

IPOTESI E METODI DI STUDIO

La psicoterapia di gruppo negli stati mentali a rischio: una ipotesi di trattamento

Silvia Cristofanelli¹

¹ Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 6



Citation

Cristofanelli S. (2023).
La psicoterapia di gruppo negli stati mentali a rischio: una ipotesi di trattamento
Phenomena Journal, 5, 1-12.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.182>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Silvia Cristofanelli
cristofanelli@yahoo.it

Ricevuto: 19 gennaio 2023

Accettato: 23 febbraio 2023

Publicato: 23 febbraio 2023

ABSTRACT

The author claims that early intervention on at-risk mental states, which occur at a young age with disorders affecting the overall functioning of the person, is of fundamental importance in order to prevent the clinical picture from worsening further. Intervening on the prodromic phase means intercepting those clinical pictures that fall within the definition of common emotional disorders (DEC), which are widespread in the Mental Health Centres at this post-pandemic time. Group psychotherapy as a mode of privileged intervention, focusses attention on the dimension of social identity and aims to restore the perception of belonging to a context with the resulting personal value.

KEYWORDS

Common emotional disorders; group cognitive-behavioural psychotherapy; intervention techniques.

ABSTRACT IN ITALIANO

L'autore sostiene che intervenire precocemente sugli stati mentali a rischio, che si manifestano in età giovanile con disturbi che pregiudicano il funzionamento globale della persona, sia di fondamentale importanza al fine di evitare che il quadro clinico si aggravi ulteriormente. Intervenire sulla fase prodromica significa intercettare quei quadri clinici che rientrano nella definizione di disturbi emotivi comuni (DEC), molto diffusi nei Centri di Salute Mentale in questo momento post-pandemico. La psicoterapia di gruppo come modalità di intervento privilegiata, focalizza l'attenzione sulla dimensione dell'*identità sociale* ed ha come obiettivo ripristinare la percezione di appartenenza ad un contesto con il valore personale che ne consegue.

PAROLE CHIAVE

Disturbi emotivi comuni; psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo; tecniche d'intervento.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

Secondo Yung e McGorry [1] è ritenuto oramai opportuno intervenire sugli esordi della sintomatologia degli “stati mentali a rischio”, ARMS (at Risk Mental State), che si manifestano in:

- cambiamenti comportamentali
- cambiamenti emozionali
- cambiamenti cognitivi

Nelle linee guida introdotte dal PANMS (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, 24 Gennaio 2013), vengono definiti i criteri operativi che ogni dipartimento di salute mentale deve considerare. Si sottolinea la necessità di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che consideri la necessità di istituire un modello specifico e differenziato sulla base dei bisogni di salute delle persone, trasversale e indipendentemente dal luogo di residenza, denominato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Barlow e colleghi [2] sostengono che se i PDTA hanno prevalentemente impegnato in passato nei centri di salute mentale i disturbi gravi e cronici, tanto più ora in questo complesso momento di emergenza sanitaria post-pandemica, che ha visto un aumento del 50% di una serie di disturbi che non possono essere definiti in senso categoriale, i cosiddetti disturbi emotivi comuni (DEC), è necessario pensare a percorsi di cura coerenti e finalizzati a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche, come appunto i PDTA.

Nel lavoro qui presentato, in una ottica di prevenzione del disagio psichiatrico grave e di intervento precoce, abbiamo avvertito la necessità di dare una risposta coerente e finalizzata a tutte quelle problematiche ascrivibili ai DEC che presentano un quadro eterogeneo, come stati depressivi, disturbi d’ansia e fobie sociali, disturbi somatoformi e condizioni di disagio esistenziale, problematiche che possono essere prodromiche di un disagio psichiatrico grave, se non precocemente trattate. Il modello dei sintomi di base a cui ci si riferisce, è quello di Shultze-Lutter e Klosterkötter [3] che punta l’attenzione sui deficit lievi (*substrate close*) del funzionamento mentale, in particolare nella fase prodromica che precede lo sviluppo di un quadro psicopatologico più conclamato, in cui il funzionamento sociale e attitudinale appare già compromesso e pregiudicato. Secondo gli autori, è quindi necessario individuare la fase prodromica in uno stadio precoce, per prevenire non solo la psicosi od altri disturbi psicopatologici seri, ma anche il difetto funzionale correlato. Il modello psicoterapeutico di riferimento è quello della psicoterapia cognitiva post-razionalista, che pone le sue basi a partire dal padre fondatore Vittorio Guidano. Nell’orientamento post-razionalista è posta grande enfasi sul funzionamento autoreferenziale del sé e sulla sua fondamentale unitarietà. Guidano [4] sottolinea la processualità e la dimensionalità nell’esprimersi delle diverse Organizzazioni di Significato Personale (OSP), che si dispiegano lungo un continuum, dalla normalità all’area nevrotica, fino a quella psicotica. L’intero ciclo di vita si muove attraverso il dispiegarsi di una propria trama narrativa interna, in cui lo stile di attaccamento e il proprio stile affettivo, sono la

