

Trattamento dei sintomi positivi della schizofrenia

Chiara Moreschi¹

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Unità Operativa di Psichiatria - Asl di Vallecamonica-Sebino

Riassunto

L'evoluzione delle terapie di tipo cognitivo per il trattamento della schizofrenia si è avuta in un periodo cruciale nella storia delle terapie psichiatriche, caratterizzato da un netto progresso delle conoscenze sul funzionamento neurocognitivo e sulle tecniche di trattamento delle psicosi.

Sebbene a partire dal concetto di *demenza praecox* di Kraepelin (1919) si sia tentato di individuare una disfunzione cerebrale che spieghi l'eziologia della schizofrenia, tale approccio si è dimostrato riduttivo.

Numerose ricerche di tipo genetico, farmacologico, neurofisiologico dimostrano chiaramente l'importanza dei fattori biologici nelle psicosi, ma tali fattori non sono di per sé sufficienti a spiegarne l'eziologia; per comprendere meglio l'insorgenza ed il decorso dei sintomi psicotici è necessario prendere in considerazione come anche fattori psicologici e sociali interagiscano con una predisposizione biologica (modelli "stress-vulnerabilità").

Analogamente, il trattamento della schizofrenia non può limitarsi ad affrontare in modo riduzionistico una sola componente del disturbo, ma deve orientarsi verso un approccio biopsicosociale integrato, che comprenda aspetti farmacologici, psicoterapici e riabilitativi e tenga conto di una molteplicità di aree d'intervento (individuali, familiari e sociali).

Scopo del presente lavoro è quello di illustrare i principali modelli di terapia cognitivo-comportamentale (TCC) applicati alla schizofrenia, con particolare riferimento al trattamento dei sintomi positivi (deliri e allucinazioni).

Classificazioni diagnostiche

Il DSM-IV TR include nella sezione "Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici" numerosi disturbi accomunati dalla presenza di sintomi psicotici. "Il termine *psicotico* ha ricevuto storicamente una quantità di definizioni differenti, nessuna delle quali ha raggiunto un'accettazione universale.

La definizione più ristretta del termine psicotico è limitata ai deliri o alle allucinazioni rilevanti, quando queste ultime si verificano senza consapevolezza da parte del soggetto della loro natura patologica" (DSM-IV TR, pag. 325).

Deliri e allucinazioni sono identificati dal DSM-IV TR come sintomi caratteristici della schizofrenia (vedi tabella 1).

<p>A. <i>Sintomi caratteristici</i>: due (o più) dei sintomi seguenti, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo):</p> <ol style="list-style-type: none">1) Deliri2) Allucinazioni3) Eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)4) Comportamento grossolanamente disorganizzato5) Sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia. <p>Nota: è richiesto un solo sintomo del Criterio A se i deliri sono bizzarri, o se le allucinazioni consistono di una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto, o di due o più voci che conversano fra loro.</p> <p>B. <i>Disfunzione sociale/lavorativa</i>: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta un'incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile).</p> <p>C. <i>Durata</i>: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfino il Criterio A (cioè sintomi della fase attiva) e può includere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestati soltanto da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).</p> <p>D. <i>Esclusione dei Disturbi Schizoaffettivo e dell'Umore</i>: il Disturbo Schizoaffettivo e il Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche sono stati esclusi poiché: (1) nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva; (2) oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase dei sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo o residuo.</p> <p>E. <i>Esclusione di sostanze e di una condizione medica generale</i>: il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o una condizione medica generale.</p> <p>F. <i>Relazione con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo</i>: se c'è una storia di Disturbo Autistico o di Altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, la diagnosi addizionale di Schizofrenia si fa soltanto se sono pure presenti deliri o allucinazioni rilevanti per almeno un mese (o meno se trattati con successo).</p>

Tabella 1. Criteri diagnostici per la Schizofrenia (tratto dal DSM-IV TR.)

Nel 1980 T.J. Crow ha proposto una distinzione dei pazienti schizofrenici in tipo I e di tipo II, in base alla presenza di sintomi positivi per il tipo I (deliri e allucinazioni) e di sintomi negativi per il tipo II (appiattimento affettivo, alogia, abulia, blocco mentale, scarsa cura di sé, isolamento sociale, anedonia) (Kaplan & Sadock, 2001). Una terza categoria, quella disorganizzata, è stata aggiunta in seguito ed include la disorganizzazione del linguaggio e del comportamento, deficit cognitivi e dell'attenzione. Seguendo tale classificazione, i sintomi psicotici possono essere raggruppati in tre dimensioni principali:

- La prima dimensione fa riferimento ad una trasformazione della realtà; sul piano clinico si manifesta con l'ampia gamma dei sintomi positivi (deliri e allucinazioni);

- La seconda dimensione è rappresentata dall'impoverimento ideaffettivo e si esprime sul piano clinico con i sintomi negativi (anaffettività, abulia, apatia, ritiro sociale, pianificazione degli scopi pressoché assente);
- La terza dimensione è rappresentata dalla disorganizzazione, con alterazioni linguistiche e di ragionamento che appare illogico e caotico.

Nel presente lavoro, il termine “sintomi positivi” verrà utilizzato per indicare deliri e allucinazioni.

Considerazioni critiche sulla diagnosi

Sebbene lo sviluppo di sistemi diagnostici condivisi rappresenti un importante progresso che consente di raggiungere un accordo sui termini “schizofrenia” o “psicosi” dal punto di vista dell'individuazione dei pazienti e del confronto dei risultati delle ricerche, sul piano clinico l'uso di tali diagnosi per definire i processi sottostanti al disturbo, i fattori causali specifici, gli esiti o le risposte al trattamento è assai limitata. In tal senso Perris (2000) sottolinea come sotto il termine “schizofrenia” confluiscono molti sottogruppi eziologici e patogenetici di malattie che non si è ancora in grado di distinguere e che possono presentare una sintomatologia comune. Propone quindi di sostituire il termine schizofrenia con “disturbo o sindrome di tipo schizofrenico” e di collocare tale sindrome su un continuum con l'esperienza normale. Analogamente Chadwick, Birchwood e Trower (1997) ritengono che l'aver considerato la schizofrenia un concetto unitario per descrivere certi sintomi (deliri, allucinazioni, disturbi del pensiero, ecc.) al di fuori del funzionamento psicologico ordinario, abbia rallentato la possibilità di applicare la teoria e la terapia cognitive al trattamento delle psicosi. A tal proposito sottolineano come, dal punto di vista scientifico, l'utilità e la validità di una diagnosi possano essere valutate in base alla capacità di fornire al clinico: la prognosi probabile per le persone che rispondono ai criteri diagnostici; informazioni sull'eziologia del disturbo; indicazioni sul trattamento più adeguato. Dal momento che il concetto di schizofrenia tradizionalmente inteso nell'attualità non sembra fornire al clinico informazioni decisive in nessuno dei tre punti sopra citati, gli autori propongono di affrontare i fenomeni psicotici studiando i singoli sintomi, in modo da facilitarne l'esplorazione sul piano psicologico e psicoterapico. L'approccio è quindi quello di considerare le voci ed i deliri come normali principi psicologici, dando una maggiore attenzione ai tentativi della persona di dare una spiegazione all'esperienza individuale, anche alla luce della propria storia.

Eziologia della schizofrenia: i modelli stress-vulnerabilità

Sebbene a partire dal concetto di *dementia praecox* di Kraepelin (1919) si sia tentato di individuare una disfunzione cerebrale che spieghi l'eziologia della schizofrenia, tale approccio si è dimostrato riduttivo. Numerose ricerche di tipo genetico, farmacologico, neurofisiologico dimostrano chiaramente l'importanza dei fattori biologici nelle psicosi, ma tali fattori non sono di per sé sufficienti a spiegarne l'eziologia; per

comprendere meglio l'insorgenza ed il decorso dei sintomi psicotici è necessario prendere in considerazione come anche fattori psicologici e sociali possano interagire con una predisposizione biologica.

