

Stili di cura genitoriali e le psicosi all'esordio

Sarah Bissoli¹

¹Università di Verona

Riassunto

Le psicosi sono caratterizzate sin dall'esordio da sintomatologia importante e da una disabilità sociale che peggiora quanto più la patologia avanza. Gli stili di attaccamento sembrano avere un ruolo fondamentale nello sviluppo della psicosi e possono influenzare sia l'esordio che lo sviluppo della malattia stessa. Per esempio, stili di attaccamento differenti nell'infanzia, potrebbero influenzare da adulto la modalità di esordio e poi la prognosi. Per questi motivi, partendo dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby, si valuta come specifici stili di attaccamento possano essere possibili fattori di rischio per un eventuale sviluppo di patologie mentali da adulti.

Summary

The psychosis are characterized, since the onset, by symptoms and social disability, by a worsening trend while the disease advances. The attachment patterns are significantly related with the development of psychosis, and they can condition the course and onset of the illness. For instance, different attachment styles during the childhood could influence, on the adulthood, the mode of illness onset and, ultimately, the prognosis. The concept of attachment derives from Bowlby's attachment theory, which has had considerable impact on research in developmental psychology. Based on the attachment theory, specific bonding patterns in the early life stages may be key factors for the development of mental disorders in the adulthood.

Introduzione

Considerando che lo stile di relazione genitoriale potrebbe influenzare il funzionamento sin dalle prime fasi dello sviluppo, e che questo a sua volta è un potente predittore di esito della patologia psicotica, ho voluto analizzare in che modo lo stile genitoriale impatti sul funzionamento premorboso, sulla presentazione clinica e, in ultima analisi, sul grado di disabilità all'esordio della patologia psicotica.

Secondo il modello vulnerabilità-stress, le psicosi sono considerate il risultato di variabili complesse e multifattoriali, (Fowler, 2000; Garety et al. 2001; Freeman et al. 2002), in cui, su una predisposizione individuale, agiscono variabili ambientali che, se sfavorevoli, determinano la comparsa della sintomatologia psicotica.

Eventi traumatici precoci, dunque, secondo questo modello, conducono a cambiamenti psico-biologici che, interagendo con una base di vulnerabilità, predispongono allo sviluppo di psicosi.

Il termine trauma psichico fu introdotto per la prima volta nella letteratura scientifica verso la fine del XIX secolo dal neurologo tedesco Albert Eulenburg per riferirsi all'impatto psicologico degli eventi di vita stressanti sul funzionamento del sistema nervoso centrale (Van der Hart & Brown, 1990). Il tema riguardante il trauma psicologico ha conosciuto una improvvisa ondata di interesse verso la fine degli anni '70 con il lavoro di Horowitz et al. (1980). Fino a poco tempo fa i ricercatori si sono prevalentemente occupati del rapporto tra gli eventi traumatici ed una serie di disturbi dello spettro non psicotico, quali i disturbi

dissociativi, il lutto traumatico, i disturbi da somatizzazione, il disturbo acuto da stress, il disturbo borderline di personalità, i disturbi depressivi, i disturbi da sostanze (Moreau & Zisook, 2002) e di tutta quella gamma di problematiche psicologiche secondarie ad eventi traumatici che non hanno trovato spazio adeguato all'interno della categoria PTSD del DSM-IV (Van der Kolk et al., 1996b). La possibilità di un rapporto tra eventi traumatici e disturbi psicotici è stata invece a lungo minimizzata per diverse ragioni, tra cui la rigida adesione a paradigmi semplicistici di tipo biologico o l'inappropriato timore di far ricadere sulle famiglie la responsabilità dell'insorgenza del disturbo (Lasalvia . et al., 2009).

Nel corso degli ultimi anni è aumentata la consapevolezza che eventi traumatici e psicosi possono essere tra loro correlati (Larkin & Morrison, 2006).

L'interesse per questo argomento è legato alla considerazione che i più recenti modelli, sia cognitivi che neurobiologici, pongono l'attenzione sul ruolo del trauma e delle esperienze avverse come fattori di rischio per lo sviluppo ed il mantenimento della patologia psicotica (Garety et., 2007; Morrison, 2003), in un modello di interazione tra fattori di vulnerabilità (genetici ma non solo) ed eventi stressanti.

Tra gli eventi traumatici, un interesse particolare è stato di recente attribuito a storie di abuso infantile che sono piuttosto frequenti anche nella popolazione generale ma che, nelle persone che soffrono di psicosi, è particolarmente elevato (Janssen et al., 2004; Bebbington et al., 2004; Shevlin et al., 2007).

È noto inoltre che traumi relazionali precoci nell'ambito delle relazioni genitoriali, quali fallimenti d'intensità e gravità diverse nei processi di sintonizzazione nella relazione d'attaccamento, accompagnati da ulteriori esperienze relazionali traumatiche, rappresentano significativi fattori di rischio nello sviluppo di problematiche psicopatologiche.

In questa cornice si inserisce la delicata questione del legame genitori-figli e soprattutto la specificità della relazione di attaccamento che sembra avere un impatto fondamentale, sia nello sviluppo delle relazioni interpersonali che sullo sviluppo della psicopatologia nell'arco della vita (Bowlby 1971, 1973, 1980, 1982).

In quest'ottica, un legame disfunzionale con le figure genitoriali può essere concettualizzato come un evento traumatico di per sé o agire da fattore di vulnerabilità nei confronti degli eventi traumatici di vita.

Successivamente al lavoro di Bowlby, un numero crescente di ricerche ha dimostrato l'associazione tra lo stile di attaccamento insicuro e diverse forme di psicopatologia (Dozier, Stovall & Albus, 1999).

In particolare, molti autori si sono concentrati sull'approfondimento delle tematiche riguardanti il significato delle relazioni precoci nelle psicosi (Berry et al., 2007, Fairley et al., 1982; Vaughn & Leff, 1976). Già nel 1982, Parker e colleghi confermarono nei loro studi, confrontando un campione sano con un campione affetto da schizofrenia, che pazienti schizofrenici riportavano il ricordo di genitori meno accidentati e maggiormente controllanti rispetto ai genitori del gruppo di controllo.