cornice entro cui si struttura l'esperienza. Nell'ottica della processualità il modello teorico del post-razionalismo, fa riferimento al Modello Dinamico Maturativo (DMM) sull'attaccamento di Patricia Crittenden [5].

Il Modello Dinamico Maturativo, è più incline a disporre i modelli di attaccamento atipici lungo un continuum di integrazione del sé. Secondo la Crittenden gli aspetti fondamentali del funzionamento mentale, si muovono attraverso una continua riorganizzazione dell'esperienza e avvengono mediante la ricerca delle regolarità e delle discrepanze, tra ciò che era atteso e ciò che è avvenuto. Il dispiegarsi del proprio stile di attaccamento, determina il modo in cui strutturiamo le nostre relazioni affettive e si muove attraverso queste due costanti, che intervengono a determinare la "qualità" del proprio assetto esistenziale dell'intero ciclo di vita. La strategia terapeutica del modello post-razionalista, sempre secondo Guidano [6] si focalizza sulla progressiva consapevolezza della dialettica e dell'interfaccia tra l'esperienza immediata (Io), che sperimenta e agisce e l'immagine cosciente di sé (Me), che osserva e valuta. Lavorare in questa ottica, significa riconoscere come autoreferenziali i propri significati personali di costruzione dell'esperienza, che nel modello post-razionalista prendono il nome di Organizzazioni di Significato Personale (OSP). Significa legittimare le discrepanze ed i meccanismi di autoinganno che intervengono a mantenere il senso di sé in corso, talvolta in modo disfunzionale e maladattativo, così da favorire la costruzione di una trama narrativa del sé più articolata e complessa, che è il fine ultimo del percorso terapeutico. Tuttavia nel progettare una psicoterapia di gruppo, che è il modello di intervento che abbiamo privilegiato, è necessario tenere presenti alcune variabili che possono interferire con il percorso terapeutico, variabili che nella nostra esperienza abbiamo riscontrato essere sempre presenti. La difficoltà ad esporsi in gruppo connessa al timore del giudizio e di una possibile critica, la vergogna del sentirsi inadeguati e comunque non all'altezza, in particolare nella fase conoscitiva in cui il clima di appartenenza non si è ancora consolidato, sono elementi che possono interferire ed ostacolare la costruzione di un clima caldo ed empatico, che è la premessa per la costruzione di ogni gruppo. Inoltre, talvolta è necessario comprimere i tempi di esposizione di ognuno e focalizzare l'attenzione del gruppo sulla condivisione dei vissuti emotivi e cognitivi, stimolando l'esplorazione sulla risonanza emotiva e sul confronto con l'altro, che è il processo attraverso cui è possibile consolidare il senso di individuazione e di differenziazione del sé.

Ciò può arrecare malcontento e delusione in alcuni, in particolare tra coloro che necessitano e che richiedono una maggiore visibilità, tanto da innescare comportamenti oppositivi e di sfida, che se non adeguatamente fatti rientrare, possono determinare talvolta acting-out con abbandono repentino del percorso di cura. È necessario che la strategia terapeutica consideri queste variabili che inevitabilmente appartengono alla storia dei contesti umani e delle relazioni, cercando di favorire il più possibile un clima espositivo di totale accettazione dell'altro, libero dal giudizio ed empatico, tanto più nei confronti di chi invece desidera, nonostante tutto, distruggerlo. È utile in questi casi, affiancare un percorso di consultazione psicologica individuale, che rafforzi l'autostima ed integri gli aspetti disfunzionali e rigidi dei modelli operativi

interni, mitigando l'irrompere di aspetti disregolativi di emozioni disturbanti. Il modello di trattamento qui proposto, ha cercato di considerare tutto questo, favorendo l'integrazione dei vissuti emotivi disturbanti attraverso la legittimazione ed il riconoscimento del dolore condiviso in un contesto caldo ed accogliente, dove è possibile sentirsi comunque accolti.