Molte ricerche disponibili sull'eziologia della schizofrenia sono coerenti con un modello di malattia "stress-vulnerabilità" (Nuechterlein e Dawson 1984), un modello che integra le attuali conclusioni di ordine biologico, psicologico e sociale. I modelli "stress-vulnerabilità" dei disturbi psicotici rappresentano una via di uscita nel dibattito serrato fra teorie psicosociali (che ignorano o sottostimano l'importanza dei fattori biologici) e teorie biologiche (che ignorano o sottostimano l'importanza dei fattori psicologici o sociali.) Esistono vari modelli "stress-vulnerabilità" molto simili fra loro per ciò che riguarda lo sviluppo della patologia, sebbene ci siano alcune differenze nell'importanza data ai diversi elementi (Zubin e Spring, 1977; Strauss e Carpenter, 1981; Neuecheterlein 1987; Ciompi, 1988; Perris 1989). Per definire meglio il concetto di vulnerabilità individuale, i modelli prendono in considerazione i possibili fattori neurobiologici (alla base delle anomalie cognitive e percettive dell'individuo vi sono alterazioni strutturali del cervello, ereditate e/o acquisite, oppure deficit nell'elaborazione dell'informazione - si può trattare di alterazioni genetiche, traumi alla nascita, traumi cranici, malattie virali, deficit neurofisiologici) per poi cercare di comprendere come tali alterazioni interagiscano con fattori stressanti di tipo sociale (ad es. subire critiche continue o comportamenti invadenti in famiglia, scarso sostegno o ostilità da parte dell'ambiente, emarginazione, isolamento sociale...) e con i processi psicologici attraverso i quali un individuo impara a conoscere l'ambiente e ad interagire con esso. Tutti i modelli "stress-vulnerabilità" ipotizzano quindi che l'insorgere della patologia non sia ascrivibile ad un solo fattore (che non può essere considerato di per sé necessario e sufficiente), ma derivi dalle interazioni continue tra geni, ambiente e processi intrapsichici. Mettere l'accento sui processi interattivi non soltanto pone attenzione al potenziamento reciproco tra i vari fattori, ma anche agli effetti di neutralizzazione fra di essi che possono incrementare la capacità di recupero dei pazienti di fronte alle esperienze negative. In tal senso, il concetto di interazione, assieme al riconoscimento della vulnerabilità individuale, consente di porre in una prospettiva corretta anche l'impatto degli eventi di vita sulla persona. "Ciascun soggetto è vulnerabile in maniera idiosincratca ad eventi particolari, che possono essere invece del tutto indifferenti per un altro soggetto (...) Questo si accorda ovviamente con quanto ogni psicoterapeuta cognitivista conosce bene: è il significato che ciascuno dà agli eventi che alla fine determina la gravità del carico dello stress". (Perris, 2000 pag. 27-28) Ne deriva che, sul piano terapeutico diventa importante scegliere interventi integrati, orientati non solo a mitigare l'impatto dei fattori esterni alla persona (ad esempio attraverso interventi per il potenziamento delle strategie di coping, o interventi di riduzione dell'emotività espressa e delle critiche in famiglia), ma anche a modulare gli assunti di base

disfunzionali di sé e delle relazioni con l'altro che la persona ha maturato nel corso dello sviluppo (a partire dalle relazioni precoci).

Quali trattamenti per la schizofrenia?

Da tutto quanto sopra esposto, consegue che il trattamento della schizofrenia non può limitarsi ad affrontare in modo riduzionistico una sola componente del disturbo, ma deve orientarsi verso un approccio biopsicosociale integrato, che comprenda aspetti farmacologici, psicoterapici e riabilitativi e tenga conto di una molteplicità di aree d'intervento. Qui di seguito è riportato uno schema riassuntivo degli interventi possibili (Fig.1)

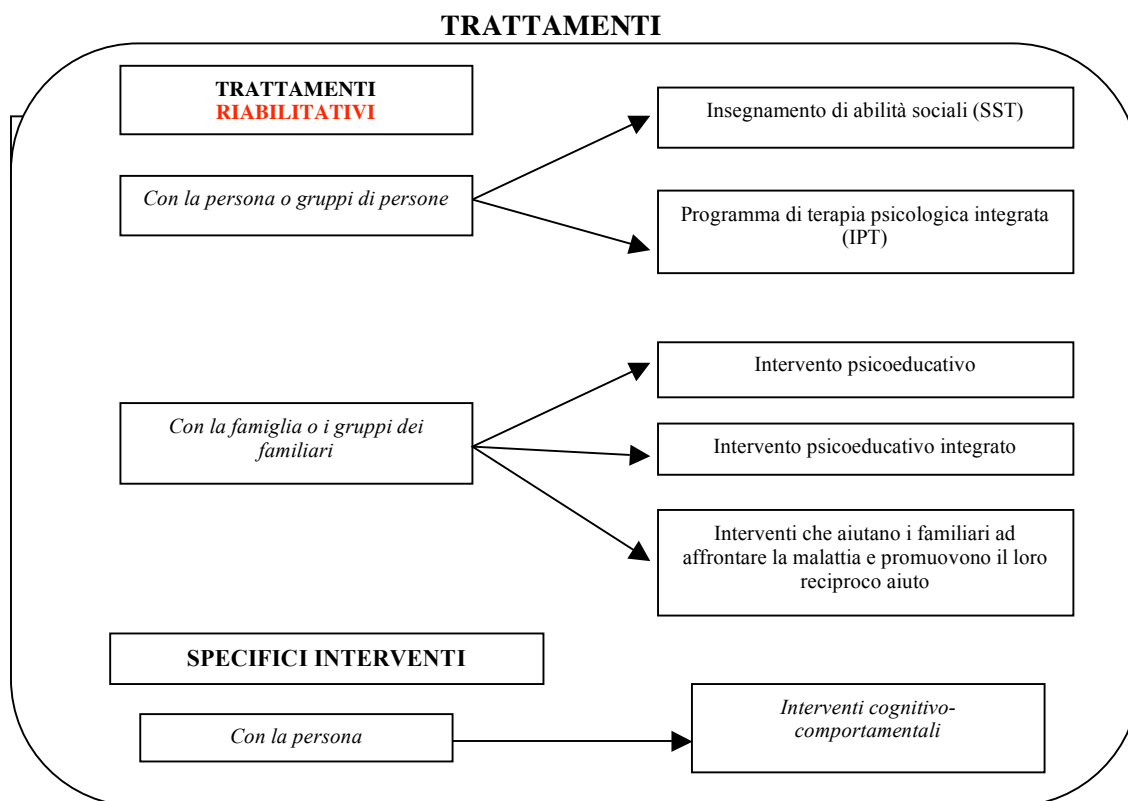


Fig. 1 Schema tratto da: Merlini M. "Principi della riabilitazione e interventi Terapeutici in Comunità", 2003 – 2004.

La descrizione e l'analisi degli interventi riabilitativi sui pazienti schizofrenici o sui loro familiari esulano dagli obiettivi del presente lavoro, pur rappresentando una componente importante del trattamento del paziente grave. In questa sede si prenderanno in considerazione i principali modelli di matrice cognitivo-comportamentale applicati alla schizofrenia, con particolare riferimento al trattamento dei sintomi positivi (deliri e allucinazioni).

Breve storia della psicoterapia della schizofrenia

I primi tentativi di sviluppare una "terapia basata sul dialogo" per la schizofrenia sono probabilmente ascrivibili alla "psicobiologia" di Adolf Meyer (1950). Meyer riteneva che il decorso delle psicosi, così

come di altre patologie psichiatriche, potesse essere meglio compreso se considerato alla luce della storia di vita della persona, come “reazione funzionale all’interazione della persona con l’ambiente” (Perris, 2000 pag. 3). Harry Stack Sullivan (1962) nella sua “psicoterapia interpersonale”, applicata a pazienti con psicosi acuta ricoverati nell’ospedale di Sheppard-Pratt negli anni ’20, considerava la schizofrenia come un disturbo nella capacità del soggetto di interagire con gli altri, non su base biologica, ma come conseguenza della storia delle interazioni pregresse fra il paziente e le persone per lui significative. Frieda Fromm-Reichmann (1960) integrò le teorie di Sullivan con i concetti psicanalitici più classici, dando il via al filone della psicoterapia psicodinamica delle psicosi. Il modello psicodinamico tradizionale era, almeno nella sua forma iniziale, molto vicino alla psicanalisi: la patologia veniva considerata come la conseguenza di un conflitto psicologico fra pulsioni libidiche da un lato e desideri della realtà e della coscienza dall’altro. Tale conflitto dava luogo a delle difese contro le pulsioni libidiche, che spesso si manifestavano sottoforma di sintomi. Le differenze fra psicosi e nevrosi erano pertanto solo di tipo quantitativo e non qualitativo: i sintomi schizofrenici erano la risultante di conflitti più marcati e di difese più primitive che portavano alla rottura dell’esame di realtà. La mente del paziente schizofrenico sarebbe regredita agli stadi più precoci dello sviluppo ed il livello della fissazione determinato dai traumi psicologici passati. In base a questo modello, nonostante alcune variazioni, le strategie e le tecniche terapeutiche utilizzate per il trattamento dei pazienti psicotici erano sovrapponibili a quelle utilizzate dalla psicanalisi classica per il trattamento delle nevrosi. L’obiettivo dell’analisi era quello di sbloccare la fissazione dello sviluppo del paziente favorendo l’insight e l’elaborazione del conflitto, in modo da favorire una normale crescita emotiva.