Recenti sviluppi di ricerca in quest'ambito hanno permesso di approfondire ulteriormente le possibili implicazioni dell'attaccamento nella psicopatologia e nel trattamento dei disturbi psicotici. L'ambiente familiare e in particolare il legame madre-figlio, sembrano particolarmente rilevanti nella genesi di diverse forme di disagio.

Sebbene il concetto di madre “schizofrenogena” sia oramai ampiamente superato, non lo è l’interesse riguardo al background familiare di soggetti che sviluppano schizofrenia (Skagerlind et al. 1996).

È noto altresì che strategie di coping maladattivo all’angoscia emotiva, generata in ambienti familiari disfunzionali, sono un ulteriore fattore di vulnerabilità alle psicosi. Il legame da parte di ogni individuo con la principale figura di attaccamento costituisce un punto centrale nella costruzione del modello di personalità, sia a livello patologico che fisiologico.

Sono stati molti gli autori che hanno proposto una schematizzazione delle tipologie più frequenti di stili genitoriali, considerando due assi principali (accudimento e protezione), che a loro volta definiscono quattro possibili stili di attaccamento.

Le relazioni parentali caratteristiche dei soggetti psicotici si collocherebbero nello stile genitoriale definito “Affectionless Control”, caratterizzato da iperprotezione e scarso accudimento affettivo (Parker, 1983).

È realistico ipotizzare che la tipologia della relazione di attaccamento, che incide sulla rappresentazione mentale che il bambino ha di se, degli altri e del mondo, influenzi lo stile relazionale, sin dalle prime fasi dello sviluppo.

Gli effetti di uno stile di attaccamento disfunzionale potrebbero, pertanto, giungere ad influenzare anche il funzionamento premorbo.

Analizzare il funzionamento premorbo, sia socio-relazionale sia scolastico-intellettuale, assume un particolare rilievo in un approccio che abbia l’obiettivo di evidenziare correlazioni tra psicopatologia nell’età adulta e primissime relazionali interpersonali del soggetto (Davidson et al., 1999; Hafner 2000., Rabinowitz et al., 2000).

È noto, inoltre, che il funzionamento premorbo è un potente predittore di quelle che saranno le caratteristiche di presentazione clinica di malattia e del livello di disabilità conseguente.

Revisione della letteratura

Stili genitoriali e psicopatologie con particolare riferimento alle psicosi

La letteratura che si richiama alla teoria dell’attaccamento ha da tempo evidenziato che il rapporto madre-figlio costituisce una base sicura da cui poi il bambino parte per esplorare e fare esperienza del mondo (Bowlby, 1969). Bowlby, seppure psicanalista, contrasta la teoria freudiana secondo la quale il legame madre-bambino si basa solo sulla necessità di nutrimento del piccolo, infatti ritiene che il legame che unisce il bambino alla madre non è una conseguenza del soddisfacimento del bisogno di nutrizione, bensì è un bisogno primario, geneticamente determinato, la cui funzione è garantire la crescita e la sopravvivenza biologica e psicologica del bambino. Gli esseri umani hanno una predisposizione innata a formare relazioni con le figure genitoriali primarie. Egli ritiene che la ricerca della vicinanza sia la manifestazione più esplicita dell’attaccamento. In tale senso Bowlby, si colloca da ponte tra il vecchio concetto della madre schizofrenogena e la relazione di attaccamento intesa come nuova dimensione di studio.

In particolare, è stata approfondita alla luce di tali considerazioni, l'ipotesi che la madre possa essere coinvolta nella dinamica delle future malattie psichiatriche del figlio, ma in una visione differente dal vecchio concetto freudiano.

Nella visione psicodinamica, infatti, la madre del paziente schizofrenico è stata a lungo descritta come "madre schizofrenogenica (Fromm-Reichmann, 1948), tipicamente iperprotettiva ed ostile, iper ansiosa ed emotivamente fredda, che rifiuta apertamente o subdolamente il figlio.

In questa concettualizzazione la madre schizofrenogenica è completamente incapace di sostenere il ruolo materno, poiché non sa donarsi al bambino e, se ci prova, non riesce a trovare il modo adatto (Skagerlind et al., 1996).

Il modello di Bowlby (1969), su cui si basa la teoria dell'attaccamento, invece, implica che il tipo di legame che si stabilisce nelle prime fasi di vita con i genitori, e con la madre in particolare, ricada sul successivo sviluppo delle abilità nelle relazioni sociali dell'individuo adulto.

Il bambino piccolo possiede una predisposizione innata a sviluppare un legame di attaccamento verso chi si prende cura di lui, un istinto ereditato dal pericolo costituito in passato dai predatori.

Tale comportamento di attaccamento continua ad essere attivato da qualsiasi percezione di pericolo e perdura finché viene ripristinato uno stato di sicurezza.

L'attaccamento ha quindi la funzione biologica di garantire protezione e quella psicologica di fornire sicurezza al bambino.

Secondo Bowlby, vi sono quattro fasi implicate nella genesi dell'attaccamento, in ognuna delle quali il legame con la figura di attaccamento va via via rafforzandosi ed organizzandosi, secondo modelli sorretti da uno scopo, ovvero quello di mantenere una certa vicinanza con la madre. Il modello che il bambino svilupperà di sé è strettamente connesso al modello delle figure di attaccamento: un bambino che ha costruito un modello della figura di attaccamento disponibile ed attenta tenderà a sviluppare un modello complementare di sé, ovvero degno e meritevole di cure (Bowlby, 1969).

Gli autori che si sono occupati dell'attaccamento (Parker, 1979), hanno proposto una schematizzazione delle tipologie più frequenti degli stili genitoriali, considerando due assi principali (accudimento e protezione), che a loro volta individuano quattro quadranti corrispondenti a quattro possibili stili di attaccamento (Fig.1).

I quattro quadranti sono individuati da due cut-off che per la madre sono: 27.81 per la dimensione "cura", al di sotto del quale il livello di accudimento è considerato deficitario, e 13.02 per la dimensione "controllo", al di sopra del quale il livello di controllo è considerato eccessivo.

Le relazioni parentali caratteristiche dei soggetti psicotici si collocherebbero, secondo tali Autori, nel quadrante superiore sinistro, denominato "Affectionless Control", caratterizzato da iperprotezione e basso accudimento.