2. Terapia di gruppo: razionale della scelta

Abbiamo ritenuto opportuno adottare la psicoterapia di gruppo per questa tipologia di problematiche psichiche, in quanto riteniamo necessario privilegiare una modalità di esplorazione dei vissuti esperienziali attraverso la graduale condivisione con gli altri partecipanti. Attraverso la *dialogicità* [7] intesa come una disposizione verso l'altro, fondata sulla reciprocità e sul riconoscimento dell'intersoggettività, è possibile riconoscere il proprio percorso individuale, che ha portato talvolta, all'attivazione e alla stabilizzazione di determinati assetti emozionali e cognitivi disfunzionali.

Inoltre, secondo il modello elaborato da Frith [8] l'intervento basato sul gruppo mira a migliorare i processi di cognizione sociale, in quanto le problematiche psicopatologiche connesse al ritiro sociale, convergerebbero in un deficit neuropsicologico a carico dei processi di mentalizzazione e di socializzazione, da cui deriva la difficoltà ad integrare in schemi conoscitivi più articolati e complessi, il significato ed il valore della relazione con l'altro. Infine scegliere un percorso terapeutico di gruppo, rende possibile costruire una cornice entro cui sperimentare la relazione con l'altro e rafforzare il senso della propria *identità sociale*, che come dice Tajfel [9] è quella parte del concetto di sé di un individuo che deriva dalla consapevolezza di appartenere ad un gruppo, unito al valore emotivo attribuito a tale appartenenza.

3. Obiettivi e finalità

Costruire una cornice entro cui sperimentare il senso di appartenenza ad un contesto sociale entro cui è possibile sentirsi accolti, che ha come obiettivo rafforzare il senso della propria identità sociale, deve considerare tuttavia alcuni passaggi fondamentali.

Tali passaggi possono essere sintetizzati attraverso i seguenti percorsi:

- costruzione e mantenimento dell'adesione al trattamento
- introdurre modelli di spiegazione sul disagio emotivo
- restituire un senso all'esperienza soggettiva ed intersoggettiva
- riconoscimento precoce dei segnali di disagio
- mantenimento e miglioramento del funzionamento sociale

Le finalità dell'intervento hanno come esiti i seguenti traguardi:

- miglioramento delle disfunzioni meta cognitive
- miglioramento degli schemi interpersonali rigidi e coartati

- ❑ miglioramento della tendenza all'inibizione e all'appiattimento emotivo
- ❑ miglioramento delle capacità di decentramento cognitivo

4. Metodologia

4.1 Caratteristiche del gruppo

I partecipanti al gruppo sono stati di età compresa tra i 18 anni e i 24 anni, per la prima volta afferenti ad una struttura psichiatrica, non abusatori di sostanze od alcool in maniera abituale e continuativa, con Q.I. maggiore di 70 e problematiche ascrivibili ai DEC. La frequenza al gruppo è stata di una seduta a settimana, della durata di 2 ore ciascuna, per un totale di 24 incontri; la conduzione del gruppo è stata affidata a due co-terapeuti.

Sono stati sottoposti al trattamento 8 pazienti di cui 3 maschi e 5 femmine.

È stata garantita ad ognuno dei partecipanti l'opportunità di affiancare alla terapia di gruppo una terapia individuale, sollecitando la partecipazione al gruppo con una modalità attiva ed interattiva, rispettando i tempi di ognuno per l'esposizione "in vivo".

4.2 Assessment

L'assessment ha avuto come finalità quella di condividere fin dalle prime fasi un "patto di cura" coerente e finalizzato, entro cui tutti sono coinvolti nel raggiungimento di un traguardo ed ognuno dei partecipanti in qualche modo ne è stato il protagonista.

La fase di valutazione ha previsto i seguenti passaggi:

- ❑ prima visita psichiatrica e psicologica
- ❑ screening psicodiagnostico

Nella valutazione psicodiagnostica abbiamo ritenuto opportuno considerare la valutazione del Funzionamento dei Livelli di Personalità, il livello di compromissione delle funzioni cognitive coinvolte e l'indice del Quoziente emozionale.

Di seguito sono riportati i test somministrati all'inizio del trattamento (t0) e a conclusione del trattamento (t1), al fine di monitorare l'andamento della sintomatologia e verificare l'effettivo miglioramento del quadro generale.