Il passaggio dalla psicoterapia psicodinamica alla psicoterapia di supporto inizia alla fine degli anni ’50 con l’introduzione della clorpromazina nel trattamento delle psicosi. L’efficacia dei farmaci neurolettici, oltre a rendere disponibili nuove modalità di trattamento, ha favorito un cambiamento di paradigma nella concezione della schizofrenia, suggerendo un fattore somatico alla base della patologia; tale ipotesi, successivamente rafforzata da studi genetici, ha dato origine al modello mentale della “diatesi-stress” secondo il quale la patologia sarebbe l’esito dell’interazione fra vulnerabilità biologica alla psicosi ed esperienze stressanti. Ricerche empiriche condotte negli anni ’60 e ’70 hanno promosso la transizione ai trattamenti biologici e all’eziologia biologica delle psicosi e, dimostrando l’indubbia efficacia delle terapie farmacologiche (a discapito delle psicoterapie di orientamento dinamico) hanno favorito la rimedicalizzazione della relazione terapeutica. (Perris, Merlo e Brenner, 2005)

“La terapia passa quindi dall’analista che lavora con il paziente, al medico che “supporta” il trattamento in modo tradizionale, dove il trattamento è rappresentato dal farmaco e la relazione terapeutica serve a questo scambio.” (Perris, Merlo e Brenner, 2005, pag. 4) Nasce la “psicoterapia di supporto” che si differenzia in maniera importante dalle sue radici psicodinamiche. Il processo psicoterapico è di natura

più medica, il medico/terapeuta fornisce al paziente cure mediche e supporto e lo aiuta a trovare strategie di fronteggiamento allo stress anche tramite interventi protettivi di custodia.

L'approccio cognitivo-comportamentale alla schizofrenia

L'approccio cognitivo-comportamentale alla psicosi può essere fatto risalire ad un articolo pubblicato da Beck nel 1952 dal titolo "Psicoterapia ambulatoriale efficace su uno schizofrenico cronico con deliri scaturiti da sensi di colpa". Tuttavia, questo tipo di ricerche ha cominciato a svilupparsi in modo sistematico solo all'inizio degli anni '90 con lo scopo di arrivare ad identificare e controllare, attraverso interventi altamente strutturati, i sintomi centrali dei disturbi psicotici, con particolare riferimento a deliri e allucinazioni. (Fowler, Garety e Kuipers, 1995; Chadwick, Birchwood e Trower, 1996; Kingdon e Turkington, 1994; Tarrrier, 1993; Hodel e Brenner, 1994)

Il modello della mente utilizzato dall'approccio cognitivo-comportamentale si basa sull'assunto che le persone sviluppano e mantengono set cognitivi o schemi che permettono di dare un senso alle loro esperienze; sono i contenuti del pensiero di un individuo che influenzano i suoi stati d'animo e ne orientano i comportamenti. Gli interventi terapeutici si focalizzano perciò innanzitutto sulle alterate cognizioni del paziente e sul modo in cui possono essere modificate.

Con il termine generico di "*cognizione*", la psicoterapia cognitiva fa riferimento a tre elementi distinti:

1. *I prodotti cognitivi*, ovvero le immagini, le ruminazioni, i pensieri, i sogni ad occhi aperti, ecc. Dei prodotti cognitivi, che sono il risultato di un processo di elaborazione dell'informazione in larga parte accessibile alla persona, fanno parte anche i "pensieri automatici" (Beck, 1976).

2. Nell'ambito dei *processi cognitivi*, che rappresentano il secondo elemento della "cognizione", Beck (1976) ha identificato alcuni errori di riconoscimento e di elaborazione dell'informazione, ovvero alcune "distorsioni cognitive", che si ritrovano anche nelle modalità di pensiero deliranti e allucinatorie: il pensiero assolutistico, dicotomico o "tutto o nulla, l'ingigantire o il minimizzare, l'astrazione selettiva, la personalizzazione, la generalizzazione eccessiva, l'inferenza arbitraria.

3. Il terzo elemento a cui ci si riferisce con il termine "cognizione" è la *struttura o lo schema cognitivo*. Gli schemi cognitivi vengono concepiti come entità organizzative che contengono tutte le conoscenze che una persona possiede ad un dato momento relativamente a se stesso e al mondo. In essi confluiscono sia elementi cognitivi che emotivi, dal momento che ogni interazione con l'ambiente coinvolge sia elaborazioni che valutazioni (Piaget, 1954) Degli schemi cognitivi fanno quindi parte anche le *valutazioni personali*, ovvero i giudizi globali e stabili, le credenze valutative, che possono essere fatti o su di sé o su qualcun altro. Gli schemi cognitivi rappresentano però anche meccanismi di elaborazione dell'informazione, in quanto sono attivi nel selezionare l'evidenza, nell'esaminare i dati provenienti dall'ambiente e nel proporre ipotesi appropriate. Beck (1979) sottolinea come il concetto di "schema" permetta di spiegare perché un paziente mantenga alcuni atteggiamenti e comportamenti che gli

provocano sofferenza, nonostante evidenze contrarie. “Qualunque situazione è costituita da una sovrabbondanza di stimoli. L’individuo bada in modo selettivo a determinati stimoli, li associa in un modello e concettualizza la situazione. Benché persone diverse possano concettualizzare la medesima situazione in modi diversi, una data persona tende ad essere coerente nelle sue risposte ad eventi simili. Modelli cognitivi relativamente stabili formano la base della regolarità d’interpretazione di un particolare insieme di situazioni.” (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979, pag. 25) Di particolare importanza per la psicoterapia cognitiva sono gli schemi cognitivi che comprendono il *concetto di sé* elaborato dalla persona e la conoscenza dei propri rapporti con l’ambiente (passati e presenti e le previsioni per il futuro), ovvero lo *schema interpersonale* (Safran e Segal, 1990).

Il paradigma cognitivo generale dei disturbi psicopatologici

Secondo le opinioni correnti sullo sviluppo psicologico, si ritiene che l’individuo entri nel mondo equipaggiato di un insieme rudimentale di strutture geneticamente determinate e altamente differenziate. Queste capacità di percezione e reazione successivamente vengono sviluppate e perfezionate dall’individuo secondo modalità geneticamente determinate. E’ chiaro però che le modificazioni qualitative di tali strutture sono influenzate e sostenute non solo dalla maturazione predeterminata geneticamente, ma anche dai rapporti con l’ambiente, attraverso processi di assimilazione e accomodamento (Piaget, 1954). A seguito di simili processi, gli schemi danno forma alle esperienze e sono da esse modificate. Sebbene la maggior parte delle strutture cognitive sia continuamente sottoposta a processi di accomodamento e revisione, si ritiene che quelle più fondanti (ad esempio quelle che riguardano lo schema di sé), una volta consolidate siano più resistenti al cambiamento e tendano ad essere relativamente stabili. In tal senso, la persistenza dello schema di sé influenzerebbe anche il processo di selezione ed elaborazione dell’informazione, per cui la persona tenderebbe a selezionare informazioni congrue con il proprio concetto di sé e, nello stesso tempo, a rifiutare o trascurare le informazioni che sono in contrasto con esso, operando varie distorsioni cognitive. Le distorsioni cognitive sopra citate vanno viste pertanto come tentativo dello schema di mantenere una coerenza interna e di darsi delle conferme attraverso processi cognitivi viziati da pre-giudizi. (Perris, Merlo e Brenner, 2005).

Gli assunti di base della psicoterapia cognitiva con pazienti schizofrenici

Da quanto detto sopra, deriva che i presupposti che rendono adeguata la psicoterapia cognitiva con i pazienti schizofrenici non possono che basarsi sul modello stress-vulnerabilità, ovvero (Perris, 2000):

- a. La persona che svilupperà un disturbo schizofrenico ha già strutturato nel corso del proprio sviluppo (per varie ragioni di tipo bio-psico-sociale) uno schema di sé sostanzialmente disfunzionale. A questo schema afferiscono sia il concetto di sé disfunzionale che assunti-base disfunzionali circa il

proprio rapporto con l'ambiente (e con le figure di attaccamento), entrambi in larga misura inconsci (in un'ottica neuropsicologica).

- b. Lo schema di sé e dell'altro disfunzionali, una volta stabilizzati nel corso dello sviluppo, vengono continuamente rafforzati e preservati da processi percettivi e di elaborazione dell'informazione distorti (bias cognitivi).
- c. Ogni volta che lo schema disfunzionale è riattivato da stimoli interni o esterni che ne minacciano la stabilità, si producono in modo inconscio (ovvero al di fuori del centro della consapevolezza) pensieri ed immagini disfunzionali automatici che perpetuano il sistema.

Modelli di psicoterapia cognitivo-comportamentale per la schizofrenia

Negli ultimi decenni si sono sviluppate nei paesi di lingua inglese diverse forme di psicoterapia cognitivo-comportamentale per pazienti schizofrenici fra loro correlate. Nell'ambito del trattamento dei sintomi positivi dei disturbi psicotici, la psicoterapia cognitivo-comportamentale si rivolge sia alla forma che al contenuto delle credenze deliranti. Si presume che il contenuto del delirio rappresenti il tentativo di dare un senso alle proprie esperienze, che possono essere di per sé anomale (come nel caso di deliri generati da esperienze allucinatorie) oppure relativamente normali, seppur elaborate in modo distorto. In entrambi i casi i processi di pensiero implicati nelle credenze deliranti sono simili ai processi di pensiero "normali" e si differenziano solo dal punto di vista quantitativo, per ciò che riguarda il grado di resistenza al cambiamento da parte di prove ed eventi contrari. (Perris, McGorry, 2000)

Se il contenuto del delirio rappresenta un tentativo di dare senso all'esperienza, la forma è espressione di possibili errori o distorsioni delle modalità attraverso cui il paziente compie questa operazione di dotazione di senso. "L'obiettivo dell'intervento è di aiutare il paziente a sostituire le sue credenze mal adattative con credenze più accurate, o almeno con credenze che diano un senso più adattivo alle esperienze in questione; inoltre egli può imparare ad analizzare e valutare le sue credenze in base alle evidenze disponibili" (Perris, McGorry, 2000, pag. 8)

Di seguito vengono riportati in modo sintetico i principali modelli cognitivo-comportamentali di approccio ai sintomi psicotici positivi.

