

TRAINING METACOGNITIVO PER PAZIENTI CON SCHIZOFRENIA

MCT



© Steffen Moritz

Steffen Moritz, Todd S. Woodward,
Vittorio Di Michele,
Gruppo di Studio sulla Metacognizione¹

VanHam Campus Press 2010
Ultima revisione: luglio 2017

I moduli della MCT possono essere ottenuti sul sito www.uke.de/mct
Contatti: moritz@uke.de (Prof. Steffen Moritz, Amburgo)

¹Il Gruppo di Studio sulla Metacognizione è composto dai soggetti citati personalmente nei ringraziamenti

sesto volume, versione 6.4

RINGRAZIAMENTI PER LA REVISIONE

Negli ultimi mesi abbiamo proceduto ad una ulteriore revisione del programma sul training metacognitivo per pazienti affetti da schizofrenia (Metacognitive Training, MCT).

Quanto conseguito sarebbe stato impossibile senza l'impegno di molte persone. Innanzitutto, desideriamo ringraziare Julia Aghotor, Birgit Hottenrott, Ruth Veckenstedt, Rebecca Küpper, Lena Jelinek, Christiane Schmidt, Florian Scheu e Sabine Sperber, per aver redatto la maggior parte dei nuovi esercizi, nonché Sarah Randjbar e Jana Volkert per aver rivisto le versioni preliminari del presente manuale. I suggerimenti migliorativi di Kerry Ross, Philippa Garety e Daniel Freeman, ad esempio sul Modulo 2, sono stati raccolti con gratitudine. Il nuovo layout è stato sviluppato da Andrea Dunker. Da ultimo, ancora grazie ai nostri pazienti² e al crescente numero di scienziati che impiegano il MCT, il cui feedback è stato essenziale per migliorare l'efficacia del MCT.

Per la sesta edizione, gli autori desiderano ringraziare Devon Andersen, Mahesh Menon, Nathalie Werkle, Joy Hermeneit e Marie Hammerling, per l'importante contributo sui nuovi moduli riguardanti l'autostima e lo stigma.

Pubblicazione sui risultati attuali

Una rassegna sui risultati alquanto incoraggianti circa l'efficacia del training metacognitivo è stata pubblicata su *Current Opinion in Psychiatry* (Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt, & Woodward, 2010) e *Clinical Psychology Review* (Moritz et al, 2014). Potete effettuare il download di questi ed altri articoli sul sito www.uke.de/mct.

² Siamo consapevoli che alcuni partecipanti al MCT non sono dei degenti né pazienti esterni. Il termine paziente è usato nel presente manuale per riferirsi alla maggioranza dei partecipanti che sono sotto trattamento e non è inteso a degradare o stigmatizzare qualsiasi persona con una malattia mentale

Donazioni

Se desidera sostenere il MCT, saremmo molto grati di ricevere delle donazioni. Chiaramente, forniremo supporto e aiuto a chiunque, a prescindere del rispettivo sostegno finanziario. Nessuno deve sentirsi moralmente obbligato a dare un contributo.

Noi garantiamo che tutte le donazioni saranno utilizzate per il perfezionamento del MCT (gli obiettivi per il futuro includono la traduzione del MCT in altre lingue, nuove immagini, la somministrazione del MCT negli istituti di cura). Su richiesta, possiamo inviarvi una quietanza per la donazione.

Le donazioni devono essere versate sul seguente conto:

Intestazione: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Coordinate bancarie: Hamburger Sparkasse (200 505 50)

Numero di conto: 1234 363636

Causale (questa informazione è di cruciale importanza per assicurarvi che ci pervenga la donazione): 0470/001 - Metacognition

IBAN: DE54200505501234363636

BIC/Swift: HASPDEHHXXX

INTRODUZIONE

Perché un training cognitivo per la schizofrenia?

La schizofrenia è un disturbo psichiatrico complesso. I suoi sintomi nucleari sono deliri e allucinazioni. L'ultima decade ha testimoniato un cambiamento nella concettualizzazione e nel trattamento del disturbo.

Il trattamento psicofarmacologico con neurolettici rappresenta ancora la forma principale di terapia. Tuttavia, le riserve profondamente radicate nei confronti della psicoterapia per la schizofrenia, sono state di recente poste profondamente in discussione. Alla luce del grande numero di pazienti che mostrano una risposta scarsa o assente ai neurolettici, o che abbandonano il trattamento a causa di effetti collaterali e per mancanza di insight (Byerly, Nakonezny, & Lescoffair, 2007; Elkis, 2007; Voruganti, Baker, & Awad, 2008), la ricerca sulle strategie psicoterapeutiche complementari e sui trattamenti cognitivi, sta assumendo una importanza sempre più crescente. I trattamenti cognitivo - comportamentali, in particolare, hanno dimostrato di essere un utile approccio complementare alla psicofarmacologia (Wykes, Steel, Everitt, & Tarrrier, 2008). Il presente training metacognitivo è basato sui fondamenti teorici del modello cognitivo comportamentale della schizofrenia, avvalendosi comunque di un approccio terapeutico lievemente diverso.

L'obiettivo principale del training metacognitivo consiste nel cambiare la "infrastruttura cognitiva" dell'ideazione delirante. Il programma MCT comprende moduli focalizzati sui comuni errori cognitivi e sulle distorsioni agenti nella risoluzione dei problemi nella schizofrenia; vengono inoltre affrontati anche i problemi emotivi. Tali errori e tendenze, presi singolarmente o abbinati, possono culminare nella formazione di false credenze fino al punto di diventare deliri (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt, & Woodward, 2010). Le sessioni sono volte a sensibilizzare il paziente su tali distorsioni e indurlo a riflettere criticamente, integrare e cambiare il suo attuale repertorio di risoluzione dei problemi. Dal momento che la psicosi non è un evento improvviso e istantaneo, ma è spesso preceduto da un cambiamento graduale nella valutazione delle proprie cognizioni e del proprio ambiente sociale (e.g. Klosterkötter, 1992), migliorare la competenza metacognitiva può agire in termini di profilassi sulla crisi psicotica. Il compito affidato ai partecipanti al termine di ciascuna sessione offre un supporto in tale processo.

³ La metacognizione può essere descritta come "pensare il pensiero", e comprende la capacità di selezionare delle risposte appropriate. Essa comprende anche il modo in cui valutiamo e ponderiamo le informazioni e il modo in cui affrontiamo le limitazioni cognitive

Ciascun modulo comincia con degli elementi psicoeducazionali e “normativi”: attraverso numerosi esempi ed esercizi ciascun dominio cognitivo viene introdotto (es. saltare alle conclusioni) e viene discussa e illustrata la fallacia della cognizione umana. In un secondo passaggio, sono evidenziati, gli estremi patologici di ciascun errore cognitivo: i pazienti vengono introdotti al concetto che una distorsione del pensare “normale” conduce a problemi nella vita di tutti i giorni, e talvolta può culminare in idee deliranti. Tutto questo è illustrato con esempi di casi che riguardano persone con psicosi, fornendo l’opportunità ai partecipanti al gruppo di scambiarsi le proprie esperienze se si sentono inclini a farlo. I pazienti apprendono come riconoscere e difendersi dalle trappole cognitive. In questo contesto sono illustrate anche le strategie di coping disfunzionali (es., evitamento, negazione), unitamente alle modalità di sostituzione con strategie più utili.