- ❑ **Spi-a** (*Schizophrenia Proneness Instrument- Adult*)
- ❑ **SCL-90-R** (*Symptom Checklist-90-R*)
- ❑ **EQ- i** (*Emotional Quotient Inventory*)
- ❑ **Scala del Funzionamento dei Livelli di Personalità- DSM-5**

La scelta di somministrare la Spi-a, è nata dall'esigenza di misurare la presenza e l'intensità dei cosiddetti "sintomi di base", che sottostanno molto spesso ai DEC. L'esigenza di valutare i sintomi di base, al fine di intervenire precocemente prima che la sintomatologia degeneri in un quadro più complesso, prende origine dall'idea di Huber e Gross [10] e successivamente da Schultze-Lutter e Addington [11] che ne hanno elaborato lo strumento. Abbiamo pensato che utilizzare la Symptom Chec-

klist-90-R potesse offrire dei vantaggi, in quanto oltre ad essere uno strumento ampiamente validato e di facile somministrazione in ambito clinico per la valutazione della gravità dei sintomi del disagio psichico, può fornire una misura di outcome in psicoterapia. La scelta dell'EQ-i si è basata sulla peculiarità diagnostica dello strumento, in quanto consente di valutare variabili fondamentali come la competenza emotiva sociale e personale dell'individuo e permette di individuare cinque scale principali, (intrapersonale, interpersonale, adattabilità, gestione dello stress e umore generale) e quindici sottoscale, che forniscono un punteggio totale del quoziente emotivo. Inoltre la valutazione del Funzionamento dei Livelli di Personalità, ha potuto fornire indicazioni utili sia rispetto all'area del Sé che rispetto all'area Interpersonale, delineando il grado di compromissione dell'identità e della capacità di autodeterminazione, oltre che della capacità di empatia e del desiderio di intimità.

4.3 Consultazione psicologica individuale

Successivamente alla fase diagnostica, intercettati i partecipanti al gruppo, è seguita una fase di consultazione psicologica individuale di 4/5 incontri. La fase di consultazione psicologica ha avuto la finalità di costruire una interpretazione dei sintomi a partire da un modello condiviso, che ha definito la cornice entro cui selezionare e adattare gli interventi, promuovere il cambiamento e prevenire le ricadute. La fase di consultazione segue il modello post-razionalista, che secondo Guidano [12] converge sulla comprensione del proprio stile di costruzione dell'esperienza e si articola nei seguenti passaggi:

- Focalizzazione e riordinamento dell'esperienza immediata.
- Differenziazione tra spiegazione ed esperienza immediata (passare dal perché... al come).
- Riconoscere i propri ed altrui pensieri ed emozioni.
- Favorire il passaggio di una spiegazione del sintomo da “*esternalizzata*” ad “*internalizzata*”.

5. Strategia terapeutica di gruppo

La strategia terapeutica nella prima fase di 4 incontri circa, ha cercato di favorire un primo livello di mentalizzazione, che secondo il modello di Fonagy [13] è quel processo attraverso cui apprendiamo che la nostra esperienza del mondo è mediata dal fatto che possediamo una mente, quindi intrinsecamente legata allo sviluppo del sé e all'elaborazione graduale della sua organizzazione.

Per questa finalità si sono utilizzate tecniche immaginative, che potessero consentire un accesso graduale e neutro ai propri contenuti e costruire l'adesione al trattamento. La fase successiva di ulteriori 4 incontri, ha mantenuto un livello di esposizione graduale, attraverso l'utilizzo delle tecniche sotto elencate, che secondo il modello post-razionalista [14] potessero consentire un primo livello di internalizzazione e di riconoscimento del proprio stile di costruzione dell'esperienza:

- ❑ *Tecniche immaginative*, (come il sogno guidato).

- ❑ *Periferizzazione*, (l'attenzione è posta su accadimenti che presentano gradienti emozionali accessibili).
- ❑ *Attività bilivellare*, (distinguere tra l'immergersi nell'emozione e monitorare ciò che sta accadendo).
- ❑ *Depotenziamento* (condurre l'esplorazione dell'emozione temuta gradatamente).