Terapia cognitivo-comportamentale della schizofrenia usando un razionale di normalizzazione

Due approcci simili alla psicoterapia cognitivo-comportamentale per la schizofrenia sono stati sviluppati da Kingdon e Turkington (1991, 1994) e Fowler, Garety e Kuipers (1995).

a) Kingdon e Turkington hanno basato il loro approccio sulla premessa che i sintomi schizofrenici variano solo quantitativamente dai processi "normali" e si collocano all'estremo di un continuum che si estende dal normale al patologico. Secondo gli autori, così come nel trattamento della depressione o dell'ansia è fondamentale spiegare al paziente l'origine dei sintomi, analogamente diventa necessario

fornire delle spiegazioni sui sintomi della schizofrenia quando si intende utilizzare la TCC con pazienti psicotici. Tuttavia, le spiegazioni che tradizionalmente vengono utilizzate fanno riferimento ai fondamenti biologici della schizofrenia ed enfatizzano in modo evidente le differenze fra la sintomatologia psicotica e l'esperienza "normale". Numerose ricerche hanno però messo in luce come nella schizofrenia possano essere evidenziati segni e sintomi simili a quelli mostrati dagli individui sani. Allucinazioni e deliri possono manifestarsi in alcuni stati confusionali su base organica, oppure svilupparsi in persone sottoposte a segregazione (ad esempio nei casi di ostaggio o protratto isolamento); possono prodursi durante il sonno o nel caso di deprivazione sensoriale (Perris, Merlo e Brenner, 2005). Anche le convinzioni allucinatorie possono essere rapportate ad idee diffuse nella società (ad esempio la telepatia, l'astrologia, la credenza in forze magiche o entità soprannaturali, ecc.). Idee transitorie di influenze esterne, di paranoia si manifestano molto frequentemente nella popolazione "normale", ma di solito vengono scartate in tempi brevi. Gli autori ipotizzano che in momenti di stress, la "ricerca di un senso" possa indurre le persone ad accettare più facilmente tali idee come vere e questo avverrebbe tanto più facilmente quanto più una persona è isolata, priva di riferimenti familiari e/o amicali con cui confidarsi, oppure inserita in contesti in cui genitori, amici o partners hanno credenze o modi di comunicare anormali, così che la persona ne sarebbe ulteriormente confusa. Su un piano terapeutico, Kingdon e Turkington sostengono che spiegare al paziente e alla sua famiglia i sintomi schizofrenici in un'ottica di "normalizzazione", ovvero come effetti di situazioni di stress su un soggetto vulnerabile, contribuisce a ridurre la riprovazione sociale e getta le basi per trattare deliri e allucinazioni con argomentazioni razionali all'interno della TCC. In quest'ottica, nella terapia si parte dalla ricostruzione con il paziente degli eventi di vita che hanno preceduto l'esordio psicopatologico e si analizzano inoltre gli elementi di vulnerabilità individuale che lo caratterizzano (deficit sensoriali, percettivi e di comunicazione, aspetti psicologici e sociali). Questa vulnerabilità va descritta al paziente come costituita da componenti genetiche e da componenti neuropsicologiche, espresse nella forma di carenze percettive ed attentive legate a traumi alla nascita o ad altre anomalie organiche (Brenner, 1989). Il concetto di stress-vulnerabilità viene descritto al paziente come un'interazione fra specifiche suscettibilità individuali e familiari ed eventi stressanti che renderebbero ragione dello sviluppo dei sintomi positivi. A quel punto vengono analizzati e discussi con la persona gli specifici sintomi che si sono manifestati.

b) Fowler, Garety e Kuipers (1995), così come Kingdon e Turkington, hanno sviluppato un approccio cognitivo-comportamentale alla schizofrenia basato su un razionale di normalizzazione, in base al quale le esperienze normali e psicotiche possono essere considerate come ai due estremi di un continuum. 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. Infatti, ad un esame approfondito, alcuni contenuti dei deliri riportati dai pazienti non si discostano molto da alcune credenze diffuse fra la popolazione “normale” (ad esempio sull’ipnosi, sulla telepatia o l’influsso di forze malefiche). Inoltre, alcune indagini hanno dimostrato che lievi anomalie percettive o del pensiero (ad esempio esperienze di déjà vu, esperienze di tipo schizotipico, percezioni anomale o allucinatorie) si verificano in una consistente percentuale della popolazione sana (circa il 15%-20%). Si sa anche che alcune esperienze psicotiche possono verificarsi in persone normali in condizioni estreme (Kingdon e Turkington, 1994). 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. L’ottica migliore sarebbe quella di cercare di vedere in quello che succede alle persone affette da psicosi l’effetto dei loro sforzi per far fronte alle disfunzioni psicotiche. Questo modello del disturbo può aiutare il paziente a biasimarsi meno per le sue difficoltà, orientandolo verso l’uso di neurolettici e di interventi specialistici capaci di ridurre i sintomi positivi, di ridurre il rischio di recidive e di migliorare la disabilità sociale. Inoltre può favorire nella persona l’accettazione del fatto che ci sono dei limiti ai benefici dei trattamenti, specie se sono presenti gravi disabilità, e a collaborare con il terapeuta per definire obiettivi realistici.

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. La

valutazione è fondamentale per scegliere le tecniche più appropriate in risposta alle esigenze del singolo paziente; segue l'applicazione di specifiche tecniche per affrontare le diverse difficoltà, con particolare riferimento ai sintomi positivi resistenti ai farmaci.

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. Se si cerca di convincere i pazienti con un approccio didattico che soffrono di un disturbo medico, è possibile avere risultati controproducenti soprattutto in presenza di convinzioni deliranti fortemente strutturate. In tal senso, 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.

Secondo gli autori, vale la pena di affrontare le convinzioni deliranti solo quando sono associate ad angoscia o interferiscono con il funzionamento sociale della persona e non solo perché sono eccentriche o bizzarre. Inoltre, gli interventi devono essere adattati alla consapevolezza di malattia del paziente: nel caso in cui il paziente non sia critico, il terapeuta dovrà lavorare “all'interno del delirio”, all'interno degli schemi mentali del paziente, accordandosi solo sul fatto che “non si è d'accordo”. La maggior parte delle tecniche proposte rappresentano adattamenti di tecniche classiche della TCC: si va dal dibattito diretto delle convinzioni del paziente, alla presentazione di punti di vista alternativi fino ad arrivare a test comportamentali per provare la fondatezza delle credenze deliranti e alla messa in discussione degli schemi cognitivi.

Sebbene il terapeuta abbia il compito di rassicurare esplicitamente il paziente sul fatto che le sue convinzioni rappresentano un tentativo ragionevole di spiegare le esperienze passate, è importante non dare al paziente l'impressione di accettare in toto le sue convinzioni. Se questo può infatti facilitare la presa in carico iniziale, rischia poi di danneggiare la relazione terapeutica nel momento in cui il terapeuta prova a modificare le convinzioni deliranti del paziente.

Miglioramento delle strategie di fronteggiamento (Coping Strategy Enhancement – CSE)

Il training delle abilità di coping (fronteggiamento) rappresenta un approccio terapeutico pragmatico per le allucinazioni persistenti e i deliri. Tale approccio è stato sviluppato da Tarrier e colleghi (1992, 1993) ed è basato sull'identificazione delle strategie di coping già utilizzate dai pazienti psicotici in modo implicito per affrontare i sintomi o il disagio che ne risulta. Il CSE prevede di sviluppare queste strategie in modo sistematico addestrando i pazienti a potenziare quelle già attive o a promuoverne un uso più

adeguato e/o ad aggiungere nuove tecniche al repertorio già esistente. Partendo da un modello biopsicosociale delle allucinazioni e dei deliri, il CSE ha lo scopo di diminuire i sintomi psicotici, addestrando il paziente ad affrontare sia gli eventi scatenanti, sia le reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche a questi stimoli ambientali.

Terapia cognitiva dei deliri e delle allucinazioni uditive

Con tutta probabilità, la forma di trattamento più sviluppata e studiata in modo più rigoroso è la “terapia cognitiva” di Chadwick, Birchwood e Lowe, sviluppata in Inghilterra negli anni '90. Gli autori hanno applicato un modello comune di terapia cognitiva a diverse popolazioni di pazienti e a diversi setting, sviluppando un approccio individuale ai deliri e alle allucinazioni in pazienti psicotici cronici resistenti alla cura.