<p>h Protection ≥ 13.5</p>

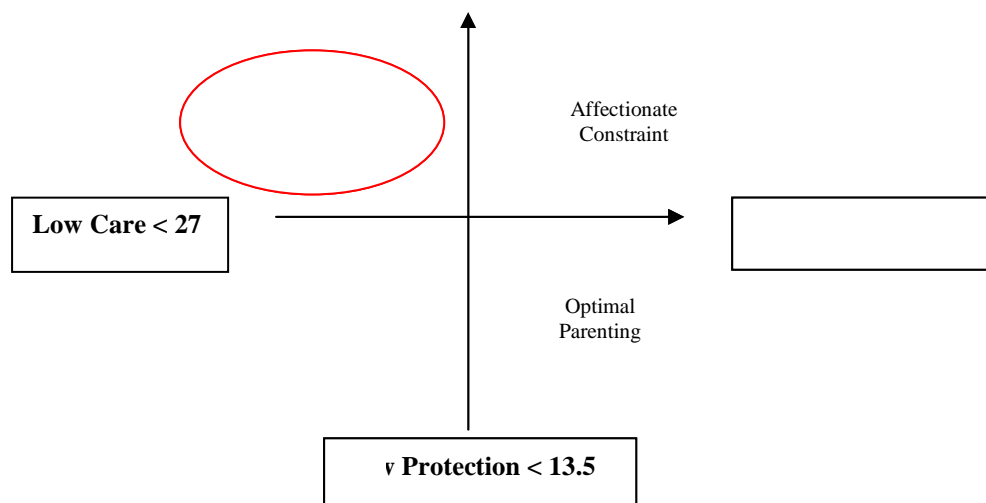


Fig.1. Distribuzione degli stili genitoriali secondo i quadranti di Parker (1983).

A conferma di quanto ipotizzato da Parker, alcuni lavori successivi riportano che i pazienti affetti da schizofrenia descrivono e ricordano legami genitoriali caratterizzati da bassi livelli di cure e alti livelli di protezione (Willinger et al., 2002; Parker et al., 1982; Hegeland et al., 1997; Mc Creadie et al., 1994).

La maggior parte di questi studi ha un disegno cross-sectional e la raccolta delle informazioni avviene in maniera retrospettiva utilizzando lo strumento PBI (Parental Bonding Instrument, Parker et al., 1979) come strumento di indagine principale. (Mulligan et al., 2009; Fisher et al., 2009; Modestin et al., 2004; Hill et al., 2004). Il concetto trasversale a tutti questi studi è che uno stile di attaccamento disfunzionale sembra essere predittore di sviluppo di psicosi.

In particolare un'iperprotezione materna associata ad un basso accudimento possono correlare con una manifestazione di sintomatologia clinica all'esordio sia positiva che negativa.

Tra gli studi maggiormente significativi, Willinger et al. (2002), hanno analizzato utilizzando il PBI, un campione di 36 pazienti con diagnosi di schizofrenia e disturbo schizoaffettivo ed i loro fratelli come gruppo di confronto.

In questo studio i pazienti descrivono il comportamento materno come caratterizzato da iperprotezione e basso accudimento.

Tait et al. (2004) mostrano, in un campione di 50 pazienti con episodio psicotico acuto e sempre utilizzando il PBI come misura principale, che un attaccamento "insicuro" si associa ad un decorso caratterizzato da un difficile rapporto con il terapeuta.

Recentemente, Tai et al. (2004) e Janssen et al. (2005) nel loro studio che utilizza il PBI e la Revised Adult Attachment Scale (RAAS) come strumenti di indagine, hanno ipotizzato un ruolo dello stile genitoriale come possibile mediatore tra gli effetti di un'esposizione a traumi infantili, quali ad esempio episodi di violenza, abusi fisici, psicologici e sessuali e lo sviluppo di psicosi in età adulta.

L'evento traumatico agisce all'intersezione tra le due dimensioni fondamentali dell'individuo, predisposizione biologica ed esperienza, determinando effetti sia a breve sia a lungo termine, anche in funzione dell'età in cui si verifica.

Esperienze negative avvenute nella prima infanzia, prima ancora che l'apparato psichico abbia sviluppato completamente le capacità rappresentative, possiedono un profilo patogenetico differente rispetto ai traumi vissuti in età adulta.

Vi è un ampio accordo sul fatto che quanto più precoce e protratto è lo stimolo traumatico, tanto più gravi e a lungo termine si riveleranno le sue conseguenze.

Gli stimoli ambientali, dunque, compresi quelli traumatici, influiscono a più livelli e con diversa cadenza temporale sulle diverse fasi del neuro sviluppo ed è ragionevole immaginare che il loro impatto dipenda dalla struttura di personalità di chi li vive.

In questo senso, un legame interessante emerge tra caratteristiche degli stili genitoriali e i disturbi di personalità.

Un interessante lavoro in questo ambito è quello di Cois et al. (2002), che analizza la relazione tra modalità di accudimento, stili d'attaccamento e disturbi di personalità. Essendo uno studio osservazionale, non utilizza strumenti di misura specifici. Emergono comunque relazioni significative tra stile genitoriale paterno e materno e disturbi di personalità, con una correlazione negativa per ciò che concerne l'accudimento e positiva per il controllo: la patologia di personalità tende cioè a crescere all'aumentare del livello di controllo e al diminuire dell'accudimento.

Le correlazioni più significative sono quelle che riguardano i pattern di personalità caratterizzati da ritiro sociale (tratti schizoidi, paranoidi o evitanti), che appaiono particolarmente sensibili alle caratteristiche dell'accudimento, sia paterno che materno.

La letteratura evidenzia, quindi, che la carenza nel supporto emotivo da parte dei genitori durante lo sviluppo predispone ad uno stile di attaccamento evitante che correla con ritiro sociale, difficoltà a stabilire rapporti di fiducia e ad allacciare relazioni emotive significative.