Tra gli stili di pensiero problematici riconosciuti quali potenziali fattori che contribuiscono allo sviluppo dei deliri si annoverano una maggiore tendenza al pregiudizio del sé (self-serving bias) (modulo 1), una tendenza a saltare alle conclusioni (modulo 2 e 7), un pregiudizio a non prestare attenzione alle prove disconfermanti (**Bias Against Disconfirmatory Evidence, BADE**) (modulo 3), carenze nella teoria della mente (modulo 4 e 6), eccessiva sicurezza negli errori di memoria (modulo 5) e modelli cognitivi depressivi (modulo 8). Pur in presenza di buone prove empiriche sulla validità di tali ragioni, alcune restano oggetto di continuo dibattito scientifico (Freeman, 2007; Garety & Freeman; Savulich, Shergill & Yiend, 2012). Nei due moduli aggiuntivi, affrontiamo l’autostima (Modulo Aggiuntivo I) e il pregiudizio/stigma (Modulo Aggiuntivo II) perché molti pazienti soffrono di problemi affettivi e il miglioramento del benessere emotivo è considerata una priorità terapeutica da parte del paziente.

I moduli sono somministrati con la struttura dell’intervento di gruppo. Lo scopo principale del training metacognitivo consiste nel modificare l’“infrastruttura cognitiva” dell’ideazione delirante. Nelle recenti versioni del MCT sottolineiamo la relazione tra stili di pensiero, deliri e psicosi. All’inizio, eravamo preoccupati che un approccio eccessivamente polemico e orientato ai sintomi potesse affaticare troppo i pazienti. Tuttavia, tale preoccupazione è risultata infondata. Ciò nonostante, è consigliabile che i temi deliranti *individuali* vengano affrontati in sessioni terapeutiche uno-a-uno (vedere come esempio il nostro programma MCT Individualizzato (MCT+) sul sito www.uke.de/mct_plus; Moritz, Veckenstedt, Randjbar, & Vitzthum, 2010; Moritz et al., 2014). I materiali del training metacognitivo possono essere adattati a tale scopo.

Abbiamo cercato di concepire un programma piuttosto conciso anziché guidato dalla teoria. Con il loro carattere interattivo e piacevole, le sessioni hanno lo scopo di catturare l’attenzione dei pazienti ed esercitare un impatto sostenuto. Al fine di soddisfare tale scopo, ci siamo astenuti dall’includere attività del tipo “*drill & practice*” (esercitazione e pratica). Le disfunzioni cognitive di base, quali i problemi dell’attenzione, non sono oggetto di trattazione del programma. Tali carenze sono comuni in vari raggruppamenti nosologici. In tal senso resta da chiarire se rappresentano specifici fattori di vulnerabilità della psicosi.

Poiché quasi tutti gli aspetti del programma sono immediatamente evidenti, il manuale è stato mantenuto abbastanza breve e consente così la variazione individuale nell’implementazione

del training. Tuttavia, per questo motivo, la lettura delle seguenti sezioni non può costituire uno studio approfondito dei concetti teorici soggiacenti.

Il presente programma è disponibile in molte lingue e può essere scaricato dal seguente link:

<http://www.uke.de/mct>

Il programma sul training metacognitivo si compone dei seguenti materiali:

- 18 presentazioni PowerPoint in formato pdf (due cicli paralleli)
- Manuale
- 6 fogli con i compiti (i fogli per i moduli 2, 7, 4 e 6 sono uguali)
- un cartellino giallo e uno rosso per ciascun partecipante.

Prima di presentare i moduli, occorre dedicarsi ad alcuni prerequisiti di base.

Numero dei moduli e frequenza delle sessioni

La maggior parte dei moduli trattano i pregiudizi cognitivi, tre moduli affrontano la depressione, lo stigma e l'autostima. È preferibile la consegna di due moduli a settimana (un modulo per sessione). In questo modo, la maggior parte dei pazienti ricoverati può completare un ciclo intero durante un mese di degenza. I pazienti ambulatoriali e i pazienti in degenza semiresidenziale che ricevono un trattamento prolungato dovrebbero frequentare ambedue i cicli per approfondire e consolidare il successo del training. Le versioni parallele seguono la stessa logica. Tuttavia, l'introduzione e gli esercizi differiscono affinché ai pazienti che frequentano ambedue i cicli non venga presentato lo stesso materiale due volte.

Dimensioni del gruppo

Le dimensioni del gruppo variano da 3 a 10 pazienti.

Durata delle sessioni

Ciascuna sessione dura tra 45 e 60 minuti.

Apertura della sessione

È una buona regola iniziare ciascuna nuova sessione con una breve discussione sul modulo precedente e di verificare gli esercizi dell'ultima sessione. Inoltre, dovrebbe esserci una breve presentazione per i nuovi partecipanti nonché una breve presentazione del programma (per i dettagli si veda la sezione Presentazione del programma ai pazienti).

Fine di ciascuna sessione

Se gli esercizi non sono completati entro la fine della sessione (eventualità molto probabile), il medico dovrebbe scorrere avanti fino alle diapositive finali. Queste ultime descrivono l'attinenza delle attività con la vita quotidiana e la psicosi e riassumono gli obiettivi didattici. Infine vengono distribuiti i fogli contenenti i compiti.

Ciascun partecipante riceve un cartellino giallo e uno rosso al termine della prima sessione

frequentata (si veda il sito web) insieme alle istruzioni per l'uso di tale materiale. Il cartellino giallo solleva tre domande fondamentali, che i pazienti dovrebbero consultare ove necessario, ad es. se si sentono offesi o insultati:

1. Quali sono le prove?
2. Esistono punti di vista alternativi?
3. Anche se è così...la mia è una reazione eccessiva?

Queste domande mirano a indurre i pazienti a riconsiderare le prove esistenti prima di prendere decisioni affrettate, false e forse consequenziali.

Nel cartellino rosso, i pazienti sono incoraggiati ad annotarsi nomi e numeri di telefono di persone e istituti di cura che possono contattare qualora avessero bisogno di aiuto.

Disposizione della stanza

È necessaria una stanza tranquilla con una dotazione sufficiente di sedie e l'opportunità di proiettare diapositive su una parete o uno schermo bianco.

Attrezzatura tecnica necessaria

È richiesto un proiettore e un PC/portatile dotato di Adobe Acrobat reader® (download gratuito).

Le diapositive vanno visualizzate nella modalità a schermo intero di Adobe Acrobat.

Facoltativo: un numero svariato di monitor di computer, se non è disponibile un proiettore.