Successivamente, allorchè la capacità di esplorazione diventava più fluida e meno coartata, la terapia ha focalizzato l'attenzione sulla consapevolezza del proprio stile di attaccamento e di relazione affettiva. Attraverso i ricordi dei vissuti emozionali ed esperienziali connessi ai propri legami genitoriali, è stato possibile riordinare e ricollocare in una trama narrativa del sé più articolata e complessa, scene di vita scarsamente integrate. Questa fase della terapia durata 4 incontri è stata di fondamentale importanza, in quanto ha reso possibile riconoscere emozioni e contenuti ideativi disturbanti, ricollocandoli in esperienze di vita passata e all'interno di una cornice affettivo-relazionale. Secondo il modello del “*social referencing*” di Fonagy e Target [15] la terapia si è centrata sul riconoscimento degli stili devianti genitoriali di rispecchiamento. Ciò ha reso possibile accedere al dolore di disconferme e di rifiuti attraverso il ricordo di scene nucleari prototipiche. La fase centrale dell'intero percorso terapeutico, durata 8 incontri, si è focalizzata sull'esposizione in vivo dei propri episodi critici, così come spontaneamente si andavano dispiegando nella quotidianità di ognuno. Questa fase della terapia, resa possibile dalla maggiore capacità di mentalizzazione e di differenziazione, ha consentito il consolidamento di un senso di identità più stabile e più differenziato. Come dice Guidano [16] riconoscere i processi che orientano il senso della propria esistenza e del proprio agire, riconoscere i meccanismi di autoinganno e le discrepanze che intervengono come processi “*taciti*” nel mantenere il senso di una propria coerenza interna spesso disfunzionale e maladattativa, favorisce il processo di integrazione del sé verso un livello di consapevolezza più articolato e complesso. Le tecniche utilizzate in questa fase, ove ognuno dei partecipanti riusciva ad esprimere più liberamente il proprio disagio attraverso l'esposizione diretta, si sono intervallate a tecniche di esposizione più liberatorie e giocose come il role-playing, attraverso cui “*mettere in scena*” situazioni critiche nel ruolo interscambiabile di attore protagonista e di osservatore neutro. Abbiamo potuto riscontrare che intervallare le tecniche di esposizione in questa fase della terapia, ha avuto la finalità di risvegliare l'adesione al trattamento. Il dolore messo in scena, poteva essere esperito e contenuto da un intero gruppo che poteva farsene carico. Secondo Castelfranchi [17] l'esperienza dell'appartenenza ad un gruppo è importante per tutti gli individui in funzione della costruzione della propria identità. Così l'esperienza del sentire di appartenere ad un contesto umano da cui potersi sentire nutriti, ha ulteriormente rafforzato in ognuno dei partecipanti il senso della propria identità, imprigionato dentro schemi rigidi e disfunzionali. L'ultima fase della terapia di 4 incontri si è centrata sul consolidamento del riconoscimento precoce del disagio. La percezione di inadeguatezza poteva essere integrata ed associata ai pensieri disfun-

zionali ed automatici, “quando gli altri mi conosceranno scopriranno chi sono”. Il distacco ed il senso di estraneità veniva associato a “è inutile, non capisco gli altri e gli altri non capiscono me”. Il senso di costrizione e la perdita di controllo, “sono costretto a tollerare la presenza degli altri”.

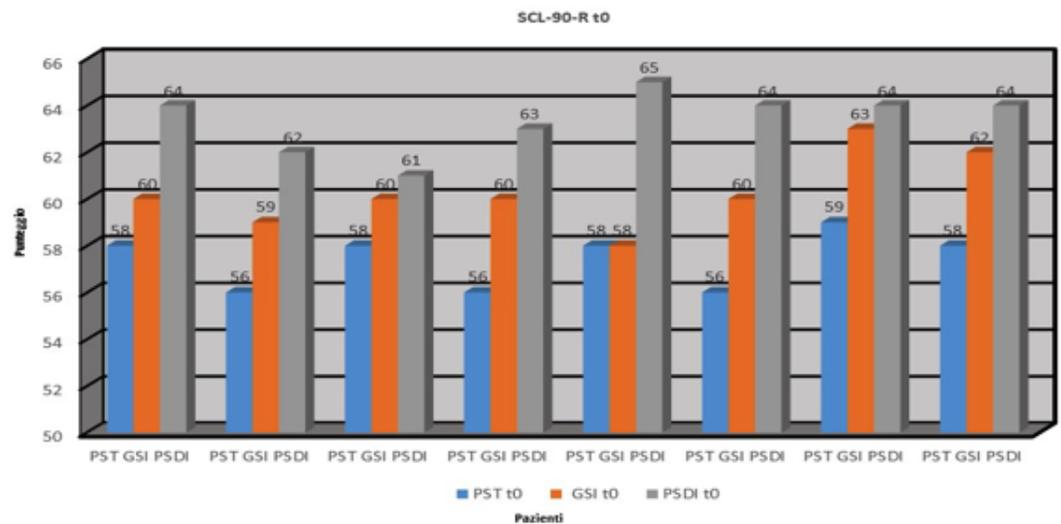
6. Analisi dei dati

L'esiguità del campione e l'assenza di un gruppo di controllo hanno consentito solo un'analisi descrittiva dei risultati, con confronto tra le medie del gruppo ad inizio trattamento (t0) e a fine trattamento (t1) ed analisi dei casi singoli.