Uno stile genitoriale caratterizzato da minore calore affettivo ed eccessivo controllo è tipico, inoltre, dei disturbi d'ansia generalizzati e del disturbo da attacchi di panico (Silove et al., 1991). In questo studio infatti gli autori, utilizzando il PBI come scala di misura principale per la raccolta di informazioni sulla relazione di attaccamento e strumenti specifici per la raccolta di dati sull'ansia, confermano la relazione esistente tra disturbi d'ansia e stile genitoriale disfunzionale.

Tornando alle psicosi, i soggetti affetti da questi disturbi riportano spesso un sentimento di estraneità e di irrealtà, che conduce ad uno stile di relazione chiuso (Beiser, Erikson, Flemming & Iacono, 1993).

Questa tipologia di relazione, che riproduce quella instaurata nelle primissime fasi di vita con la principale figura di attaccamento, influenza la risposta soggettiva a una serie di eventi ambientali o, in qualche modo, li determina.

Un esempio di quanto sopra detto è rappresentato dalla correlazione tra elevati livelli di Emotività Espressa (EE) nell'ambiente familiare e psicosi.

Questi rappresentano una forma importante di stressor psicosociale caratterizzata da due pattern specifici: il criticismo e l'ipercoinvolgimento (Brown, Birley & Wing, 1972).

Recenti ricerche hanno ipotizzato che l'interazione regolare con carers caratterizzati da alti livelli di EE è una fonte di stress notevole per questi pazienti (Read et al. 2008, Kuipers. et al., 2006).

Alti livelli di emotività espressa in coloro che si occupano dei pazienti psicotici, correlano con un incremento dei livelli di ansia in questi ultimi (Garety et al. 2007; Gleeson et al., 1999; Hooley 1986; Miklowitz et al. 1984; Miklowitz et al. 1989).

D'altro canto, proprio lo stile relazionale chiuso dei pazienti psicotici, potrebbe indurre elevati livelli di emotività espressa nei carers.

Uguualmente, lo stile di attaccamento può determinare la risposta ad eventi traumatici o indurli di per se (separazioni, traumi affettivi, ecc.).

Lo studio del legame tra le esperienze traumatiche vissute nell'infanzia e l'esordio psicotico ha assunto negli ultimi anni sempre maggiore rilevanza. Read et al. (2005) hanno descritto, in un campione di 200 pazienti in comunità, una associazione significativa tra allucinazioni uditive, particolarmente voci a contenuto negativo e di comando, ed abusi sessuali in età infantile.

Goff et al. (1991) hanno suggerito che una storia di CSA (childhood sexual abuse) può contribuire allo sviluppo di una malattia psicotica. È comune per le vittime di abuso vivere esperienze di flashback ed immagini intrusive, anche dopo molti anni (Heins, Gray, & Tennant, 1990; Sansonnet-Hayden, Haley, Marriage, & Fine, 1987).

Inoltre, nuove evidenze dimostrano un'associazione tra PTSD e psicosi, sebbene il meccanismo e la direzione della correlazione non siano ancora stati stabiliti (Morrison 2001; Fowler et al. 1995; Read et al. 2005).

La letteratura riporta tassi di PTSD molto più elevati nei pazienti psicotici (dal 13% ad oltre il 50% a seconda delle metodologie utilizzate) che nella popolazione generale, e un'associazione tra gravità degli eventi traumatici e gravità della sintomatologia psicotica (Mueser et al., 2002).

Funzionamento Premorbo E Psicosi

Kraepelin (1919) e Bleuler (1911, tr. 1950) sono stati i primi a notare che un peggioramento intellettuale e sociale premorbo può precedere un esordio schizofrenico.

Da allora diversi studi ed evidenze si sono accumulate a favore di un importante ruolo giocato dal funzionamento premorbo (sociale ed intellettuale) durante l'infanzia e l'adolescenza come predittore dell'esordio e del decorso di malattia (Davidson et al., 1999; Hafner 2000., Rabinowitz et al., 2000).

Da ciò gli autori hanno dedotto come coloro che presentano uno scarso funzionamento premorbo sociale ed interpersonale, manifestano all'esordio psicotico un più grave deterioramento sociale e sintomi negativi rispetto a soggetti con funzionamento premorbo migliore.

La relazione tra attaccamento e funzionamento premorbo nei pazienti all'esordio psicotico non è stata ancora approfonditamente esplorata e rappresenta un campo di ricerca di notevole interesse, sia per la comprensione dei meccanismi eziopatologici che per la pratica clinica ed, in particolare, la prevenzione delle psicosi.

Presentazione clinica all'esordio e disabilità

I disturbi psicotici sono fra le cause di maggiore disabilità al mondo. Il 75% dei soggetti trattati può conseguire una remissione sintomatologica a 6 mesi, ma solo il 20% riesce ad ottenere un recupero funzionale soddisfacente; la maggior parte presenta delle difficoltà di funzionamento psicosociale ed una bassa qualità della vita.

Gran parte del deterioramento clinico e sociale dei soggetti psicotici si instaura entro i primi 5 anni dall'esordio, il che sta ad indicare che occorre intervenire precocemente nei pazienti al primo episodio psicotico, per ottenere una rapida remissione dei sintomi, prevenire il deterioramento del funzionamento, migliorare le capacità di coping ed adattive, e fornire, al paziente ed ai suoi familiari, informazioni precise su origini, evoluzione e fattori di rischio per possibili ricadute del disturbo.

La psicoterapia cognitivo comportamentale nelle psicosi

Modelli di riferimento

L'efficacia della CBT in aggiunta alla standard care è comprovata da numerosi studi (Kuipers et al., 1998; Tarrier et al. 1998, Garety et al., 2000). Le stesse Linee Guida NICE, hanno appurato come l'importanza della CBT sia cruciale per la riduzione della sintomatologia positiva e per la prevenzione delle ricadute. All'interno dei maggiori trial la CBT viene effettuata da psicoterapeuti appositamente formati ed ha lo scopo di aumentare nel paziente le abilità sociali, la consapevolezza di malattia ed insegnare attraverso tecniche specifiche la gestione delle voci (Garety et al. Early Intervention in Psychosis). Il modello che viene utilizzato in questo tipo di terapia, si basa sulla convinzione sottostante che nei pazienti psicotici siano presenti schemi di base ed errori di ragionamento (quali ad esempio il Jumping to Conclusion) che contribuiscono in modo sostanziale ad una valutazione distorta degli eventi e all'incapacità di generare spiegazioni alternative, trasformando, con una attribuzione esterna, esperienze anomale, in sintomi positivi. Tuttavia la CBT nelle fasi iniziali delle psicosi, non si rivolge soltanto alla sintomatologia positiva, ma ad un insieme di sintomi o di problemi, legati soprattutto alle disfunzioni emozionali e alla sintomatologia negativa, che contribuiscono all'insorgere e al mantenersi del disagio.