Istruttore con bagaglio professionale

È preferibile che gli istruttori siano psicologi o psichiatri con esperienza pluriennale con i pazienti affetti da disturbi dello spettro schizofrenico. Altri candidati idonei sono infermieri psichiatrici e terapeuti occupazionali specializzati in disturbi psichiatrici. In teoria, queste persone hanno già moderato sessioni di gruppo.

Gestione dei sintomi psicotici durante le sessioni

Se un membro del gruppo mostra sintomi psicotici durante le sessioni, questi non vanno incoraggiati né messi alla prova di fronte agli altri. Le singole idee deliranti devono essere affrontate in sessioni faccia a faccia con il rispettivo terapeuta. Tuttavia, i pazienti che sono tenuti a distanza per via dei loro deliri possono parlare di esperienze simili durante gli esercizi trattando temi comuni riguardanti il delirio (ad es. modulo 1, scenario "Un amico ti parla alle spalle"; modulo 5, ricordi falsi; modulo 6, scenario in cui due uomini sembrano essere in collera con un terzo uomo). Inoltre, le diapositive intitolate "Perché lo facciamo?" (all'inizio del modulo) e "Cosa c'entra ciò con la psicosi" (alla fine) aprono spiragli per ulteriori riflessioni individuali.

Regole del gruppo

Regole per i membri del gruppo: Sul sito della MCT, è possibile scaricare una diapositiva che enumera delle importanti regole del gruppo (es. rispetta le opinioni degli altri membri). Una buona idea sarebbe di stamparla e appenderla al muro, dove possa essere visibile da tutti i membri. Fate riferimento alle regole di tanto in tanto, ad esempio, quando emergono dei conflitti.

Consigli per i formatori nel presentare le video clips

Attraverso il seguente link http://www.uke.de/mct_videos potrete trovare i video clips corrispondenti agli argomenti dei diversi moduli- per favore guardateli prima e scegliete attentamente. Alcune clips sono disponibili soltanto in tedesco, inglese e francese. Altre sono senz'audio e pertanto possono essere usate in qualsiasi versione linguistica. Alcune clip contengono un linguaggio che potrebbe non essere adatto a tutti e nei vari contesti culturali. Si prega di visionare attentamente in anticipo i video prima di proiettarli. Dopo la presentazione del video, discutete quanto quest'ultimo era attinente con lo specifico argomento del modulo. In alternativa, potete fare un role-play o discutere le esperienze individuali dei pazienti. Chiaramente, potete anche procedere con gli altri esercizi.

Presentazione del programma ai pazienti

Il training metacognitivo è un programma aperto. I pazienti possono accedervi in qualsiasi momento durante il ciclo.

Qualsiasi nuovo partecipante deve essere informato sul contenuto del programma – preferibilmente da partecipanti con esperienza con l'aiuto dell'istruttore. In primo luogo, occorre spiegare il termine metacognizione: *meta* in greco significa circa e *cognizione* si riferisce a processi mentali superiori quale attenzione, memoria e risoluzione dei problemi. Quindi metacognizione significa pensare sul nostro modo di pensare ovvero pensare circa il nostro proprio modo di pensare. L'obiettivo del programma è apprendere di più sulla cognizione umana, e su come poterle dare forma per ottimizzare la risoluzione dei problemi. Il cuore del programma è costituito dagli stili di pensiero che possono contribuire allo sviluppo dei deliri, e si evidenzia inoltre che non tutti i pazienti mostreranno contemporaneamente tutte queste distorsioni del pensiero.

Il rapporto tra gli obiettivi didattici e la vita quotidiana/malattia deve essere sottolineato periodicamente. A tal fine, ciascun modulo comprende svariate diapositive che ne mettono in risalto l'attinenza pratica (diapositive: "Perché lo facciamo?"; "Esempi di - come il saltare alle conclusioni favorisce i fraintendimenti in corso di psicosi"; "Che cosa ha a che fare questo con la psicosi?").

È chiaro che il trasferimento degli obiettivi didattici alla vita quotidiana rappresenta l'obiettivo più importante del training.

Criteria di inclusione ed esclusione

1. I pazienti con schizofrenia e disturbi dello spettro della schizofrenia sono il principale gruppo target. Il programma è anche idoneo per i pazienti con altre diagnosi, che attualmente o in passato hanno mostrato sintomi psicotici (in particolare deliri, idee di riferimento, allucinazioni).
2. I pazienti dovrebbero essere in grado di frequentare una sessione della durata di un'ora. Per pazienti altamente soggetti a distrazione, le sessioni del training potrebbero essere troppo stressanti. Ciò nonostante, si dovrebbe provare a partecipare.
3. I deliri e le allucinazioni attuali non costituiscono criteri di esclusione, a meno che non sorga una forte ideazione delirante autoreferenziale. I pazienti maniacali che mostrano un comportamento inappropriato (antisociale, sessuale, ostile) non sono ammessi a partecipare, a meno che non si verifichi un'ulteriore remissione dei sintomi. In caso contrario, la dinamica del gruppo potrebbe essere turbata.
4. Se un paziente non frequenta una sessione, non è necessaria una ripetizione individuale, dal momento che il programma non è studiato in fasi sequenziali.

Atmosfera

1. La sessione del training non deve essere eseguita di fretta. Non è richiesto ed è quasi impossibile completare tutte le diapositive in una sessione! Benché il training sia fortemente strutturato e sia chiaramente incentrato sugli esercizi, si devono incoraggiare le discussioni animate e i pazienti devono avere il tempo sufficiente di scambiare le proprie opinioni. L'interazione sociale e lo scambio sono dei fattori nucleari per acquisire l'autoconsapevolezza e cambiare il comportamento nella vita quotidiana.
2. Alcuni pazienti si sentono a disagio a parlare in un gruppo. Questi partecipanti possono essere coinvolti ponendo semplici domande con risposta sì/no, o chiedendo loro di partecipare per alzata di mano (ad es. "Chi altro condivide questa opinione?"; "Qualcun altro ha già preso una decisione...?"). Un'altra opzione consiste nel distribuire cartellini rossi e verdi allo scopo di indicare, rispettivamente, il no e il sì. Tuttavia, i pazienti non dovrebbero essere costretti a impegnarsi e l'istruttore dovrebbe agire in una maniera non paternalistica ma che sia di sostegno.
3. Di tanto in tanto, l'istruttore dovrebbe evidenziare le regole basilari dell'impegno interpersonale (ad es., ascoltare gli altri, mostrare rispetto per le opinioni differenti), in special modo quando si osservano situazioni costanti di comunicazione problematica. Ciascun membro deve avere l'opportunità di partecipare attivamente e la discussione non deve essere dominata da una sola persona. Si può instaurare un modello di turnazione affinché ciascun membro abbia l'opportunità di dare un contributo, o l'istruttore può nominare un dato partecipante a rispondere.
4. Creare un'atmosfera amichevole e preferibilmente divertente. Gli esercizi dovrebbero essere divertenti, interattivi e allegri. I commenti critici nei confronti dei membri del gruppo vanno scoraggiati.