7. Risultati

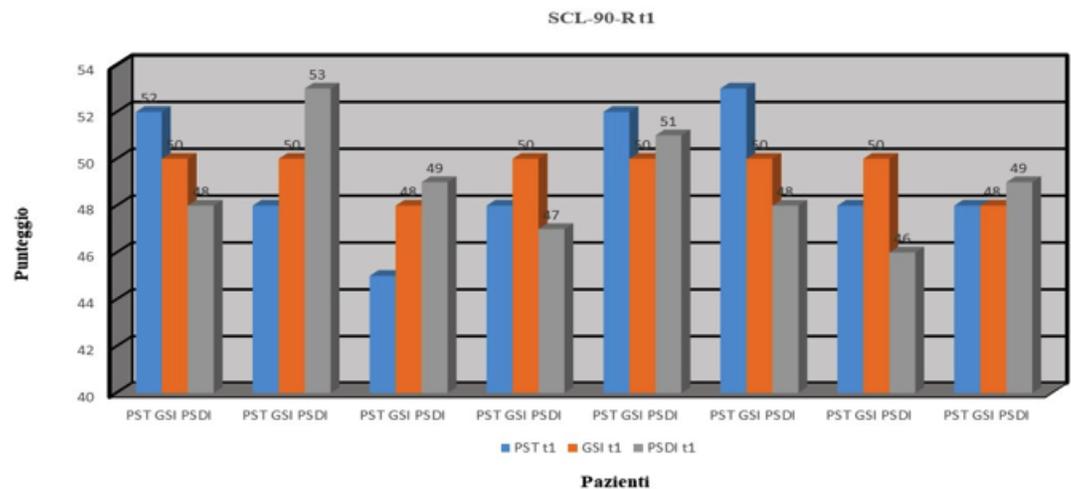
Il confronto delle medie ottenuto da ognuno dei partecipanti al test SCL-90-R tra gli indici globali ad inizio trattamento (v.Fig.1), ha rilevato punteggi che si collocano ad un livello di gravità moderato (da 55 a 65 puntiT) per quanto riguarda l'indice GSI (*Global Severity Index*), indicatore globale del livello di intensità e di profondità del disagio. Mentre abbiamo riscontrato un livello di gravità elevato (da 65 a 75 puntiT) per quanto riguarda l'indice PSDI (*Positive Symptom Distress Index*), che rappresenta l'intensità dei sintomi esperita dal soggetto.

Fig. 1: confronto medie indici globali SCL 90-R (t0)



A fine trattamento i punteggi al test SCL-90-R (v.Fig.2), hanno evidenziato una sostanziale riduzione dei punteggi dell'indice globale PSDI, che è risultato essere l'indice più significativo tra tutti, collocandosi ad un livello di intensità da moderato ed in alcuni casi ad un livello di normalità (da 45 a 55 punti T). Ciò a conferma che il percorso terapeutico aveva consolidato in ognuno dei partecipanti, una maggiore capacità di accedere ed integrare i propri vissuti dolorosi senza restarne sopraffatto.

Fig. 2: confronto medie indici globali SCL 90-R (t1)