Chadwick e Birchwood (1996) partono dalla messa in discussione del concetto di schizofrenia inteso come sindrome unica, discontinua rispetto all'esperienza normale e propongono di affrontare i fenomeni psicotici studiando i singoli sintomi. In tal senso deliri e allucinazioni sono sempre più pensati in termini di normali principi psicologici, dando attenzione ai tentativi individuali di comprendere le proprie esperienze, per quanto anomale esse siano. Il modello cognitivo che gli autori utilizzano per lavorare con i deliri e le allucinazioni uditive si basa principalmente sulla terapia cognitiva di Beck (1979) e sulla RET di Ellis (1962): la cornice teorica di riferimento più chiara ed euristicamente utile è il modello psicoterapeutico ABC di Ellis.

I deliri inquadrati attraverso il paradigma cognitivo ABC

Il modello ABC offre un quadro di riferimento utile per comprendere l'esperienza del delirio, fornendo una cornice teorica adeguata ed offrendo preziose indicazioni per l'approccio terapeutico.

All'interno dell'analisi ABC i deliri sono dello B, ovvero delle interpretazioni (deliranti) di un evento (A) che possono essere o non essere associate ad un disagio (C). “ Ad un livello immediato, illustrare in questo modo l'esperienza delirante assicura che venga prestata attenzione agli eventi ambientali e personali (A), chiarisce che il delirio è una delle interpretazioni possibili degli eventi, e rileva se il delirio costituisce un problema per il cliente (per esempio crea disagio e sofferenza). Oltre ai vantaggi citati sopra, la prospettiva ABC ai deliri (...) chiarisce che il delirio contiene sempre un'*inferenza* esplicita, ma che le *valutazioni* sono generalmente implicite e devono essere estratte attraverso le concatenazioni di pensieri. Ciò significa che, nella maggioranza dei casi, i terapeuti cognitivi devono usare le concatenazioni di pensieri per andare al di là dell'interpretazione delirante e scoprire le valutazioni critiche. Le conseguenze emotive e comportamentali potranno essere pienamente comprese solo quando sia il pensiero deduttivo (delirante) sia quello valutativo saranno evidenti.” (Chadwick e Birchwood, 1996; pag. 30) Un

punto fondamentale per la comprensione del modello cognitivo è che quando le persone sono emotivamente turbate è sempre coinvolto un pensiero sia di tipo valutativo sia di tipo inferenziale e questo perché le inferenze derivano dalle valutazioni: così, ad esempio, se una persona ha una persistente tendenza a percepire se stessa come un completo fallimento (autovalutazione negativa), allora abitualmente formulerà ipotesi negative sul presente e/o sul futuro (inferirà cioè che un lavoro andrà male, che sarà giudicata negativamente dagli altri, che fallirà, ecc).

Ne deriva che gli obiettivi del trattamento psicoterapico sono indebolire il delirio e indebolire le valutazioni negative (sul sé e sugli altri) ad esso associate.

Qui di seguito sono riportate le principali tipologie di delirio, concettualizzate in base al modello ABC:

Deliri	Antefatto	Credenza	Conseguenza
Lettura del pensiero	Il cliente non riesce a trovare una parola e il terapeuta gliela suggerisce	Lui mi legge nel pensiero, l'ho scoperto, lo sapevo	Esaltato, impulso a dirlo alle persone
Delirio paranoide	Suono di clacson per strada	Sono venuti a prendermi per uccidermi	Paura, scappa dall'appartamento
Trasmissione del pensiero	Il cliente sta facendo spese, sente una persona dire quello che lui stava pensando	I miei pensieri vengono trasmessi agli altri	Panico, fuga
Pensiero intrusivo	Il cliente ha un'improvvisa intrusione di un pensiero	Non è il mio, qualcuno me lo ha messo in testa con una macchina speciale	Spaventato, esposto, necessità di nascondersi
Delirio di grandezza	La regina dice per televisione che ama tutti i suoi figli	Intende me, mi ama, sono sua figlia	Esaltazione
Delirio somatico	Debolezza	Ho l'AIDS, morirò	Terrore, immobilizzato

Fig. 2: Analisi cognitiva ABC dei deliri – adattato da Chadwick e Birchwood, 1996, pag. 31

Le “voci” inquadrare attraverso il paradigma cognitivo ABC

Le “voci” sono definite come allucinazioni uditive in cui qualcuno sta parlando. L'allucinazione uditiva in sé può anche essere un rumore, una musica, brevi frasi, singole parole o un'intera conversazione. Come precedentemente accennato, l'opinione attuale in psicologia tende a considerare le dispercezioni come esperienze collocate all'estremo di un continuum che comprende anche le percezioni usuali. Sentire le voci rappresenta comunque un'esperienza molto forte per il paziente, che non di rado mette in atto reazioni per contrastarle.

Il progresso nello sviluppo di un modello cognitivo delle voci ha avuto inizio con l'idea che le voci non siano pensieri (B), ma eventi attivanti (A) a cui la persona dà un significato personale (B) e che

suscita delle reazioni emotive e/o comportamentali associate (C). Ne consegue che il disagio emotivo del paziente e gli eventuali comportamenti di fronteggiamento (coping) sono una conseguenza non dell'allucinazione in sé, ma delle inferenze e credenze valutative del paziente stesso. Nello schema seguente sono riportati due esempi di analisi ABC delle voci, di cui una ritenuta benevola ed una malevola.

Evento attivante A	Credenza B	Conseguenze C
Richard sente una voce che gli dice "colpiscilo"	Si tratta di Dio che mette alla prova la mia fede	Non asseconda e si sente soddisfatto
Jenny sente una voce che le dice "stai attenta"	Si tratta del diavolo, mi sta tenendo d'occhio per venirmi a prendere	Terrore; evita di andare nei negozi

Fig. 3: Analisi ABC delle voci – tratta da Chadwick e Birchwood, 1996, pag. 35

L'analisi delle voci secondo il modello ABC consente di evidenziare una diretta connessione fra dispercezioni uditive e deliri. Infatti, le credenze rispetto alle voci formalmente sono deliri. Quindi, l'approccio cognitivo alle voci è in realtà un approccio a quei deliri che sono secondari allo stesso tipo di evento attivante, cioè alle voci. Le basi empiriche del modello prevedono che:

- a) L'emozione ed il comportamento del paziente sono connessi alle credenze (B) rispetto alle voci e non derivano direttamente dalle dispercezioni (A);
- b) Le credenze relative alle voci non derivano solo dal contenuto delle stesse. Se fosse così sarebbe sempre possibile prevedere l'emozione provata dal paziente o i suoi comportamenti di coping semplicemente prendendo in considerazione il contenuto (benevolo o malevolo) delle voci. E' chiaro che in alcuni casi è possibile individuare un legame tra il contenuto della voce e i comportamenti ed i sentimenti della persona, ma le (C) del paziente possono essere maggiormente comprese prendendo in considerazione quattro categorie di credenze relative alle voci, ovvero quelle riguardanti l'*identità* delle voci; la loro *finalità* (stanno cercando di farmi del male oppure mi aiutano); il loro *potere o onnipotenza* e le eventuali *conseguenze in caso di obbedienza/disobbedienza*.
- c) *Onnipotenza*: molte persone possono sentirsi "catturate dal potere delle voci", depresse e disperate perché hanno la credenza che le voci siano molto potenti ed inevitabili. Ne consegue che i pazienti sono molto ansiosi all'idea di sfidare le voci e considerano questa opzione molto rischiosa.
- d) *Onniscienza*: i pazienti spesso ritengono che le voci siano in grado di conoscere i loro pensieri, comportamenti, paure ed esperienze. Questa credenza può far sentire la persona esposta, vulnerabile e timorosa nei confronti della voce.

e) *Accondiscendenza*: l'accondiscendenza agli ordini delle voci è una questione complessa. I pazienti che considerano le voci benevole possono acconsentire ad obbedire alle voci, ma possono sentirsi in conflitto quando le voci diventano ostili o minacciose. I pazienti che pensano che le voci siano malevole non accondiscendono volentieri alle stesse, ma possono ubbidire quando sono stanche o spaventate.

Chadwick e Birchwood (1996), utilizzando uno schema di intervista semistrutturata (BAVQ), hanno riscontrato che i pazienti psicotici si oppongono alle voci ritenute malevole, mentre con le voci benevole viene normalmente instaurata una relazione.

Il trattamento cognitivo dei deliri e delle voci

Chadwick e Birchwood (1996) identificano due requisiti di base per una psicoterapia efficace: il primo di questi è l'uso di una buona strategia relazionale in modo da stabilire una buona alleanza terapeutica ed ottenere un empirismo collaborativo dal paziente (Beck, 1979).

Il secondo requisito consiste in una conoscenza approfondita dei principi della teoria cognitiva, della sua applicazione clinica e dell'utilizzo del modello ABC.