Qui di seguito, delineiamo i domini target, le attività di base e la base teorica di ciascun modulo. Quindi si passa all'obiettivo del modulo, nonché a raccomandazioni generali e specifiche per la somministrazione.

MODULO 1: ATTRIBUZIONE – INCOLPARE E PRENDERSI IL MERITO

Dominio target

Attribuzione esterna del fallimento personale, attribuzione interna per eventi positivi, (inferenza monocausale).

Attività di base

Nella prima parte del programma, i pazienti prendono dimestichezza con degli stili attributivi estremi e con le rispettive conseguenze sociali possibili (ad es. incolpare gli altri dei fallimenti può condurre a tensioni interpersonali). I pazienti vengono incoraggiati a proporre spiegazioni più obiettive ed equilibrate per ciascuno scenario (ad es. dividere il successo con gli altri invece che attribuirlo semplicemente a se stessi). Nella seconda parte, i pazienti devono trovare spiegazioni per incidenti descritti brevemente; ad esempio, perché un amico non ha chiamato (negativo), o perché qualcuno ti ha invitato a cena (positivo). Si devono prendere in considerazione i fattori situazionali e personali. Si noti che le soluzioni di questi esercizi non sono univoche. Vi sono sempre numerose spiegazioni possibili che andrebbero considerate anche se inizialmente solo una spiegazione sembra essere valida (ad es. "Un amico ti parla alle spalle"; spiegazione possibile: "La persona non è un vero amico"; interpretazioni alternative: "Quella persona ha chiesto ad altri se ero malato. Non voleva chiederlo direttamente a me dal momento che potevo essere sconvolto o preoccupato"; "È normale, noi tutti spettegoliamo di tanto in tanto. Ciò non significa che siamo cattive persone"). Il secondo gruppo di attività include una sezione sul sentire le voci. I partecipanti si trovano ad affrontare svariate argomentazioni sul perché le voci interne (sentire le voci) sono in realtà auto-generate e non inserite dal di fuori.

Materiale

L'impostazione del secondo insieme di attività è analoga al cosiddetto "Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire" (IPSAQ, Kinderman & Bentall, 1997). Al termine della presentazione si ringraziano fotografi/artisti per il loro contributo.

Base teorica

Il gruppo che ruotava intorno a Bentall, Kinderman e collaboratori (Bentall, 1994; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Bentall, Kaney, & Dewey, 1991; Kinderman & Bentall, 1996, 1997; Kinderman, Kaney, Morley, & Bentall, 1992) ha evidenziato, in ripetute occasioni, che i pazienti paranoici accusano gli altri per il loro fallimento (si veda anche Janssen, Versmissen, Campo, Myin-Germeys, van Os, & Krabbendam, 2006). Per contro, i pazienti preferiscono attribuire la riuscita a loro stessi più che agli altri, sebbene quest'ultimo stile cognitivo trovi minori conferme nella letteratura (Garety & Freeman, 1999). Questa risposta è nota come pregiudizio al servizio del sé (self-serving bias) (esternalizzazione della colpa, interiorizzazione del successo) e in qualche misura esiste anche in individui sani

(come dice la saggezza popolare: “Il cattivo lavoratore incolpa i propri attrezzi”). Tuttavia, l'attribuzione esterna del fallimento sembra essere pronunciata a livello patologico in pazienti paranoici e si è spostata verso la *personalizzazione* della colpa. In un recente studio, abbiamo osservato una variante di questo pattern: pazienti affetti da delirio acuto hanno attribuito la fonte degli eventi positivi così come di quelli negativi meno di frequente a loro stessi rispetto ai controlli. Ciò suggerisce che i pazienti possono soffrire di una percepita perdita del controllo (Moritz, Woodward, Burlon, Braus, & Andresen, 2007). Ci sono inoltre crescenti evidenze di una aumentata tendenza alla inferenza monocausale nel disturbo (Randjbar, Veckenstedt, Vitzthum, Hottenrott, & Moritz, 2011).

Obiettivo del modulo

I pazienti sono incoraggiati a proporre spiegazioni per le diverse situazioni prendendo in considerazione tre possibili fonti (da sole o in combinazione): se stesso, altri o fattori situazionali. L'obiettivo non è di condurre i pazienti a una risposta definitiva. Piuttosto, andrebbero contemplate diverse possibilità per modificare i diversi modelli cognitivi di attribuzione disfunzionali (ad es. “è sempre colpa mia” o “è sempre colpa degli altri”). Devono essere sottolineati i vantaggi e gli svantaggi sia di uno stile attributivo depressivo (attribuire il fallimento a se stessi e il successo alla fortuna o alle coincidenze, diminuisce l'autostima), che di uno stile narcisistico (attribuire il fallimento agli altri e il successo a se stessi può condurre a un conflitto sociale e gli altri possono essere sconvolti nel fungere da capri espiatori). L'attenzione principale di questo modulo consiste nel rilevare che più fattori possono sfociare in un incidente/uno scenario. Come già fatto notare, ciò è vero anche per situazioni in cui inizialmente solo una spiegazione sembra possibile.

Consiglio generale

Nella diapositiva 5 della presentazione, devono essere raccolte spiegazioni diverse per l'evento. Successivamente, le risposte sono raggruppate in base a tre origini possibili: sé, altri o fattori situazionali. Questa classificazione deve essere applicata anche nello scenario della diapositiva 9. Nella diapositiva 12, si devono proporre risposte più equilibrate che in teoria includano aspetti delle predette tre fonti causali possibili. Le risposte nell'ultima diapositiva del corrispondente scenario devono fungere da esempio e non da soluzioni definitive. Le opinioni dei membri del gruppo possono discostarsi da esse. Nelle diapositive 14-23 della presentazione, si deve chiedere ai pazienti di pensare alle potenziali conseguenze dei diversi stili di attribuzione.

Per la seconda parte del programma, l'istruttore può proporre esempi propri o può domandare ai partecipanti di ricordare esperienze personali di interpretazioni errate. Tuttavia, si deve garantire che le discussioni non diventino troppo specifiche di una persona. C'è una gran quantità di esercizi, per cui occorre evitare di annoiare i pazienti con lunghe riflessioni su una singola attività. Una volta proposte svariate alternative, il gruppo può scegliere la causa più plausibile. Per la sezione sulle allucinazioni uditive, l'istruttore dovrebbe adottare un atteggiamento aperto. I partecipanti andrebbero incoraggiati a considerare modalità alternative

di attribuzione delle voci che sentono, ma non dovrebbero essere forzati ad una spiegazione più razionale. L'insight nell'irrazionalità delle allucinazioni uditive è un processo graduale che non può essere completato in una singola sessione. Nella presente sezione si mira a instillare il seme del dubbio circa l'autenticità delle voci e aumentare la consapevolezza metacognitiva piuttosto che convincere immediatamente i pazienti con delle controargomentazioni.

