rappresentazione); non riconoscono l'intenzionalità e l'autonomia delle proprie funzioni mentali (ad esempio riferendosi alle allucinazioni uditive) e percepiscono un'influenza diretta dell'esterno sul proprio corpo e funzionamento. La psicoterapia cognitiva ad orientamento metacognitivo implementa gli obiettivi della CBT (Carcione et al., 2012) con lo scopo di aiutare il paziente a: identificare le componenti della propria attività mentale, riconoscerle come proprie e associarle a situazioni che le possono influenzare -monitoraggio-; distinguere l'attività mentale interna (es. pensieri, emozioni, immaginazione) da quella percepita nella rappresentazione della realtà esterna -differenziazione-; leggere e comprendere intenzioni e stati mentali di altre persone in modo distinto e separato dalla propria attività mentale -decentramento-. Il terapeuta dovrà aiutare il paziente a ricondurre a sé alcune attività mentali, a differenziare meglio tra elementi generati dalla propria attività mentale da quelli provenienti dalla rappresentazione della realtà, ad identificare la natura dei pensieri come propri e non influenzati da azioni provenienti da altre persone. Solo quando il paziente è in grado di comprendere il proprio modo di articolare i pensieri e attribuirli a se stesso allora può impiegare strategie di *coping* o *problem solving* sui sintomi. La terapia centrata sulla metacognizione è stata inizialmente sviluppata per il trattamento dei disturbi di personalità, ma iniziano ad esserci tentativi di applicazione anche nella schizofrenia e una prima formalizzazione è stata elaborata da Lysaker et al. (2011).

7. Gruppi terapeutici nell'early psychosis

Social skills training. Il training di competenza sociale allena all'utilizzo di modalità comunicative assertive, ovvero orientate all'espressione della propria opinione e delle proprie emozioni, nel rispetto di se stessi e degli altri. Interventi di apprendimento di attività sociali e assertive, associate a un trattamento individuale di CBT, si sono rivelate efficaci nella riduzione dei sintomi psicotici (Lecomte et al., 2008), nella riduzione del rischio di ricaduta e nel miglioramento dell'intera condizione di vita del paziente (Malla et al., 2004). Gli obiettivi: favorire la *recovery* sociale, riconoscere i segnali sociali della comunicazione, sviluppare capacità di interazione verbale e non verbale, gestire le situazioni di stress, aumentare l'autostima e mantenere un atteggiamento di speranza verso il futuro.

Gruppo di gestione dell'ansia. Si utilizza un protocollo cognitivo-comportamentale ispirato a quello di Andrews per il disturbo da attacchi di panico e agorafobia (Andrews et al., 2003). Si compone di una prima fase psicoeducativa, in cui viene condiviso il modello cognitivo-comportamentale del disturbo d'ansia. Si impara poi ad applicare la tecnica dell'analisi funzionale, cioè a individuare le situazioni problematiche, i pensieri, le emozioni e i comportamenti e i fattori di

mantenimento del disturbo, utilizzando il modello ABC. Si individuano e modificano i pensieri disfunzionali di catastrofizzazione, si insegna la tecnica del rilassamento muscolare progressivo e della respirazione controllata. Gli obiettivi (Cocchi e Meneghelli, 2012): insegnare a riconoscere e a gestire le situazioni ansiogene, incluse quelle di ansia sociale, e i pensieri disfunzionali sottostanti; aumentare l'autocontrollo; diminuire la tensione muscolare; migliorare il senso di autoefficacia.

Gruppi di mindfulness. È stato ideato un protocollo *Mindfulness* modificato per i pazienti psicotici (Chadwick et al., 2005). L'idea di applicare i protocolli *mindfulness* ai pazienti psicotici si basa sull'osservazione che i sintomi psicotici positivi causano un'elevata quota di stress nei pazienti che conseguentemente si impegnano in strategie di evitamento (es. distrazione, tentativi di soppressione, uso di droghe o alcool) o in attività mentali (es. rimuginio) che li porterà ad essere sempre più assorti e quindi stressati. Il presupposto su cui strutturare un intervento *mindfulness-based* con i pazienti psicotici consiste nell'aiutarli a sviluppare una maggiore consapevolezza dell'esperienza psicotica, imparare a lasciare andare giudizi e rimuginio, imparare ad accettare se stessi e i propri sintomi per quello che sono (Chadwick et al., 2009). In particolare la *mindfulness* stimola la capacità metacognitiva di decentramento dai propri sintomi.