Gli autori sottolineano come l'applicazione delle teorie psicologiche cognitive ai sintomi psicotici faciliti il riconoscimento dei collegamenti fra esperienze e convinzioni normali ed esperienze psicotiche che, in questo modo possono cominciare ad acquisire un senso e perdere il loro carattere di inspiegabilità e bizzarria. Infine, è stato evidenziato come soggetti che hanno avuto tali esperienze presentino spesso errori di elaborazione cognitiva sovrapponibili a quelli di pazienti francamente psicotici (Perris, McGorry, 2000) e come in condizioni di incertezza, noi tutti siamo portati a cercare informazioni che confermino le nostre convinzioni (Tversky e Kahnemann, 1974). L'insieme di questi studi sembra dare sostegno all'ipotesi di un continuum fra esperienze normali e deliranti: le credenze deliranti potrebbero derivare da tentativi di dare senso alle proprie esperienze e alla propria vita e sarebbero mantenute e rafforzate da processi cognitivi "normali" come quelli, ad esempio, che si hanno nelle profezie che si autoavverano. I pazienti deliranti, in modo analogo ai soggetti sani, possono andare incontro a errori di giudizio e di ragionamento che danno origine a credenze ben radicate anche se prive di supporto razionale.

Questi elementi di base forniscono al terapeuta una chiave di lettura dell'esperienza delirante che, utilizzando le proprie conoscenze sulle modalità di formazione delle credenze sia nei soggetti normali che in condizioni patologiche, può riuscire a dare un significato ad esperienze bizzarre che sembrano essere prive di senso. In questa prospettiva, i deliri sono credenze, ovvero mini teorie sull'esperienza e sul mondo. Secondo Fowler, Garety e Kuipers (1995) i principi fondamentali della prospettiva cognitiva delle psicosi, possono essere riassunti come segue:

- a. Può essere utile considerare la situazione di vita di una persona affetta da psicosi come risultato dei tentativi di far fronte ad una disfunzione biologica.
- b. Numerosi processi, diversi da caso a caso, possono contribuire alla formazione e al mantenimento dei sintomi psicotici. Diventa pertanto necessario operare una valutazione del singolo caso: capire come i diversi sintomi varino nel tempo e si influenzino a vicenda è un obiettivo primario della valutazione cognitivo-comportamentale, che può indicare la relativa importanza dei fattori biologici e psicosociali
- c. La psicosi viene vissuta dai pazienti come alterazione dei pensieri e delle emozioni, alterazione che tendono ad attribuire a cambiamenti non loro, ma del mondo circostante. Diventa importante considerare i vissuti soggettivi del disturbo psicotico e spiegare al paziente il disturbo in chiave cognitiva, come tendenza a commettere errori di giudizio nel tentativo di dare un senso a eventi sociali e a sensazioni somatiche insoliti e anche ai propri pensieri ed emozioni. Questa ridefinizione ha il vantaggio di descrivere il paziente psicotico come una persona razionale, anche se portata (come tutti) a commettere errori di giudizio su di sé e sul mondo. Compito del terapeuta è aiutare il paziente, utilizzando un approccio basato sulla collaborazione piuttosto che sulla opposizione o il conflitto, ad osservare i suoi problemi da punti di vista meno disfunzionali.

Il coinvolgimento della famiglia del paziente psicotico: la psicoeducazione

I familiari sono un'importante fonte di supporto per i pazienti. Giocano un ruolo centrale nella cura del paziente, nel recupero e nel rispondere alle aree di bisogni non soddisfatti (Addington et al., 2005; Szmukler et al., 2003). Hanno un ruolo importante nel migliorare l'aderenza al trattamento (Garcia et al 2006), nell'identificare segni precoci di ricadute (Guest & Burns, 2001) e nel facilitare l'accesso dei pazienti ai servizi nelle fasi precoci di malattia (Morgan et al. 2006; de Haan et al 2002).

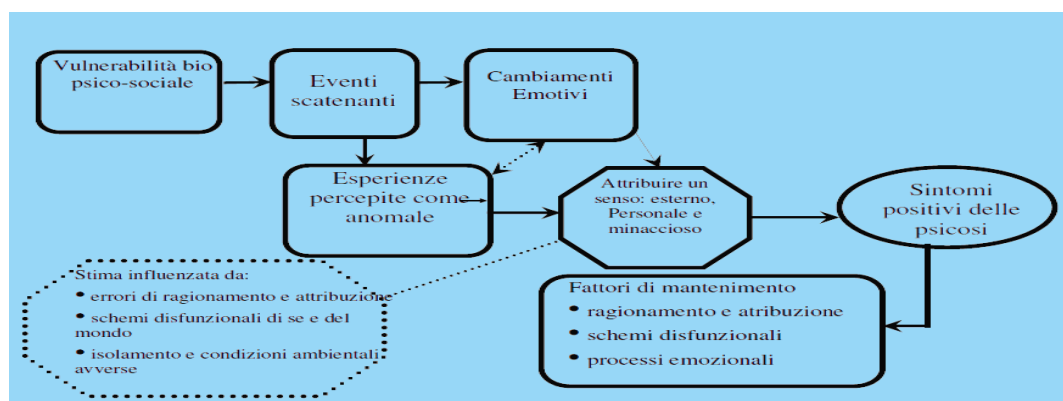


Figura 2. Modello vulnerabilità' stress per le psicosi (Garety et al.,2000)

Il coinvolgimento della famiglia del paziente psicotico: la psicoeducazione

I familiari sono un'importante fonte di supporto per i pazienti. Giocano un ruolo centrale nella cura del paziente, nel recupero e nel rispondere alle aree di bisogni non soddisfatti (Addington et al., 2005; Szmukler et al., 2003). Hanno un ruolo importante nel migliorare l'aderenza al trattamento (Garcia et al 2006), nell'identificare segni precoci di ricadute (Guest & Burns, 2001) e nel facilitare l'accesso dei pazienti ai servizi nelle fasi precoci di malattia (Morgan et al. 2006; de Haan et al 2002).