Consigli specifici (esempi)

Si noti che alcune delle attribuzioni sottostanti sono una mescolanza di fonti differenti. Successivamente a una fase di brainstorming, discutere di tanto in tanto la plausibilità di ciascuna spiegazione.

Scenario Ciclo A	Attribuzione		
	Me stesso	Altri	Coincidenza / circostanze
1. Lamentela	Le mie argomentazioni sono state convincenti.	Il commesso è molto onesto.	<ul style="list-style-type: none"> • È una procedura normale in questo negozio. • Ho comprato il prodotto appena ieri. Ho solo fatto valere il mio diritto di cliente.
2. Silenzio	Non sono vestito come si conviene. (improbabile ma possibile)	<ul style="list-style-type: none"> • Non hanno niente di cui parlare. • Sono dei ficcanaso e vogliono sapere chi è entrato nella stanza. 	C'è stata una breve pausa tra due presentazioni. La porta ha scricchiolato e la gente si è irritata e si è fermata.
3. Brutto aspetto	Mi sento male. Sono malato.	<ul style="list-style-type: none"> • Questa persona lo dice a molte persone, è soltanto una frase. • Questa persona vuole insultarmi. • Questa persona vuole esprimere preoccupazione. 	Nel mio luogo di lavoro erano tutti in vacanza, tranne me. Forse in un confronto diretto non sembro rinvigorito come loro.
4. Bocciatura ad un esame	<ul style="list-style-type: none"> • Non ho studiato abbastanza. • L'esame non corrispondeva alle mie capacità. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sono stato infastidito da alcuni studenti rumorosi nel corridoio. (possibile, ma improbabile come causa singola) • La commissione è stata estremamente severa. 	Tutti sono stati bocciati all'esame, era molto difficile.
5. Cena	Gli ho fatto un favore (ad es. l'ho aiutato con il suo lavoro).	<ul style="list-style-type: none"> • Lui è molto generoso. • Lui vuole scusarsi per qualcosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lui havinto la lotteria. (improbabile) • È il mio compleanno.

6. Superstrada	Stavo guidando troppo velocemente.	Il poliziotto è di cattivo umore, sta solo cercando di tiranneggiarmi. (improbabile)	È una normale procedura di controllo del traffico.
7. Vittoria a un gioco	<ul style="list-style-type: none"> • Sono un eccellente giocatore • Ho barato 	<ul style="list-style-type: none"> • Gli altri giocatori non conoscevano molto bene il gioco. • Mi hanno fatto vincere 	Fortuna, ho avuto delle buone carte.
8. Graffio sulla finitura dell'auto	Non sono ancora abituato al nuovo telecomando di apertura. Ho cercato di aprire la porta e le chiavi sono scivolate.	<ul style="list-style-type: none"> • I bambini del quartiere hanno fatto una birichinata. • Non piaccio al mio vicino. 	È facile che accade senza alcuna cattiva intenzione, dal momento che le macchine devono essere messe una vicina all'altra in questo parcheggio.
9. Pressione sanguigna alta	Non ho seguito le azioni consigliate e non ho preso la medicina.	Il dottore è alle prime armi e ha preso la lettura sbagliata della pressione sanguigna. (improbabile).	<ul style="list-style-type: none"> • La pressione alta è comune nella mia famiglia. • Il dispositivo è rotto. (improbabile) • A causa dell'agitazione la pressione era elevata in quel momento (ad es. il cosiddetto "effetto camice")
10. Rifiuto di aiutare	Non l'ho aiutata quando me lo ha chiesto.	<ul style="list-style-type: none"> • In genere lei non dà una mano in questo tipo di attività. • Lei crede che posso farcela da solo. 	Lei è molto occupata in questo momento
11. Regalo	L'ho aiutata.	Lei è una persona generosa.	<ul style="list-style-type: none"> • È il mio compleanno. • Ho superato un esame.
12. Essere considerato stupido.	Ho commesso un grosso sbaglio.	Lui vuole farmi del male perché era arrabbiato con me.	<ul style="list-style-type: none"> • Incomprensione tra di noi. • Non era inteso nel vero senso della parola.
13. Bambino	Non so niente di bambini e l'ho tenuto nel modo sbagliato.	Il bambino ha fame.	Il bambino è stato appena punto da una vespa.
14. Mancanza di rispetto	Gli ho mentito o l'ho ingannato.	Lui ha degli standard morali molto elevati che, dal suo punto di vista, non soddisfo.	È un malinteso, ha sentito una voce falsa a mio riguardo.

Scenario Ciclo B	Attribuzione		
	Me stesso	Altri	Circostanze / opportunità
1. Parlare dietro le tue spalle	Ho fatto qualcosa che non le è piaciuto.	<ul style="list-style-type: none"> • Spesso parla di altre persone dietro alle loro spalle. • È tipicamente umano spettegolare un po' di altre persone, non è necessariamente ostile. 	Il mio compleanno si avvicina, stanno pianificando una festa a sorpresa.
2. Intervista	<ul style="list-style-type: none"> • Ho presentato un'ottima domanda. • Sono molto qualificato. 	Un collega della società mi ha raccomandato.	Ogni candidato è stato invitato.
3. Visita spontanea	Di recente ho messo a dura prova la sua ospitalità.	A lei non piacciono le visite non annunciate.	<ul style="list-style-type: none"> • Lei ha dato una festa nel suo appartamento ieri e il posto sembra in disordine. • Lei ha già degli ospiti.
4. Ridere mentre si parla	<ul style="list-style-type: none"> • È stato un imbarazzante lapsus. • Ho detto una bella barzelletta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualcuno ha raccontato una bella barzelletta. • Gli altri sono sempre molto sciocchi e ridono anche delle insulsaggini. • Hanno bevuto troppo alcol. 	È la sera di San Silvestro/Carnevale - tutti sono in un spirito di festa.
5. Alla guida verso casa	Gli ho dato un passaggio molte volte in precedenza.	<ul style="list-style-type: none"> • Lui si preoccupa degli altri. • Gli piaccio. 	Abitiamo molto vicini l'uno dall'altro; era proprio sulla sua strada.
6. Appuntamento mancato	Gli ho detto l'ora sbagliata. (possibile ma improbabile)	<ul style="list-style-type: none"> • Lui è smemorato. • Lui non pensa che io sia abbastanza importante. (improbabile) 	Lui è stato trattenuto, ad esempio, gli si è fermata la macchina o ha perso l'autobus.
7. Nessuna cartolina	Nemmeno io gli ho mai mandato una cartolina.	<ul style="list-style-type: none"> • In genere non invia cartoline. • Si è assunto troppi impegni, per cui non ha avuto il tempo di inviarne una. 	<ul style="list-style-type: none"> • La vacanza è proprio troppo breve. • La cartolina è andata persa nella posta. (improbabile)
8. Un'auto che ti segue	Guido facendo linee sinuose e dovrei essere fermato da un'auto della polizia. (possibile ma improbabile).	La persona pensa che io sia interessante e vuole sapere dove abito. (improbabile)	<ul style="list-style-type: none"> • È una pura coincidenza, l'altro autista vuole andare nello stesso luogo. • C'è solo una strada in questa zona (ad es. superstrada).