L'alleanza terapeutica con il paziente psicotico

Uno dei problemi fondamentali nella terapia con i pazienti psicotici riguarda la strutturazione di una buona alleanza terapeutica. Gli autori evidenziano alcuni dei maggiori ostacoli alla relazione terapeutica:

- il fallimento del terapeuta nello stabilire l'empatia a causa della difficoltà a comprendere le esperienze deliranti o allucinatorie del paziente. Questo ostacolo può essere superato, secondo gli autori, se si tiene conto del fatto che l'empatia non richiede che il terapeuta abbia sperimentato tutto ciò che il paziente ha vissuto, ma solo che riconosca e comprenda come egli si sente, cosa pensa e come si comporta.
- Le credenze del terapeuta rispetto al paziente. Se il terapeuta ha la percezione che il comportamento psicotico sia al di là di ogni comprensione per lui, questo probabilmente si rifletterà sui suoi sentimenti e comportamenti nei confronti del paziente e sulle sue aspettative rispetto al cambiamento.
- Anche il paziente entrerà in terapia con delle credenze che lo ostacoleranno nello stabilire una relazione. La maggior parte dei pazienti nutre dei timori generici nei confronti del terapeuta, che spesso derivano da precedenti esperienze difficili nell'ambito della sanità. E' probabile inoltre che il paziente si aspetti che il terapeuta svaluti le sue credenze e le sue esperienze racchiudendole nella categoria "follia". Il terapeuta deve tener presente che nella mente del paziente possono esserci tali aspettative, così da calibrare la maggior parte del comportamento iniziale in terapia per rassicurare il paziente, ma in modo graduale e implicito.

- E' possibile che molti pazienti abbiano avuto una storia di relazioni interpersonali aride e che, pertanto, possano vivere la relazione terapeutica come troppo stressante ed essere estremamente vigili nei confronti di ciò che percepiscono come un comportamento minaccioso o rifiutante da parte del terapeuta. In questo caso è necessario utilizzare il setting terapeutico in modo flessibile, conducendo colloqui più brevi e più frequenti, a volte in modo informale, evitando i silenzi prolungati ed evitando di insistere con il paziente affinché esponga le proprie idee deliranti.
- Uno dei maggiori problemi nella relazione terapeutica con pazienti psicotici riguarda il considerare i deliri come credenze e non come fatti e sviluppare una base razionale per contestare il delirio. Se nella terapia dell'ansia o della depressione i pazienti spesso lottano per rendersi conto che il loro senso di inutilità, che a loro appare concreto, in realtà è una loro credenza, con i deliri questa consapevolezza non c'è ed il terapeuta può essere visto come una delle tante persone che diffidano del paziente e che cercano di convincerlo della falsità delle sue convinzioni. Perciò, il terapeuta deve accettare l'eventualità che il paziente non alteri le proprie credenze, ma ciò nonostante, lavorare in un'ottica di empirismo collaborativo ed utilizzare il dialogo socratico per fare in modo di poter aiutare il paziente ad elaborare i propri dubbi e a fare delle esperienze in modo da capire che possono esistere altri modi per comprendere ed elaborare le sue esperienze. "A coloro che hanno esperienze primarie come le allucinazioni uditive, viene detto che questa loro esperienza è il loro problema, o per lo meno il segno di un problema. In altre parole, all'interno della cornice dell'ABC, alla maggior parte dei clienti viene detto che il problema si trova a livello delle A (per esempio le allucinazioni uditive) o a livello delle B (i deliri); crediamo che tale approccio vada incontro ad una resistenza che può esser evitata tentando di stabilire una visione condivisa del problema come situato al livello delle C." (Chadwick e Birchwood, 1996; pag. 64)

Il trattamento dei deliri

Le fasi dell'intervento terapeutico sui deliri nel modello di Chadwick e Birchwood (strutturato sulla base dell'ABC) possono essere così sintetizzate:

- 1) Messa a fuoco del problema;
- 2) valutazione del problema emotivo/comportamentale (C);
- 3) valutazione dell'evento scatenante (A);
- 4) valutazione delle credenze B (immagini, inferenze, valutazioni) utilizzando la concatenazione di pensieri;
- 5) Messa in discussione delle credenze disfunzionali del paziente.

1) *Messa a fuoco del problema*: Chadwick e Birchwood (1996) suggeriscono di condurre i primi due o tre incontri con il paziente in modo non direttivo, incoraggiandolo a raccontare la sua storia, il suo problema attuale, gli eventi scatenanti e le precoci esperienze traumatiche o di apprendimento

che possono aver contribuito alle vulnerabilità personali. Solitamente è meglio non cominciare subito con una discussione dell'esperienza delirante; piuttosto, può essere utile indagare come la persona si è sentita venendo al colloquio, comprese le preoccupazioni sul terapeuta sopra esposte, e in che modo è arrivata alla terapia (ad esempio su invio dei familiari o di un altro professionista).

2) *Valutazione delle C*: come già accennato, nella terapia cognitiva il problema di cui ci si occupa riguarda le C, ovvero le difficoltà emotive o comportamentali del paziente (ansia, turbamento, comportamento distruttivo, disturbante o autolesivo). Gli autori evidenziano come la terapia cognitiva non possa essere applicata laddove non siano presenti problemi seri a livello delle C indipendentemente da quanto bizzarre siano le credenze del paziente (B) o negativi gli eventi di vita (A).

3) *Valutazione delle A*: lo scopo della valutazione delle A è portare il paziente a fornire un resoconto oggettivo e fattuale dell'evento specifico che "ha fatto scattare le C", preferibilmente un evento recente. Va prestata attenzione alla necessità di ottenere una valutazione dell'ABC partendo da una A specifica e dettagliata e non generica.

4) *Valutare le credenze B (immagini, inferenze, valutazioni) utilizzando la concatenazione di pensieri*: il compito del terapeuta è, a questo punto, quello di valutare le immagini, le inferenze, le valutazioni e gli assunti disfunzionali correlati alla sequenza A-C, spiegando inoltre al paziente che il significato che gli eventi hanno per lui (B) è centrale per comprendere il suo problema. Quasi sempre la concatenazione dei pensieri comincia con un'inferenza ed al termine di una catena di inferenze o deduzioni si trovano di solito una o più valutazioni (negative) riguardo al sé, agli altri, o alle circostanze.

Valutazione delle credenze (B): i deliri

I deliri sono credenze complesse e gli attuali metodi di valutazione riflettono la necessità di prendere in considerazione molte dimensioni diverse del pensiero delirante: certezza, preoccupazione, formazione, suscettibilità al cambiamento (reazione alla contraddizione ipotetica). Per convenzione la *certezza* (ovvero quanto la persona è sicura di una credenza) e la *preoccupazione* (quanto tempo passa a riflettere sulla credenza) sono le misure principali del pensiero delirante e di come può modificarsi nel corso della terapia. La *formazione* dei deliri nel corso del tempo può essere indagata prendendo in esame il racconto della storia di vita fatto dal paziente, con particolare attenzione a quelle che egli considera le influenze importanti sul delirio stesso. Secondo gli autori, un metodo di valutazione della *suscettibilità al cambiamento* del paziente è la RTHC (*reazione alla contraddizione ipotetica*). Si tratta di una valutazione dell'attitudine personale ad accettare il cambiamento. Al paziente viene cioè descritto un evento ipotetico che sia in contraddizione con il delirio e viene chiesto in che modo, nel caso tale evento si avverasse, ciò cambierebbe il suo delirio. Alcune ricerche condotte dagli autori sembrano evidenziare che la risposta dei pazienti alla RTHC sia in qualche

modo connessa alla risposta positiva alla terapia cognitiva e che la disponibilità al cambiamento sia correlata al grado di coinvolgimento emotivo controllato dal delirio (Chadwick e Lowe, 1994).

Valutazione delle credenze valutative di base (B)

Nella valutazione delle B il terapeuta cerca di chiarire non solo il delirio, ma anche tutte le credenze valutative sottostanti ad esso con particolare riferimento alle valutazioni di sé e dell'altro. Questa operazione assume un significato particolare se si considera che il delirio possa rappresentare il tentativo di difendere il sé minacciato ed abbia la funzione di prevenire che un tipo di pensiero autosvalutativo prenda il sopravvento, portando con sé le emozioni associate: colpa, vergogna e disperazione. Chadwick e Birchwood descrivono alcune operazioni terapeutiche che il terapeuta dovrebbe mettere in atto al fine di passare dalle inferenze deliranti (pensieri automatici) alle valutazioni.