I pazienti tendono ad ottenere esiti migliori (es. QoL, sintomi più attenuati,) e diminuire l'uso dei servizi, quando hanno dei carer che si prendono cura di loro.

I familiari spesso tendono ad avere delle emozioni che sono cruciali nel loro esprimersi, per esempio la perdita (es. di figli, obiettivi, vita sociale), la rabbia (es. limitazioni nella vita, paziente che non lavora abbastanza sodo per migliorare es. usa droghe), la colpa (rabbia, auto accusa relativa alla causa di malattia), l'isolamento e la perdita di supporto, lo stigma, lo stress (fisico ed emotivo), l'impatto di malattia sugli altri membri della famiglia/ e nelle relazioni con gli altri ed infine il timore relativo a chi si prenderà cura del paziente quando loro non saranno più in grado.

Alti livelli di criticismo e ostilità nei familiari si associano ad attribuzioni interne di responsabilità – i carer attribuiscono colpa & responsabilità ai pazienti per i loro sintomi (Hooley & Campbell, 2002). Inoltre i curanti con povere conoscenze sulle psicosi e sulle credenze pessimistiche di malattia tendono ad avere un maggiore livello di emotività espressa. (Bentsen et al., 1998; Lobban et al. 2005). Per tutti questi motivi, è altamente raccomandato dalle linee guida NICE, condurre a lato della CBT, una psicoeducazione mirata al sostegno e all'informazione nonché alle tecniche di problem solving per gestire il familiare psicotico.

Implicazioni per la ricerca e la pratica clinica

Individuare stili genitoriali che correlino con un maggiore rischio di sviluppare nell'età adulta una patologia psicotica sarebbe estremamente rilevante dal punto di vista clinico. Ciò consentirebbe di sviluppare interventi psicoeducativi mirati per le famiglie svolgendo un'azione di prevenzione primaria. Inoltre l'individuazione di stili genitoriali disfunzionali consentirebbe di migliorare gli interventi sociali sulle famiglie problematiche. Sarebbe necessario a tale scopo condurre uno studio comparativo tra soggetti psicotici e popolazione generale, al fine di osservare come si distribuisce la popolazione non clinica rispetto ai quadranti di Parker. Molto ancora resta da fare nell'ambito della ricerca in questo campo. Studi prospettici che tengano conto dello stile genitoriale e di altre variabili potrebbero essere estremamente utili per la comprensione del ruolo della relazione madre-figlio come fattore di rischio o fattore protettivo per lo sviluppo della patologia psicotica.

Conclusioni

Lo stile di attaccamento gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo delle psicosi e di altre forme di disturbi psichici, ed è pertanto utile valutarlo (Dozier, 1990).

La teoria dell'attaccamento può essere un'utile strumento per la comprensione dei patterns di difficoltà interpersonali nelle psicosi (Berry K. et al., 2008).

È noto che la qualità della relazione tra il bambino e chi lo accudisce plasma la rappresentazione mentale di sé, dell'altro e della relazione, interferendo con la modalità con cui il soggetto affronterà in seguito gli eventi della vita.

Negli ultimi anni si è fatta strada l'ipotesi che il PTSD (disturbo post traumatico da stress), possa essere legato allo sviluppo di una psicosi, anche se il meccanismo di correlazione non è ancora chiaro (Morrison 2001; Fowler et al. 1995; Read et al. 2005). Sappiamo che i sintomi post traumatici, come il ricordo intrusivo di esperienze, si rilevano in una percentuale che va dall' 11% al 67% dei pazienti psicotici in fase di miglioramento (Morrison et al., 2003). Anche se esiste un numero limitato di studi sul primo episodio di psicosi, gli autori concordano che in questa popolazione specifica di pazienti le percentuali sono elevate e prossime al 35% (1 in 3). Uno stile di attaccamento disfunzionale potrebbe conferire al soggetto una maggiore vulnerabilità agli eventi di vita, spiegando la così elevata presenza di sintomi post traumatici nei soggetti psicotici. Questo dato oltre a confermare il valore dell'esperienza traumatica, nel senso lato del termine, (dal trauma psichico, all'abuso sessuale, al PTSD) pone l'accento sull'importanza fondamentale delle prime relazioni con le figure genitoriali e su quanto, qualsiasi deviazione in questa delicata quanto fondamentale relazione tra figura di attaccamento e figlio, costituisca fattore di rischio per l'insorgenza della malattia mentale.

Il ruolo dello stile di attaccamento potrebbe rivelarsi fin dalle prime fasi dello sviluppo, evidenziando un deficit di funzionamento nei soggetti che abbiano sviluppato uno stile di attaccamento disfunzionale con la figura di riferimento principale.

Nella tesina, abbiamo visto come i patterns di attaccamento insicuro (affectionless control) abbiano una relazione eziopatologica con le psicosi ed abbiamo inoltre osservato che la combinazione di accudimento/controllo influisca sul funzionamento nelle prime fasi dello sviluppo. La panoramica sulla letteratura internazionale, conferma l'importanza dello stile di relazione genitoriale, in particolare quello materno, nel condizionare le fasi di vita premorbose dei pazienti che sviluppano una psicosi. E' necessario tenere presente comunque che i fattori di vulnerabilità per la psicosi sono molteplici e caratterizzati da legami complessi e in larga misura ancora da esplorare. Molte altre variabili, sia dell'ambiente familiare, come alti livelli di emotività espressa, che sociale, correlano con la patologia psicotica. Appare evidente come la relazione che si instaura nelle fasi di vita precoci sia elemento fondamentale nel determinare la personalità dell'individuo ed è senza dubbio opportuno ed auspicabile l'avvio di iniziative di educazione alla genitorialità.