9. L'autobus si allontana	Non ho corso abbastanza velocemente per prenderlo.	L'autista dell'autobus ha una giornata storta.	L'autista dell'autobus non mi ha visto.
10. Invito a prendere qualcosa da bere	L'ho aiutato a traslocare nel suo appartamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Lui vuole conoscermi meglio. • Lui ama il vino e vuole mostrarmi la sua collezione. (possibile ma improbabile) 	<ul style="list-style-type: none"> • Si è appena trasferito. • È una festa di inaugurazione della casa.
11. Lettura del giornale	Ho messo un annuncio nei giornali per vendere il mio appartamento. (L'uomo sta solo ammazzando il tempo fino a che non avrà inizio la visita ufficiale dell'appartamento.)	<ul style="list-style-type: none"> • Vive dall'altra parte della strada e ha perso la chiave. Lui aspetta il fabbro. • La sua ragazza mi sta facendo visita; lui è geloso e la sta spiando. (improbabile) 	Accanto alla mia casa c'è un negozio di quartiere.
12. Sleale	<ul style="list-style-type: none"> • Ho barato al gioco. • Ho detto cose cattive nei suoi riguardi. 	Lui è molto sensibile e si offende facilmente.	È un malinteso.
13. Intelligente	<ul style="list-style-type: none"> • Sono intelligente. • Ho detto qualcosa di intelligente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lui fa sempre domande semplici. • Gli piaccio e vuole spronare la mia autostima. 	Ho visto la risposta alla sua difficile domanda in un quiz la sera prima.

MODULO 2: SALTARE ALLE CONCLUSIONI I

Dominio target

Saltare alle conclusioni; pregiudizio a non prestare attenzione alle prove disconfermanti.

Attività di base

Le possibili conseguenze del “saltare alle conclusioni” sono illustrate con diversi esempi all’inizio del modulo. In questa sezione “saltare alle conclusioni “in azione” – leggende metropolitane” il gruppo discute false credenze moderne (ad es. la leggenda “Paul è morto” nel ciclo A). Le argomentazioni pro e contro questa credenza devono essere raccolte, scambiate e valutate per verificarne la plausibilità. Occorre chiarire che le leggende di questo tipo sono sorte per essere saltati alle conclusioni e sulla base di prove dubbie. In questo modo, sono un buon modello per idee deliranti in generale.

Gli esercizi della prima serie di attività mostrano oggetti comuni (ad es. una rana), che sono visualizzati in gradi decrescenti di frammentazione: i nuovi aspetti sono aggiunti in otto fasi successive, finché, alla fine, l'oggetto non sarà mostrato per intero. Ad ordine alterno, si chiede ai partecipanti di valutare la plausibilità delle interpretazioni autogenerate o pre- specificate. I pazienti dovrebbero trattenere la propria decisione finché non sono state presentate prove sufficienti. Ad esempio, nella prima fase dell'esercizio, la “rana” assomiglia fortemente a un limone, poiché viene visualizzato solo il contorno della rana. Una decisione affrettata di conseguenza provocherebbe un errore.

Nella seconda serie di attività, vengono mostrati i puzzle di un'immagine, che a seconda della prospettiva di chi osserva, contiene oggetti o scene (ad es. la prima immagine del ciclo B mostra contemporaneamente il profilo di un anziano e la scena di una strada di notte). Ai partecipanti viene chiesto di dare la loro prima impressione sull'immagine, e poi di cambiare la loro prospettiva per trovare la figura alternativa.

Materiale

Gli oggetti della prima serie di attività sono disegni rielaborati in bianco e nero tratti da un libro di favole. Al termine della presentazione si ringraziano altri fotografi/artisti per il loro contributo.

Base teorica

In precedenza abbiamo usato alcuni stimoli della prima serie di attività in uno studio sulla schizofrenia (Moritz & Woodward, 2006). In linea con precedenti indagini (Woodward, Moritz, Cuttler, & Whitman, 2006), i pazienti schizofrenici hanno mostrato una ridotta capacità di riconsiderare le valutazioni delle interpretazioni non corrette. Questo modello di risposta è stato denominato “pregiudizio a non prestare attenzione alle prove disconfermanti” (Woodward et al., 2006). Persino con le emergenti “controprove” contrarie alle interpretazioni che solo inizialmente sono state conclusive, i pazienti restano legati alla loro opzione, ormai obsoleta, rispetto ai soggetti di controllo sani e psichiatrici. Infine, numerosi risultati suggeriscono una

tendenza a raccogliere dati sul saltare alle conclusioni in pazienti con schizofrenia (Van Dael, Versmissen, Janssen, Myin-Germeys, van Os, & Krabbendam, 2006; per rassegne si veda Bell, Halligan, & Ellis, 2006; Fine Gardner, Craigie, & Gold, 2007; Garety & Freeman, 1999, 2013): i pazienti prendono decisioni affrettate, ossia, i giudizi vengono formulati sulla base di prove incomplete (per una variazione di questa motivazione si veda Moritz & Woodward, 2004).

Obiettivo del modulo

I partecipanti vengono addestrati a evitare di credere alle prime impressioni, che alla fine possono dimostrarsi errate (1° serie di attività) o rivelare solo mezze verità (2° serie di attività). Le cose/situazioni possono cambiare col passare del tempo, e un numero crescente di prove spesso getta una luce diversa sulle cose; pertanto, opinioni e atteggiamenti alternativi non vanno accantonati prematuramente. Nel nostro studio, le immagini della prima serie di attività non hanno generato un pattern riguardante il "saltare alle conclusioni" in pazienti schizofrenici (Moritz & Woodward, 2006), ma gli esercizi si sono ben prestati a dimostrare gli svantaggi di un simile stile di risposta, cosa che è stato confermato nella schizofrenia mediante altri paradigmi (Freeman et al., 2004; Garety, Hemsley, & Wessely, 1991; Peters & Garety, 2006).

Consiglio generali

I pro e i contro di uno stile di risposta affrettato rispetto a uno lento devono essere sottolineati all'inizio. Se le poste in gioco sono alte e c'è tempo a sufficienza, andranno considerate tutte le prove disponibili prima di prendere una decisione definitiva. Le conseguenze di una tendenza a "saltare alle conclusioni", a volte, possono essere gravi come illustrato in svariati esempi (ad es. medicina: false diagnosi ecc.). Dare ai pazienti l'opportunità di dare un resoconto delle loro esperienze (ad es. durante psicosi). Chiedete ai pazienti di indicare la sicurezza delle loro risposte, per esempio, alzando il braccio a metà per esprimere dubbio e alzando il braccio completamente per esprimere grande sicurezza. I pazienti dovrebbero imparare a ridurre la loro sicurezza se l'evidenza (dei fatti) è incompleta. In metà degli esercizi nella prima serie di attività i partecipanti devono proporre le proprie interpretazioni/idee. Per una migliore visione d'insieme, è consigliabile che i partecipanti li riportino su una lavagna a fogli mobili o bianca. La validità di ciascuna interpretazione deve essere rivalutata dopo ciascun nuovo frammento. I pazienti possono alzare le mani per indicare se hanno una nuova idea o se hanno già preso una decisione. Discutere con i pazienti quali particolari caratteristiche di un'immagine parlano a favore o contro un'interpretazione.