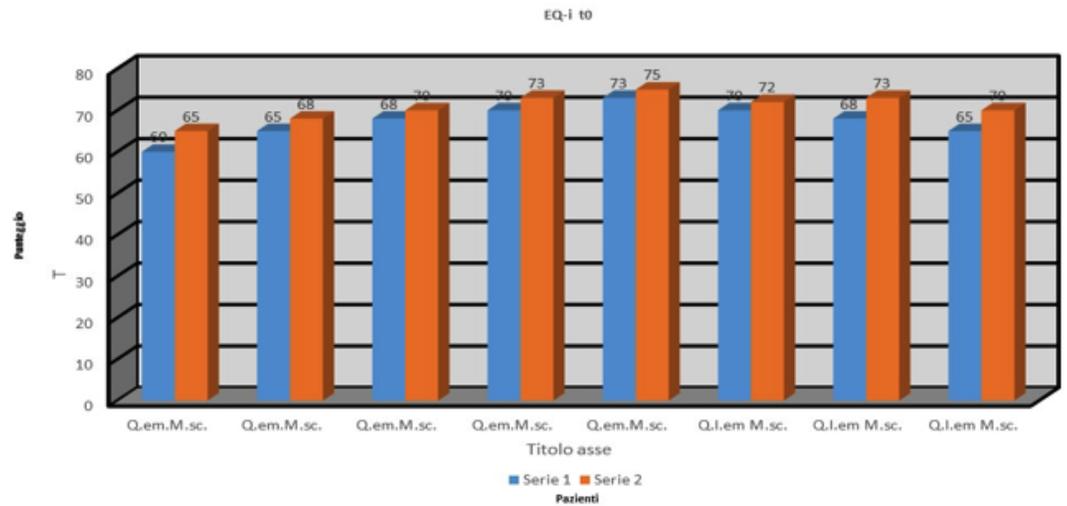


Al test EQ-i ad inizio trattamento (v.Fig.3), i punteggi si collocano ad un Quoziente emotivo Totale compreso tra un livello basso (da 70 a 90 puntiT) ad un livello molto basso (da 50 a 70 puntiT), indicatore questo di una compromissione generale in tutte e 4 le scale principali qui elencate:

- ❑ **Intrapersonale:** consapevolezza di sé e delle proprie capacità nell'espressione e comprensione dei propri stati d'animo, pensieri e idee.
- ❑ **Interpersonale:** capacità di comprendere ed apprezzare i sentimenti altrui instaurando e mantenendo relazioni interpersonali responsabili e soddisfacenti.
- ❑ **Adattabilità:** capacità di verificare oggettivamente i propri stati d'animo e quelli degli altri in funzione delle richieste dell'ambiente esterno, mostrando flessibilità nel gestire e modificare emozioni e pensieri al cambiare delle situazioni.
- ❑ **Gestione dello Stress:** capacità di gestire le situazioni stressanti tenendo sotto controllo emozioni ed impulsi.
- ❑ **Umore Generale:** capacità di essere ottimisti, saper provare ed esprimere sentimenti positivi e saper godere della presenza degli altri.

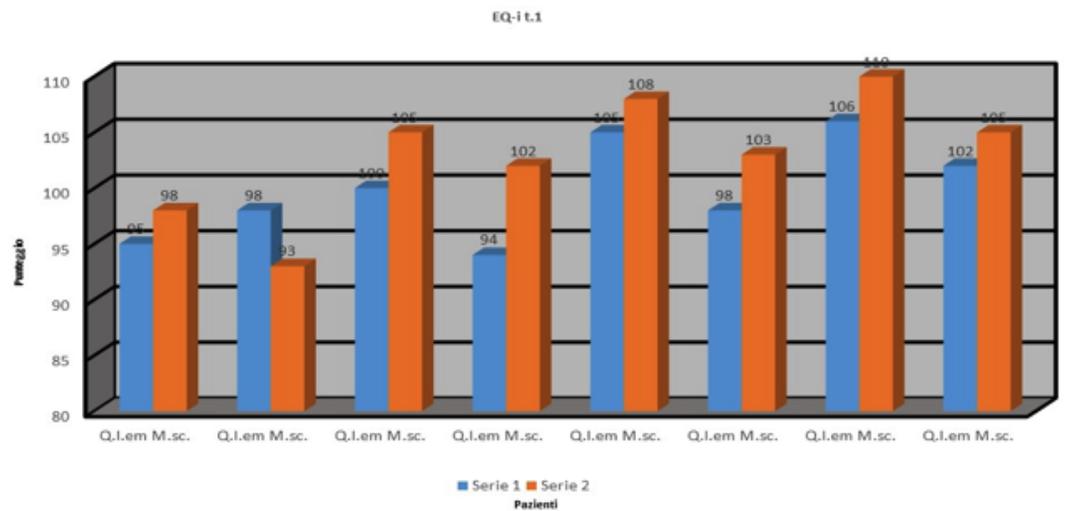
Anche la media delle sottoscale si colloca ad un punteggio da basso a molto basso ed è composta da alcune dimensioni riferite ad aspetti diversi di ogni singola scala principale.

Fig. 3: confronto Q.em. e M. scale (t0)



A fine trattamento i punteggi al test EQ-i si collocano ad un livello medio (da 90 a 110 punti T), sia per quanto riguarda il Quoziente emotivo Totale sia rispetto alla media delle sottoscale (v.Fig.4).