“Una caratteristica fondamentale è il concetto di chi siano le figure di attaccamento, di dove le si possa trovare, e di come ci si può aspettare che reagiscano. Analogamente, nel modello operativo del Sè che ciascuno si costruisce, una caratteristica fondamentale è il concetto di quanto si sia accettabili o inaccettabili agli occhi delle figure di attaccamento. Sulla struttura di questi modelli complementari l'individuo basa le sue previsioni di quanto le sue figure di attaccamento potranno essere accessibili e responsive se egli si rivolgerà a loro per aiuto... Dalla struttura di quei modelli dipende inoltre la fiducia che le sue figure di attaccamento

siano in genere facilmente disponibili e la paura più o meno grande, che non lo siano” (J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Torino, Boringhieri, 1975).

Bibliografia

- Addington J., Van Mastrig S. & Addington D. (2003). Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: initial presentations. *Schizophrenia research* 62:23-30.
- Ainsworth M.D.S. (1978). *Patterns of Attachment*. N.J.
- Amminger G.P., Resh F., Mutschlecher R., Fredrich M.H. & Ernst E. (1997). Premorbid adjustment and remission of positive symptoms in first episode schizophrenia. *European Child and Adolescent Psychiatry* 6: 22-218.
- Bebbington P.E., Bhugra D., Brugha T., Farrell M., Lewis G., Meltzer H Jenkins R. Lewis G. & Meltzer H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the Second British National Survey of Psychiatric Epidemiology. *British Journal of Psychiatry* 185, 220-226
- Beiser M, Erickson D, Fleming JA, Iacono WG. (1993). Establishing the onset of psychotic illness. *American Journal of Psychiatry* 150:1349-54
- Berry K., Band R., Corcoran R., Barrowclough C., Wearden A. (2007). Attachment styles, earlier interpersonal relationship and schizotypy in a non clinical sample. *Psychological Psychotherapy*.
- Berry K., Barrowclough C., Wearden A. (2006). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychological Review* 4: 458-475.
- Berry K, Barrowclough C, Wearden A. (2008). Attachment theory: a framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research Therapy*. 46:1275-82.
- Bleuler E., (1991, tr.1950). *Dementia Praecox or Group of Schizophrenias*. Madison, CT: International University Press.
- Bolton, C., Calam, R., Barrowclough, C., Peters, S., Roberts, J., Wearden, A., et al. (2003). Expressed emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:242-254
- Bowlby J. (1951). *Cure materne ed igiene mentale del fanciullo*. Giunti. Firenze.
- Bowlby J. (1969,). *Attachment and loss*, vol.1. Harmondsworth: Penguin.
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and loss Volume 2: Separation, anxiety and anger*. London:
- Bowlby, J. (1980): *Attachment and loss Volume 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982): *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Brown GW, Birley JL, Wing JK. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry* 121:241-58
- Cannon-Spoor H.E., Potkin S.G. & Wyatt R.J. (1982). Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 8, 470-484.
- Carpiniello B, Carta MG. (2002). Disability in schizophrenia. Intrinsic factors and prediction of psychosocial outcome. An analysis of literature. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11:45-58. Review. Italian.
- Castle D.J., Sham P. & Murray R. (1998). Differences in distribution of ages of onset in males and females with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 33:179-183.
- Castle D.J., Murray R.M. (1991). The neurodevelopment basis of sex differences in schizophrenia. *Psychological Medicine* 21: 565-575.
- Cois A., Congia P. Portas M. (2002), *Doppia diagnosi e trattamento in comunità terapeutica: considerazioni sui predittori di ritenzione*, 1° congresso Nazionale su disturbi mentali e tossicodipendenza, Chia Laguna, Domus De Maria (CA).
- Davidson M., Reichenberg A., Rabinowitz J., Weiser M., Kaplan Z. & Mark M. (1999). Behavioural and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescence. *American Journal of Psychiatry* 156: 1328-1335.
- Dozier, M.K., Stovall, K.C., & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 497-519). New York: Guilford Press
- Favaretto E., Torresani S. & Zimmerman C. (2001). Further results on the reliability of the Parental Bonding Instruments (PBI) in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents. *Journal of Clinical Psychology* 57: 119-129.

- Fisher HL, Craig TK, Fearon P, Morgan K, Dazzan P, Lappin J, Hutchinson G, Doody GA, Jones PB, McGuffin P, Murray RM, Leff J, Morgan C.(2009).Reliability and Comparability of Psychosis Patients' Retrospective Reports of Childhood Abuse. *Schizophrenia Bulletin*- Oct 7.
- Fowler, D., Garety, P. A., Kuipers, L. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Wiley: Chichester.
- Freeman J. (2002). The nurse's role in managing psychosis. Lambeth Early Onset (LEO) Unit, Lambeth Hospital, South London. *Nurs Times*. 39:40-1.
- Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington P. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology* 41:331-47
- Fromm-Reichmann F.(1948). Notes on the Treatment of Schizophrenia by Psychoanalytic. *Psychotherapy, Psychiatry*, 2: 266-267,.
- Garety PA., Bebbington P., Fowler D., Freeman D., Kuipers E.(2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological Medicine* 37:1377-91.
- Gleeson, J., Jackson, H. J., Stavelly, H., & Burnett, P. (1999). Family intervention in early psychosis. In P. D. McGorry & H. J. Jackson (Eds.), *Recognition and management of early psychosis* (pp. 376–406). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. (2000). *Schizophrenia Bulletin*. 26(1):73-86.
- Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients (1991). *Psychiatry Research*, 37(1):73-80.
- Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Strachan AM, Doane JA, Nuechterlein KH, Feingold D. (1989). Patterns of expressed emotion and patient coping styles that characterise the families of recent onset schizophrenics. *British Journal of Psychiatry Suppl.* Jul;(5):107-11
- Hafner H. (2000). Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 102: 44-48.
- Harvey P.D. (2001). Vulnerability to schizophrenia. In R.E. Ingram & J.M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan*. New York: Guilford Press.
- Hegeland M.I. & Torgersen S. (1997). Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian Journal of Psychology* 38: 39-43.
- Heins T, Gray A, Tennant M. 1990. Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. *Aust N Z J Psychiatry*24(4):561-5.
- Hill J, Davis R, Byatt M, Burnside E, Rollinson L, Fear S.(2000). Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. *Psychological Medicine* 30:1283-91
- Hooley JM,1986. Expressed emotion and depression: interactions between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology* 95(3):237-46.
- Horowitz M., Wilner N. & Kaltreider N. (1980). Signs and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 37, 85-92.
- Janssen I, Krabbendam L., Hanssen M., Bak M., Vollebergh W, de GraafR & van Os J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, 38-45.
- Janssen I, Krabbendam L., Hanssen M., Bak M., Vollebergh W., De Graaf R. & van Os J. (2005). Are apparent associations between parental representations and psychosis risk mediated by early trauma? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112: 372-375.
- Kay S.R., Fiszbein A. & Oplen L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13: 261-276.
- Kraepelin E. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. GM Robertson (Ed). Edinburgh: E. & S. Livingstone.
- Kuipers E., Bebbington P., Dunn G., Fowler D., Freeman D., Watson P., Hardy A., Garety P. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry* 188:173-9
- Larkin W. & Morrison A.P. (Eds) (2006). *Trauma and Psychosis: New Directions for Theory and Therapy*. Routledge: London
- Larsen T.K., Friis S., Haahr U., Johannessen J.O., Melle I., Opjordsmoen S., Rund B.R., Simonsen E., Vaglum P. & McGlashan T.H. (2004). Premorbid adjustment in first-episode non-affective psychosis: distinct patterns of pre-onset course. *British Journal of Psychiatry* 185: 108-115.
- Lorenz K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt del Vogels_Companionship in Bird Life. In Sciller, C.H. (a cura di), *Instinctive Behaviour*. International Universities Press, New York, pp.83-128