Nei puzzle di un'immagine della seconda serie di attività, l'istruttore deve garantire che tutti i partecipanti scoprano ambedue gli oggetti. Se un paziente non riesce a vedere ambedue le soluzioni, un altro partecipante può essere d'aiuto puntando a specifici indizi (ad es. nella prima immagine della seconda serie di attività nel ciclo B il cane nella strada può essere visto anche come la mano di un anziano).

Consiglio specifico (esempio)

Esempio (rana, ciclo B, secondo esempio):

Per questa attività, molti pazienti decidono prematuramente per l'opzione di risposta 'limone'. In questa occasione, l'istruttore può evidenziare che seguiranno altri sette frammenti. Un limone probabilmente verrebbe completato immediatamente dopo e pertanto rappresenta un'alternativa alquanto improbabile.

È possibile alternare tra la prima e la seconda serie di attività. Non esiste una sequenza obbligatoria.

MODULO 3: CAMBIAMENTO DELLE CREDENZE

Dominio target

Pregiudizio contro prove disconfermanti; tendenza a saltare alle conclusioni

Attività di base

Dopo una breve presentazione, il cosiddetto errore di conferma (*confirmation bias*) viene dimostrato nella pratica attraverso una breve conversazione. Vengono presentati tre oggetti (versione A: tre fiori; B: tre tipi di frutta). Ai partecipanti viene chiesto di pensare a una categoria di un livello superiore che include gli oggetti presentati suggerendo nuovi oggetti all'interno di tale categoria (categorie iperordinate: esseri viventi, cibo). Con risposte sì/no l'istruttore dà un feedback circa l'eventualità o meno che i nuovi oggetti s'inseriscano bene nella categoria sopraordinata.

Dal momento che gli oggetti presentati inducono in errore molte persone, facendo loro credere che le categorie iperordinate sono fiori e frutti, la maggior parte delle persone propone oggetti che rientrano in tali categorie invece che provare ipotesi alternative o mettere alla prova le loro supposizioni con altri elementi.

Con ciò s'intende illustrare un errore potente, l'errore di conferma, che si verifica quando le persone ignorano le fonti delle informazioni (ad es. quotidiani, determinati programmi TV, libri) che non coincidono con le loro opinioni e i loro atteggiamenti. Anche se alcuni membri del gruppo hanno familiarità con l'esercizio o forniscono la soluzione corretta, non la confermano subito, ma raccolgono suggerimenti da altri membri del gruppo.

L'esercizio principale consiste in una serie di tre immagini mostrate in ordine inverso. Le sequenze di immagini man mano rivelano una trama ambigua (esempio del ciclo B: un uomo è chino su un recinto e sta guardando un cane che abbaia; nelle due immagini successive diventa chiaro che l'uomo è appena scappato passando sopra il recinto). Per ciascuna immagine, ai partecipanti viene chiesta la plausibilità di quattro diverse interpretazioni. Al termine di ciascuna sperimentazione, viene evidenziata l'interpretazione corretta.

Una delle quattro interpretazioni sembra improbabile al momento della presentazione della prima immagine, ma alla fine si dimostra vera nella maggior parte dei casi (nel suddetto esempio: "L'uomo è appena scappato dal cane che abbaia."). Due delle altre interpretazioni sembrano plausibili al momento della presentazione della prima immagine, ma alla fine viene dimostrato che sono errate (esche, ad es. "L'uomo sta giocando con il cane che abbaia del vicino."; "L'uomo ha appena costruito un recinto per il suo cane."). Tutti gli esercizi comprendono almeno un'interpretazione, che risulta sempre improbabile. Gli esempi comprendono tre diverse condizioni presentate in ordine casuale: *rivelata alla prima* (l'interpretazione più plausibile al momento della presentazione della prima immagine è valida), *rivelata alla seconda* (la trama della storia è rivelata alla presentazione della seconda immagine) e *rivelata alla terza* (la trama della storia è rivelata alla presentazione dell'ultima immagine).

Materiale

Quasi tutte le sequenze di immagini sono ispirate al sub test *Disposizione di immagini* dalla Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS).

Base teorica

Con queste sequenze di immagini, abbiamo scoperto ripetutamente che i pazienti con schizofrenia mostrano una tendenza a non prestare attenzione alle prove disconfermanti (Sanford, Veckenstedt, Moritz, Balzan, & Woodward, 2014; Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Hottenrott, Woodward, & Moritz, 2011; Woodward, Moritz, Cuttler, & Whitman, 2006). I pazienti con schizofrenia erano meno capaci di rivedere le valutazioni delle interpretazioni non corrette nelle condizioni 'rivelata alla seconda' e 'rivelata alla terza'.

Questo modello di risultati è stato particolarmente accentuato per i pazienti con attuali sintomi di paranoia nella condizione rivelata alla terza (Woodward et al., 2006). Un altro studio, tuttavia, suggerisce che un pregiudizio contro prove disconfermanti nella schizofrenia può verificarsi anche in pazienti schizofrenici non deliranti (Moritz & Woodward, 2006).

Obiettivo del modulo

Analogamente al modulo 2 (Saltare alle conclusioni), va spiegato al gruppo che spesso è importante resistere alla normale tendenza di restare legati alle prime impressioni poiché questo pregiudizio promuove decisioni errate. Pertanto, è desiderabile mantenere una mente aperta.

Consiglio specifico

Cominciando dalla diapositiva 3, vengono poste molte domande a cui devono rispondere i diversi membri del gruppo. Per le sequenze di immagini, i pazienti dovrebbero indicare la loro interpretazione preferita rispettivamente dopo che è stata rivelata ciascuna immagine (ad es. in ordine discendente) e se ne hanno già escluse certe in particolare. Una volta che sono state presentate diverse opinioni, ad altri partecipanti viene chiesto di esprimere il loro accordo con una levata di mani (alzare il braccio a metà può indicare dubbio).

Per ciascuna nuova immagine, i nuovi indizi devono essere individuati con una successiva rivalutazione delle interpretazioni. Occorre portare all'attenzione dei partecipanti che prematuramente hanno deciso per un'interpretazione che, per quanto le loro interpretazioni potessero essere plausibili all'inizio, le prove da allora sono cambiate. Far notare le conseguenze negative di un processo decisionale affrettato per contesti interpersonali e la formazione del delirio, dal momento che le decisioni affrettate possono innescare malintesi e conflitti sociali.