Nel caso di *deliri paranoidi* o di deliri nei quali siano prevalenti i problemi emotivi legati all'ansia, alla depressione e alla rabbia (ad esempio i deliri di colpa), il terapeuta dovrebbe utilizzare la tecnica delle concatenazioni di pensieri per progredire dall'inferenza più superficiale alla credenza valutativa, *presupponendo che l'inferenza (delirante) sia vera*. Si tratta cioè di analizzare le valutazioni negative altri-sé e sé-sé chiedendo al paziente come si sentirebbe se la sua ideazione paranoide fosse vera. Nel caso di *deliri dal contenuto grandioso* è spesso necessario, per passare dalle inferenze deliranti alle credenze valutative chiedere al paziente di *immaginare che l'inferenza delirante sia falsa (non vera)* e indagare l'effetto che questo avrebbe sul paziente stesso. Ancora una volta l'obiettivo è quello di indagare nel paziente i giudizi sé-sé, altro-sé e sé-altro. Tal strategia deriva dal ritenere che il delirio di grandezza rappresenti un meccanismo di difesa nei confronti delle autovalutazioni negative del paziente su di sé. In altri termini, l'autovalutazione minacciosa del paziente (sono totalmente cattivo) verrebbe convertita nel delirio, così che il paziente diventa totalmente buono e degno di stima. La chiave delle autovalutazioni negative si trova nella credenza grandiosa del paziente, ma per poterla disvelare è necessario che il paziente immagini per un momento che il delirio sia falso. Lo stesso tipo di strategia va messa in pratica nei confronti di pazienti affetti da *deliri somatici*: in questi casi è possibile che il delirio "copra" le vere cause del disagio del paziente (credenze autosvalutative) e per poterle scoprire diventa necessario che il paziente immagini che il delirio somatico non sia vero.

5) Mettere in discussione le credenze disfunzionali del paziente (B): la sfida ai deliri

Da quanto sopra esposto risulta chiaro che la sfida ai deliri, considerati come inferenze, consiste nel riesaminare le prove a favore e contro il delirio, creare spiegazioni alternative possibili all'interpretazione degli eventi e fare delle prove empiriche. Compito del terapeuta è quello di indebolire non solo i deliri, ma anche le credenze valutative associate, con particolare riferimento alle valutazioni sul sé (sono totalmente cattivo) e sugli altri (sei totalmente inferiore).

Chadwick e Birchwood (1996) hanno identificato alcuni elementi base della terapia cognitiva dei deliri che, sebbene vengano descritti come elementi discreti per chiarezza esplicativa, non vanno considerati tuttavia come rigidamente separati.

Procedure per indebolire il delirio: la disputa o sfida verbale

La disputa (o sfida verbale) comprende quattro elementi:

a) sfida verbale alle credenze deliranti meno centrali

Una delle maggiori difficoltà che si possono incontrare quando si cerca di mettere in discussione credenze fortemente radicate è la reazione psicologica di resistenza dell'individuo che può portare, come conseguenza, a rafforzare la credenza stessa. Due operazioni possibili per ridurre questo rischio sono: 1) cominciare con la credenza meno importante e 2) lavorare sulle prove a sostegno della credenza piuttosto che sulla credenza in sé.

b) messa in dubbio della coerenza interna e della plausibilità del sistema delirante

Anche se i deliri contengono gradi differenti di incoerenza e irrazionalità, tutti i deliri sembrano averne un po'. Il terapeuta deve prestare attenzione ad ogni minima incoerenza nel sistema di credenze del paziente, il che equivale a porre la domanda: "avrebbe senso se le cose fossero come lei dice che siano?"

c) riformulazione del delirio come reazione a esperienze specifiche e come tentativo di dotarle di senso

Seguendo il pensiero di Maher (1988), gli autori interpretano sempre il delirio come una reazione ad esperienze minacciose o sconcertanti (A) e come un tentativo di dar loro un senso. Si tratta di un tentativo comprensibile e ragionevole di provare a dare un significato a momenti di vita in cui la persona si sente ansiosa, spaventata, minacciata o confusa. Il delirio ha la forza psicologica di ridurre il senso di confusione. Tuttavia le credenze deliranti portano con sé anche un costo in termini di turbamento emotivo e di disagio che altrimenti la persona non sperimenterebbe. Questo modo di guardare al delirio viene condiviso con il paziente.

d) valutazione del delirio e delle alternative possibili alla luce delle informazioni disponibili

A questo punto, il terapeuta ed il paziente fanno una valutazione del delirio e delle alternative ad esso alla luce di quanto discusso precedentemente e tenendo conto delle prove disponibili. Compito del terapeuta è quello di illustrare al paziente i vantaggi di adesione alla nuova spiegazione non delirante degli eventi.

Procedure per indebolire il delirio: prove empiriche

Una parte fondamentale della terapia cognitiva consiste nel sottoporre le credenze deliranti del paziente a delle prove empiriche. Si tratta di "esperimenti comportamentali" (Beck et al. 1979), cioè di un esame di realtà che comprende la pianificazione e lo svolgimento di un'attività che convalida o smentisce

una credenza, o una parte di essa. Lo scopo principale delle prove empiriche è quello di ottenere un cambiamento nella credenze del paziente.

Chadwick e Birchwood (1996) sottolineano come gli esperimenti comportamentali, per quanto importanti, non rappresentino il modo più efficace per indurre il paziente a modificare la sua credenza e come gli effetti delle prove empiriche siano meno evidenti di quelli che si osservano quando viene utilizzata la sfida verbale come intervento iniziale. Questo può essere spiegato pensando al fatto che, con molta probabilità, il paziente ha bisogno di una cornice esplicativa alternativa al delirio (derivante dalla sfida verbale) prima di poter assimilare e dar senso alla confutazione empirica.

Il trattamento delle “voci”

La base del trattamento della terapia cognitiva delle voci è lavorare in un’atmosfera di empirismo collaborativo, così da incoraggiare il paziente a percepire il proprio disagio come proveniente dalle credenze sulle voci piuttosto che una conseguenza automatica delle allucinazioni (A). Spesso stabilire una relazione terapeutica con persone che sentono le voci può essere molto complesso, forse perché sperimentano un evento attivante particolarmente disturbante come le allucinazioni. Esistono inoltre alcune paure relative alla terapia che possono compromettere il contratto terapeutico. Ad esempio, i pazienti possono essere preoccupati dal fatto che il terapeuta li possa controllare, magari forzando il ritmo della terapia. Un’altra preoccupazione dei pazienti con dispercezioni uditive è che il terapeuta non possa davvero comprendere cosa significhi sentire le voci e quindi non sia in grado di aiutarlo. In questo caso, utilizzando l’approccio ABC, è utile comunicare al paziente che può accadere che il terapeuta non sia in grado di comprendere cosa significhi sentire le voci (A), ma certamente può comprendere i modi in cui i pazienti attribuiscono un significato alle loro voci (B) e le emozioni ed i comportamenti ad esso collegati (C). Risulta utile inoltre, utilizzando la propria conoscenza sul fenomeno delle “voci” anticipare al paziente come egli potrebbe sentirsi, cosa potrebbe pensare o come potrebbe comportarsi.

Un’ulteriore rischio per l’alleanza terapeutica è generato dai commenti delle voci nei confronti del terapeuta. In genere le fughe dalla terapia sono collegate a voci che esprimono ansia nei confronti del trattamento o del terapeuta (ad esempio “non ascoltare quel bastardo”, “ricordati la tua fede, non affidarti a lui”, o “se non ti uccide lui lo faremo noi”). Un modo per prevenire la rottura del lavoro terapeutico ed aumentare la credibilità del terapeuta consiste nell’anticipare al paziente la possibilità che le voci possano esprimere tali contro di lui.

Prima di poter procedere al trattamento delle “voci” è necessario che il terapeuta ne abbia già fatto una valutazione cognitiva in termini di ABC. Si è già visto come le risposte emotive e comportamentali del paziente (C) riflettano le credenze (B) sulle voci stesse e non siano la conseguenza diretta delle allucinazioni (A). Si è visto inoltre come formalmente le credenze sulle voci siano dei deliri. Le credenze

deliranti più significative sono quelle relative all'identità della voce, alla sua finalità, al suo potere, alle sue conoscenze e alle conseguenze della resistenza o accondiscendenza ad esse.

Discutere le credenze sulle voci

La terapia cognitiva delle voci è per molti aspetti simile alla terapia dei deliri e questo è una logica conseguenza dell'analisi che sostiene che le voci siano degli eventi attivanti (A) e che siano le credenze deliranti sulle voci (B) ad essere connesse ai disturbi comportamentali ed emotivi del paziente (C). Chadwick e Birchwood (1996) raccomandano di iniziare a lavorare innanzitutto sulle credenze che riguardano il potere delle voci e con le credenze relative al controllo e all'accondiscendenza. Questo perché sfidare le credenze relative al potere delle voci è per il paziente meno ansiogeno che sfidare quelle relative all'identità e al significato. Se si ha successo, le voci vengono percepite come meno potenti mentre il paziente si sente più potente e più in grado di proseguire il lavoro di sfida. Un esempio della sfida alle credenze riguarda l'accondiscendenza ai comandi delle voci: è frequente che il paziente creda che le voci gli faranno del male se non ubbidirà o non presterà loro maggior attenzione, ma in realtà ha probabilmente già avuto modo di verificare come questo sia in contraddizione con la propria esperienza. Ogni singola contraddizione va portata all'attenzione del paziente, proponendo l'ipotesi che la credenza sia sbagliata. Analogamente, molti pazienti ritengono che le voci siano onniscienti e questo viene portato come prova del fatto che l'identità delle voci è sovraumana. Per dare inizio al processo di messa in discussione, il terapeuta deve proporre al paziente di considerare falsa la propria credenza, anche solo per un momento, ed ipotizzare spiegazioni alternative alla presunta onniscienza della voce. A questo punto, entrambe le ipotesi (la credenza delirante e la nuova ipotesi esplicativa) vanno sottoposte alla prova empirica.