Fig. 4: confronto Q.em. e M. scale (t1)



Ciò a conferma dell'ipotesi di partenza, che un percorso terapeutico di gruppo ha consolidato non solo la consapevolezza di sé, ma ha accresciuto la capacità di mentalizzazione di sé e dell'altro, deficitaria e compromessa in partenza. Attraverso il percorso terapeutico, ampliando la comprensione dei propri modelli di costruzione dell'esperienza e differenziandosi dagli altri, è stato possibile conoscere modalità relazionali intime ed accoglienti, che hanno restituito la dignità ad una immagine di sé incerta e svalorizzata da esperienze affettive pregresse. La valutazione espressa dai

partecipanti ad inizio trattamento circa il funzionamento della loro vita, Scala del Funzionamento dei Livelli di Personalità DSM-5, ha riscontrato in 6 di loro un livello di disfunzione da moderato (liv.2) a grave (liv.3) in particolare nell'area interpersonale, che descrive la capacità di empatia e la capacità di costruire e mantenere relazioni intime. Nei restanti partecipanti non si sono riscontrate differenze significative sia rispetto all'area del sé sia rispetto all'area interpersonale. Infine, la valutazione fornita dalla Scala Spi-a, ha individuato 3 partecipanti positivi ai criteri *codgis* (Cognitive Disturbances), che sono i sintomi di base maggiormente predittivi di un probabile esordio psicotico nell'arco dei prossimi sei mesi se non trattato. La positività ai criteri *codgis*, prevede la presenza di almeno due dei nove sintomi di base sotto elencati, con un valore maggiore o uguale a 3, che equivale ad un livello di intensità moderata (sintomi presenti più volte a settimana) negli ultimi tre mesi. I punteggi ai sintomi di base *codgis* vanno da un range di 0 (sintomi assenti) ad un massimo di 6, che equivale ad un livello di intensità estrema (sintomi presenti quotidianamente e continuamente).

Criteri per *codgis*:

- Incapacità di suddividere l'attenzione
- Interferenza di pensieri emotivamente neutri
- Affollamento, pressione dei pensieri, fuga delle idee
- Blocco del flusso del pensiero
- Disturbo recettivo del linguaggio
- Disturbo espressivo del linguaggio
- Tendenza all'autoreferenzialità, "ego-centrismo"
- Disturbo della comprensione simbolica
- Tendenza a fissare l'attenzione su dettagli percettivi

8. Conclusioni

Il protocollo adottato ha prodotto sostanzialmente una riduzione della sintomatologia attraverso un percorso di gruppo finalizzato ad una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni, oltre che attraverso una maggiore capacità di esplorazione dei propri stati interni. Contestualmente la modalità gruppale ha favorito in tutti i partecipanti, il recupero del desiderio di reciprocità e di intimità con l'altro, connesso al valore personale che ne consegue in termini di maggiore autostima e rafforzamento dell'immagine di sé.

BIBLIOGRAFIA

1. Yung, A. R., & McGorry, P.D. (1996). *The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations*. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.
<https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>
2. Barlow, D. H. et al., Cavalletti, V. (a cura di) (2021). *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi*. Milano: Franco Angeli.
3. Scultze-Lutter F., Klosterkötter, J., et al. (2007). *Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria*. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 4(1), 11-22.
4. Guidano, V.F. (1987). *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri Arnkil, T.E.,
5. Crittenden, P.M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Milano: Guerini Studio.
6. Guidano, V.F., (1992). *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Milano: Franco Angeli.
7. Seikkula, J. (2012). *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Trento: Erickson.
8. Frith, C. (1995). *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
9. Tajfel, H. (1999). *Gruppi umani e categorie sociali*. Bologna: il Mulino.
10. Huber, G., Gross, G. (2002). *La psicopatologia di Kurt Schneider*. Roma: La Feltrinelli.
11. Schultze-Lutter, F., Addington, J. and Ruhrmann, S. (2016). *Schizophrenia Proneness Instrument adult version (SPI-A)*. Roma: Giovanni Fioriti Editore Srl.
12. Guidano, V. F., (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*. Milano: Franco Angeli.
13. Fonagy, P., Gergely G., Jurist E.L. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Editore: Karnac Books.
14. Guidano, V.F., Cutolo G. (a cura di) (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Milano: Franco Angeli.
15. Fonagy, P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
16. Nardi, B. (2001). *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo*. Milano: Franco Angeli.
17. Castelfranchi, C. (2005). *Che figura. Emozioni e immagine sociale*. Bologna: Il Mulino.