- Mason O., Startup M., Halpin S., Schall U., Conrad A. & Carr V. (2004). Risk factors for transition to first episode psychosis amongst individuals with 'at risk mental states'. *Schizophrenia Research* 71: 227-237.
- McCreadie R.G., Williamson D.J., Athawes R.W. Connolly M.A. & Tilak-Singh D. (1994). The Nithsdale schizophrenia surveys. XIII. Parental rearing patterns, current symptomatology and relative's expressed emotion. *British Journal of Psychiatry* 165: 347-352.
- McGrath LM, Pennington BF, Willcutt EG, Boada R, Shriberg LD, Smith SD. (2007). Gene x Environment interactions in speech sound disorder predict language and preliteracy outcomes. *Develop Psychopathology* 19(4):1047-72.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Falloon IR, Doane JA. (1984). Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*. 144:482-7.
- Modestin J, Soult J, Malti T. (2004). Correlates of coping styles in psychotic illness. *Psychopathology* 37:175-80.
- Moreau C. & Zisook S. (2002). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 25, 775-790
- Morrison A. P., Frame L., Warren L. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology* 42:331-353
- Mulligan A, Lavender T. An investigation into the relationship between attachment, gender and recovery from psychosis in a stable community-based sample.(2009). *Clinical Psychology Psychotherapy*- 23
- Norman R.M.G., Malla A.K., Manchanda R. & Townsend L. (2005). Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112: 30-39.
- Norman R.M.G., Lewis S.W. & Marshall M. (2005). Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *British Journal of Psychiatry* 187 (suppl.48): 19-23.
- Pancheri P., Brugnoti R., Delle Chiaie R., Marconi P.L. & Petrucci R.M. (1995). Valutazione dimensionale della sintomatologia schizofrenica. Validazione della versione italiana della Scala per la valutazione dei Sintomi Positivi e Negativi (PANSS). *Giornale Italiano di Psicopatologia* 1, 60-76
- Parker G., Fairley M., Greenwood J., Jurd S.& Silove D. (1982). Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 141: 573-581.
- Parker G., Tupling H & Brown L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52: 1-10.
- Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT.(2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 26(2):132-44.
- Rabinowitz J., Reichenberg A., Weiser M., Mark M., Kaplan Z. & Davidson M. (2000). Cognitive and personality functioning during the decade prior to first hospitalization and early course of psychotic illness. *British Journal of Psychiatry* 177: 26-32.
- Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112: 330-350
- Read J., Larkin W. (2008). Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *Journal of Postgraduate Medicine* 54:287-93
- Rollinson R, Haig C, Warner R, Garety P, Kuipers E, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Fowler D. (2007) The application of cognitive-behavioral therapy for psychosis in clinical and research settings. *Psychiatric Service*. 58(10):1297-302.
- Rosenblatt J.S., Siegel HL., Meyer AD. (1979). Progress in the study of maternal behaviour in the rat: hormonal, non hormonal, sensory and development aspects'. Vol 10; 225-311
- Salem J.E. & Kring A.M. (1998). The role of gender differences in the reduction of etiological heterogeneity in schizophrenia. *Clinical Psychological Review* 18: 795-819.
- Sansonnet-Hayden H, Haley G, Marriage K, Fine S. (1987). Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26(5):753-7.
- Shevlin M., Dorahy M.J. & Adamson G. (2007). Trauma and Psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 164, 166-169
- Silove D, Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Manicavasagar V, Blaszczyński A. (1991).Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 159:835-41.
- Skagerlind L., Perris C. & Eisemann M. (1996). Perceived parental rearing behaviour in patients with a schizophrenic disorder and its relationship to aspect of the course of the illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93: 403-406.
- Tait L., Birchwood M. & Trower P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *British Journal of Psychiatry* 185: 410-415.

- Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, Kuipers E, Sharma T. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 177:529-33.
- Torgalsboen A.K. (1999). Full recovery from schizophrenia: the prognostic role of premorbid adjustment symptoms at first admission, precipitating events and gender. *Psychiatry Research* 88: 143-152.
- Van der Hart O, Brown P. (1990). Concept of psychological trauma. *Am J Psychiatry*. Dec;147(12):1691.
- Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F.S., McFarlane A. & Herman J.L. (1996b). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry* 153, Suppl. 7, 83-93
- Vaughn C., Leff J., Sarnier M.J (1999). Relatives' expressed emotion and the course of inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research* 47:461-9.
- Ventura J., Green M., Shaner A. & Liberman R. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: the drift busters. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 3: 221-244.
- World Health Organization: WHO psychiatric disability assessment schedule (WHO/DAS). WHO, Geneva, 1985.

Sarah Bissoli

Training sede di Verona

e-mail: sarahsaviana.bissoli@univr.it

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