Prove di efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale alla schizofrenia

Il trattamento cognitivo-comportamentale alla schizofrenia è stato sottoposto da parte del GDG (Guideline Development Group – National Collaborating Centre for Mental Health 2004) ad un'analisi delle prove di efficacia rispetto a: riduzione dei sintomi, ricadute, permanenza in trattamento e prevenzione dei comportamenti suicidari. Il GDG utilizza una definizione della CBT intesa come un intervento psicologico distinto che:

- Incoraggia coloro che ricevono l'intervento a stabilire dei collegamenti fra i pensieri, i sentimenti o le azioni e i sintomi attuali o pregressi;
- Consente a coloro che ricevono l'intervento di rivalutare le proprie percezioni, credenze o ragionamenti sui sintomi bersaglio;

- Implica la presenza di almeno uno dei seguenti aspetti: a) monitoraggio dei pensieri, sentimenti o comportamenti di coloro che ricevono l'intervento, rispetto ai sintomi; b) promozione di modalità alternative per gestire i sintomi bersaglio; c) riduzione dello stress.

I risultati ottenuti evidenziano che “ nel complesso, esistono buone prove d'efficacia che la CBT riduca i sintomi nelle persone affette da schizofrenia fino ad un anno di follow-up, rispetto all' “assistenza standard” e ad altri trattamenti. Le prove d'efficacia sono più consistenti quando la CBT è utilizzata per il trattamento dei sintomi psicotici persistenti piuttosto che per i sintomi acuti. Le prove d'efficacia per l'utilizzo della CBT nella fase acuta di un primo episodio di schizofrenia non sono chiare. Questa terapia può anche migliorare l'insight e l'adesione al trattamento farmacologico e può avere un effetto positivo sul funzionamento sociale. I vantaggi della CBT sono più marcati quando il trattamento è continuato per più di 6 mesi e prevede più di dieci sedute di terapia. Il trattamento a breve termine con la CBT può produrre miglioramenti modesti nei sintomi depressivi, ma è improbabile che abbia un impatto sui sintomi psicotici. Inoltre, quando la CBT è portata avanti per più di 3 mesi, esistono forti prove d'efficacia che i tassi di ricaduta si riducano.” (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; pag. 132)

Bibliografia

- American Psychiatric Association *Ed. it. DSM-IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano, Masson 1995
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. Ed.It. *Terapia cognitiva della depressione*. Torino, Bollati Boringhieri 1987.
- Bellack AL, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social skills Training for Schizophrenia. A Step-by-Step Guide* (1997), Guilford Press. Ed. It. (a cura di) Nicolò G. *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia*. Torino, CSI (2003).
- Bowlby J, (1969) *Attachment and loss*. Vol.1: Attachment. London: Hogarth.
- Bowlby J, (1973) *Attachment and loss*. Vol.2: Separation. London: Hogarth.
- Bowlby J, (1980) *Attachment and loss*. Vol.3: Loss. London: Hogarth.
- Brenner HD (1989) *The treatment of basic psychological dysfunctions from a systemic point of view*. British Journal of Psychiatry 155 (suppl.5): 74-83.
- Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzle N (1994) *The integrated psychological therapy program for schizophrenic patients (IPT)*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Chadwick P, Birchwood M, Trower P. (1996) *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. John Wiley and Sons Ltd. Ed.It. *La terapia cognitiva per i deliri, le voci e la paranoia*. Roma, Astrolabio 1997

- Carrà G, Barale F, Marinoni A. National collaborating centre for mental health. *Schizofrenia: linee guida complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica*. Roma, Pensiero Scientifico Editore (2004).
- Chadwick P, Trower P (1993) *The evaluative belief scale*. Non pubblicato.
- Ciampi L. (1988) *The psyche and schizophrenia. The bond between affect and logic*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Crittenden PM. (1994) *Peering into the black box: an exploratory treatise on the development of self in young children*. Rochester Symposium on Developmental Psychology, 5, 79-148.
- Ellis A. (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. Ed.It. *Ragione e emozione in psicoterapia*. Roma, Astrolabio 1989.
- Falloon I et al. (1992) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*. Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.
- Fowler D, Garety P, Kuipers E. (1995) *Cognitive behaviour therapy for psychosis: theory and practice*. Ed.It. *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi: teoria e pratica*. Milano, Masson 1997.
- Freud S. (1915) *A case of paranoia running counter to the psychoanalytic theory of disease*. In Collected papers: volume two. London: Hogart Press. Trad. It. (1978). *Un caso di paranoia*. In Opere vol. VI. Torino, Bollati Boringhieri.
- Frith CD (1992) *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Garety P. (1985) *Delusions: problems in definition and measurement*. British Journal of Medical Psychology, 58, 25-34.
- Hirsch SR, Jolley AG (1989) *The dysforic syndrome in schizophrenia and its implications for relapse*. British Journal of Psychiatry 155 (suppl.5): 46-50.
- Hodel B, Brenner HD. (1994) *Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions*. Acta psychiatrica Scandinavica, 90 (suppl 384), 108-115.
- Kaplan & Sadock *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. VIII ed. Torino, CSI 2001.
- Kingdon DG, Turkington D. (1994) *Cognitive Behavioural Therapy of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum. Trad. It. (1997) *Terapia cognitivo-comportamentale per la schizofrenia*. Milano, Cortina Ed.
- Kingdon DG, Turkington D. (1991) *Preliminary report. The use of cognitive behavior therapy and a normalizing rationale in schizophrenia*. Journal of nervous & Mental Disease 179: 207-211.

- Kuipers E, Fowler D, Garety P. et al. (1998) *London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: follow-up and economic evaluation at 18 months*. British Journal of Psychiatry, 173, 61-68.
- Linehan MM (1993) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Maher BA (1974) *Delusional thinking and perceptual disorder*. Journal of individual Psychology, 30, 98-113.
- Maher BA (1988) *Anomalous experience and delusional thinking : the logic of explanations*. In F.T. Oltmanns and B.A. MAHER (Eds). *Delusional Beliefs*, New York: John Wiley, 15-33.
- Bannister D (1983) *The psychotic disguise*. In W. Dryden (Ed.). *Therapists' dilemmas*. London: Harper and Row.
- Merlini M. "*Principi della riabilitazione e interventi Terapeutici in Comunità*" Tesi finale del corso di Corso di Specializzazione per Responsabili di Comunità Terapeutiche per la Salute Mentale Settembre 2003 – Marzo 2004
- Meltzer HY, Kupfer DJ, Wyatt R et al. (1970) *Sleep disturbance and serum CPK activity in acute psychosis*. Archives of General Psychiatry 22: 398-405.
- Nuechterlein KH, Dawson ME (1984) *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes*. Schizophrenia Bulletin 10: 300-312.
- Nuechterlein KH. (1987) *Vulnerability models for schizophrenia: state of the art*. In: Search for the causes of Schizophrenia (ed. Hafner H, gattaz WF, Janzarik W). Heidelberg: Springer; 297-316.
- Perris C, Mc Gorry PD. *Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*. Milano, Masson (2000)
- Perris C. (1989) *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York Guilford Press. Ed.It. *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Torino, Bollati Boringhieri 1996.
- Perris C, Merlo CG, Brenner HD. *Terapia cognitiva per la schizofrenia: evoluzione di un approccio terapeutico*. Roma, Il Minotauro (2005)
- Safran JD, Segal ZV. (1990) *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Strauss JS, Carpenter WT Jr. (1981) *Schizophrenia*. New York, NY: Plenum.
- Tarrier N. (1992) *Management and modification of residual positive psychotic symptoms*. In M. Birchwood e N. Tarrier (a cura di), *Innovations in the psychological Management of Schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, et al. (1998) *Randomised controlled trial of intensive cognitive-behavioural therapy for patients with chronic schizophrenia*. BMJ, 317 , 303-307.

- Tarrier N, Beckett R, Hardwood S, et al. (1993) *A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients: I. Outcome*. British Journal of Psychiatry 162, 524-532.
- Tversky A, Kahneman D (1974) *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Science, 185, 1124-1131.
- Wessler RL, Hankin-Wessler SW. (1986) *Cognitive appraisal therapy*. In W Dryden, W Golden (Eds). Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy. London: Harper & Row.
- Zubin J, Spring B. (1977) *Vulnerability- A new view of schizophrenia*. Journal of Abnormal Psychology 86: 103-126.

Chiara Moreschi

**DSM, Unità Operativa di Psichiatria - Asl di Vallecamonica-Sebino,
Specializzata a Verona**

e-mail: chiaramore@virgilio.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