8. Intervento sulle famiglie nell'early psychosis

La famiglia rappresenta un importante elemento di sostegno per il paziente, un fattore di protezione dalle ricadute e una protagonista fondamentale del processo di guarigione. Coinvolgere i familiari nel trattamento delle *early psychosis* è fondamentale, perché esiste una relazione tra l'Emotività Espressa dalla famiglia nei confronti del parente malato e il tasso di ricadute della malattia (Vaughn & Leff; 1976; Leff & Brown; 1977). A questo scopo, sono state messe a punto strategie di intervento psicoeducazionale e comportamentale che hanno avuto l'obiettivo di migliorare la comunicazione interpersonale famiglia-paziente, di incrementare le abilità di soluzione dei problemi e di fornire informazioni corrette sul disturbo e sulle possibilità di cura (Falloon, 1993). Le principali tecniche CBT che si utilizzano nell'intervento sulle famiglie sono psicoeducazione e *problem solving*. I contenuti dell'intervento sulle famiglie si focalizzano su: fornire informazioni chiare sulla malattia e sul disagio psichico, sui segnali di ricaduta e sui sintomi che la caratterizzano; comunicare il messaggio che la malattia è affrontabile, che l'instaurarsi della disabilità è evitabile, che il processo di cura è multimodale e tutte le parti hanno un ruolo specifico e attivo; ristrutturare l'idea che un intervento immediato e tempestivo non significa "psichiatrizzare", ma interventi mirati su problemi specifici e invalidanti; fornire uno spazio alla famiglia dove elaborare l'esperienza di crisi in una chiave realisticamente ottimistica e orientata alla soluzione di

problemi; non colpevolizzare la famiglia, ma considerarla una risorsa importante, rendendola alleata nel processo di trattamento. Il *problem solving* consente ai familiari di ridefinire i problemi in termini comportamentali e oggettivi e quindi di passare da una visione generica e confusa del problema ad una più semplice, pragmatica e meno spaventante. La definizione di obiettivi specifici e limitati facilita la produzione di soluzioni e la loro successiva attuazione nel contesto di vita, e ridimensiona le aspettative magiche e irrealistiche di cambiamento. I familiari che presentano situazioni patologiche personali o aspetti particolarmente elevati di disagio in risposta alla malattia del congiunto possono essere indirizzati verso interventi psicoterapeutici individualizzati (Cocchi e Meneghelli, 2004).

Conclusioni

Da quanto esposto, risulta fondamentale individuare precocemente le psicosi all'esordio e gli stati mentali a rischio di sviluppare psicosi per fornire un trattamento tempestivo, in modo da diminuire la DUP, contrastando una prognosi negativa. Il gold standard è un trattamento integrato con farmacoterapia, CBT individuale, trattamento di gruppo, intervento sulle famiglie e *case management*. Nonostante la percentuale di falsi positivi all'interno del gruppo degli stati mentali a rischio, è importante trattare comunque i disturbi riportati dai pazienti, perché i sintomi riportati dai pazienti meritano attenzione clinica e in caso di transizione a psicosi si ridurrebbe la DUP. Parallelamente, è importante affinare ulteriormente gli strumenti di identificazione precoce, ed è necessario che i terapeuti siano formati in modo specifico sugli strumenti disponibili per l'identificazione dell'*early psychosis* e sul tipo di trattamento adeguato in base alla stadiazione della psicosi.

Bibliografia

- Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Amminger, G. P., ... & McGorry, P. D. (2011). Prediction of a single psychotic episode: a 7.5-year, prospective study in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 125(2), 236-246.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A., ... & Piacentini, D. (2003). *Trattamento dei disturbi d'ansia: guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Centro scientifico editore.
- Bechdolf, A., Ruhrmann, S., Wagner, M., Kühn, K. U., Janssen, B., Bottlender, R., ... & Klosterkötter, J. (2005). Interventions in the initial prodromal states of psychosis in Germany: concept and recruitment. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s45-s48.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1211-1226.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S31-S40.

- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- Carcione A, Nicolò G, Procacci M (Ed.) (2012). *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. Angeli.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 403-412.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351-359.
- Cocchi A. e Meneghelli A. (2012) *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua*. Manuale di intervento precoce. Milano, Edi-ermes
- Cocchi, A., & Meneghelli, A. (2004). *L'intervento precoce tra pratica e ricerca: manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Centro scientifico editore.
- Comparelli, A. (2011). *Lo stato mentale a rischio e la sua valutazione*. Roma: Alpes Italia.
- Correll, C. U., Hauser, M., Auther, A. M., & Cornblatt, B. A. (2010). Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 390-431.
- Craig, J. S., Hatton, C., Craig, F. B., & Bentall, R. P. (2004). Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls. *Schizophrenia research*, 69(1), 29-33.
- de Bont PA, van Minnen A, de Jongh A (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled
- Falloon, I. (1993). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Edizioni Erickson.
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological medicine*, 34(3), 385-389.
- Frith, C. D., & Corcoran, R. (1996). Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological medicine*, 26(3), 521-530.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*, 31(2), 189-195.
- Garety, Philippa A., Daniel Freeman, Suzanne Jolley, Graham Dunn, Paul E. Bebbington, David G. Fowler, Elizabeth Kuipers, and Robert Dudley. "Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis." *Journal of abnormal psychology* 114, no. 3 (2005): 373.
- Häfner, H., Maurer, K., Trendler, G., an der Heiden, W., Schmidt, M., & Könnecke, R. (2005). Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases—a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophrenia research*, 77(1), 11-24.
- Hagen, A. D. R., Turkington, D., Berge, T., & Grawe, R. W. (2012). *Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi*. Berge & Gråwe, *Eclipsi*.
- Haroun, N., Dunn, L., Haroun, A., & Cadenhead, K. S. (2005). Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research.
- Horowitz, M. J. (1975). Hallucinations: An information-processing approach. *Hallucinations: Behavior, experience and theory*, ed. RK Siegel & LJ West. John Wiley.[tarREH].
- Jackson, C., Knott, C., Skeate, A., & Birchwood, M. (2004). The trauma of first-episode psychosis: The role of cognitive mediation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 327-333.
- Klosterkotter, J., Schultze-Lutter, F., Bechdolf, A., & Ruhrmann, S. (2011). Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next?. *World Psychiatry*, 10(3), 165-174.
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, G. W., Greaves, C., & Bentall, R. P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia research*, 102(1), 295-302.

- Leff, J. P., & Brown, G. W. (1977). Family and social factors in the course of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 130(4), 417-418.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2001). Psychosis and the disintegration of dialogical self-structure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 74(1), 23-33.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., Nicolò, G., & Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 58-69.
- Malla, A. K., Norman, R. M. G., McLean, T. S., MacDonald, C., McIntosh, E., Dean-Lashley, F., ... & Ahmed, R. (2004). Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 46-54.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975-983.
- Maurer K, Hoerrmann F, Trendler G, et al. (2006). Identification of psychosis risk by the Early Recognition Inventory (ERInaos). Description of the schedules and preliminary results on reliability and validity of the checklist. *Nervenheilkunde*;25:11-6.
- McGlashan, T., Walsh, B., & Woods, S. (2010). *The psychosis-risk syndrome: handbook for diagnosis and follow-up*. Oxford University Press.
- McGorry P.D., Nelson B., Amminger G.P., Bechdolf A. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australina New Zeland Journal Psychiatry*, 40: 616-622
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., ... & Woods, S. W. (2003). Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia bulletin*, 29(4), 703.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., ... & Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 291-297.
- Nelson, B., Yuen, H. P., Wood, S. J., Lin, A., Spiliotacopoulos, D., Bruxner, A., ... & Francey, S. M. (2013). Long-term follow-up of a group at ultra high risk ("prodromal") for psychosis: the PACE 400 study. *JAMA psychiatry*, 70(8), 793-802.
- Phillips, L. J., Yung, A. R., & McGorry, P. D. (2000). Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(s2).
- Popolo, R., Vinci, G., & Balbi, A. (2013). *Interventi precoci nelle psicosi*. Alpes.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., ... & Lieberman, J. A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(3), 241-247.
- Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., De Girolamo, G., Fioritti, A., Rucci, P., ... & Miceli, M. (2012). A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 73.
- Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Picker H, Steinmeyer EM, Ruhrmann S. Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria. *Clin Neuropsychiatry* 2007;4(1):11–22.

- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkötter J. In: Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J, editors. *Evolving psychosis. Different stages, different treatments*. London, New York: Routledge; 2006. p. 104-23.
- Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Berning J., Maier W., Klosterkötter J. (2010). Basic symptoms and ultra high risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1): 182-191.
- Schultze-Lutter, F., & Koch, E. (2010). *Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia Versione per bambini e adolescenti*. Giovanni Fioriti Editore Srl.
- Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2008). *Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia*. G. Fioriti.
- Servizio sanitario regionale Emilia-Romagna (2016). Raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico.
- Sistema Nazionale Linee Guida (2007). Gli interventi precoci nella schizofrenia.
- Stratta, P., Riccardi, I., Mirabilio, D., Di Tommaso, S., Tomassini, A., & Rossi, A. (2007). Exploration of irony appreciation in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 337-339.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of general psychiatry*, 58(7), 663-668.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 15(2), 157-165.
- Velligan, D. I., Roberts, D., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Medellin, E., & Brown, M. (2015). A randomized pilot study of MOTivation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 165(2), 175-180.
- Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., Ward, J., Donovan, K., & Thompson, K. (2002). Comprehensive assessment of at-risk mental states (CAARMS). *Melbourne, Australia: University of Melbourne, Department of Psychiatry, Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic*.

Marika Belleri

Studi di Psicologia e Logopedia (Grezzana - Verona)

Specializzata a Verona, training Prunetti e Baggio

e- mail: marika.belleri@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