Indizi per individuare l'interpretazione corretta

Attività Ciclo A	Quando la soluzione è ovvia:	Indizi per trovare la soluzione corretta (esempi):
1 (incendio)	evidente alla seconda o terza immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Il ragazzo è elogiato dagli adulti. • Guardando più attentamente, si vede alla prima immagine che c'è un buco nel tetto della casa confinante. • Tuttavia, si tratta di uno spunto piuttosto che una prova.
2 (parcheggio)	evidente alla terza immagine	Non è chiaro fino alla terza immagine che l'uomo non era in grado di parcheggiare correttamente perché le auto adiacenti non hanno utilizzato i posti appropriati.
3 (pizza)	evidente alla prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'uomo tiene la cornetta. • L'impasto gli sta cadendo sulla testa. Non sembra che abbia "indossato" l'impasto volutamente (rende improbabile l'alternativa 3). • I pomodori e il sale sul piano argomentano contro l'alternativa 4. (torta)
4 (discorso)	evidente alla terza immagine	L'alternativa 4 attiva pregiudizi comuni contro i politici che facilmente inducono i partecipanti a decisioni affrettate e false.
5 (fuga)	evidente alla terza immagine	<ul style="list-style-type: none"> • A causa dell'abito dell'uomo e del suo comportamento sospetto, è altamente improbabile che lui sia la guardia del corpo della donna. • L'interpretazione del "guardian angel" è assurda sotto tutti i punti di vista. • Non ci sono indizi particolari per cui gli abiti dell'uomo sono bagnati (rende improbabile l'alternativa 4).
6 (pesca)	evidente alla seconda o alla terza immagine	Non è del tutto chiaro fino alla terza immagine che il ragazzo dovrebbe essere impegnato nel giardinaggio. Tuttavia, la seconda immagine rende già molto probabile questa interpretazione.
7 (tirare/premere)	evidente alla terza immagine	Per giungere a una soluzione definitiva, è necessario osservare tutte e tre le immagini. L'uomo a sinistra è sorpreso nel vedere che l'altro uomo entra nella stanza, poiché il primo ha provato lui stesso ad aprire la porta invano. In apparenza, l'uomo a sinistra ha fatto confusione tra spingere e tirare.
8 (cowboy)	evidente alla prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'uomo in primo piano è stato imprigionato e sta lottando per liberarsi. • Le altre alternative sono assurde.
9 (barca)	evidente alla prima o alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Il gatto sta fluttuando via sulla barca. • Non sembra che i cani abbiano preso un sospetto ladro. Stanno seguendo la barca piuttosto che la persona.
10 (scontro)	evidente alla terza immagine	Nella prima immagine, si vede un tavolo nello sfondo, ma non è ancora possibile una decisione definitiva per l'interpretazione 3. Nella seconda immagine, potrebbe essere ancora per caso che l'uomo arrivi con un tavolo quando l'altro era già disteso (forse ubriaco) per terra.

11 (indossatrice)	evidente alla terza immagine	nessun indizio particolare
----------------------	------------------------------	----------------------------

Attività Ciclo B	Quando la soluzione è ovvia:	Indizi per trovare la soluzione corretta (esempi):
1 (squalo)	evidente alla seconda immagine	Nella seconda immagine, si vedono delle persone che fuggono. Le orme sulla sabbia sono già visibili nella prima immagine.
2 (coro)	evidente alla terza immagine; ma può essere indovinato dopo la seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella seconda immagine, si vede che l'uomo in prima fila ha le guance rosse (può indicare vergogna o imbarazzo). • Tuttavia, è incerto se una decisione fondata sia giustificata in questa fase iniziale. • Nella prima immagine, il direttore d'orchestra ascolta il coro. Si potrebbe già speculare che sta controllando se il coro è intonato.
3 (cane)	evidente alla seconda immagine	Il cane è davanti al recinto, non circondato da esso (rende improbabile l'alternativa 1).
4 (fare il bucato)	evidente alla prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Il cartello indica una lavanderia automatica. • La donna reca un cesto.
5 (pistola)	evidente alla prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • La pistola è puntata contro l'uomo a destra. • L'uomo ha le mani alzate. • Gli uomini sono troppo vecchi per giocare a "guardie e ladri". • Se l'uomo a sinistra restituisse la pistola, l'altro uomo non offrirebbe denaro (rende improbabili le alternative 2 e 3).
6 (ombrello)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • La ragazza sembra bagnata fradicia per l'acqua, non per il sudore. • Il padre sembra divertito, piuttosto che minaccioso. • L'alternativa 2 resta una possibilità fino alla fine (tuttavia, il gesto di allontanamento della ragazza non fa che confutare questo approccio).
7 (re)	evidente alla terza immagine	Per prendere una decisione definitiva, si devono vedere tutte tre le immagini.
8 (lite)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella seconda immagine, il ragazzo a destra sta puntando verso una macchina giocattolo. • Lo stesso ragazzo sembra molto arrabbiato.
9 (serenata)	evidente alla prima o alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Il ragazzo sembra molto arrabbiato. • È notte fonda (luna) e probabilmente troppo tardi per andare alle prove del gruppo musicale (rende improbabile l'alternativa 2). • Una chitarra classica è più comune per una serenata rispetto a un gruppo musicale.
10 (casa)	evidente alla prima (se si guarda attentamente) o seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'uomo ha un secchio in mano. • Non sembra guardare niente (rende improbabile l'alternativa 3). • La casa non sembra sporca. È anche molto insolito pulire la facciata della propria casa (rende improbabile l'alternativa).

MODULO 4: EMPATIZZARE... I

Dominio target

Teoria della mente, percezione delle emozioni.

Attività di base

Come prima cosa, ai partecipanti viene chiesto di individuare le emozioni umane di base e assegnarle a espressioni facciali. Al fine di cogliere il punto che le espressioni dei volti sono indizi pertinenti per dedurre lo stato emotivo interiore di una persona, ma non forniscono una prova definitiva, vengono presentate quattro immagini che mostrano un atleta, uno psicologo, un attore e un serial killer. In questo esercizio, la maggior parte delle persone compie delle attribuzioni errate sulla base delle espressioni facciali! Successivamente, forniamo esempi in cui si dimostra che le espressioni e i gesti possono essere interpretati in modo diverso a seconda del bagaglio culturale e dell'età ("Paese che vai, usanza che trovi"). Quindi, forniamo immagini in cui vengono mostrate diverse espressioni facciali. Ai partecipanti viene chiesto di giudicare come si starà sentendo la persona nell'immagine e di discutere la plausibilità delle quattro interpretazioni alternative. Dopo di che, viene evidenziata la risposta corretta (spesso accompagnata dalla presentazione dell'immagine completa).

La terza serie di attività è simile alla serie di attività presentata nel modulo 3. Tre immagini vengono mostrate in successione, e in ordine inverso. Dopo aver mostrato ciascuna immagine, i partecipanti dovrebbero discutere quale delle tre opzioni elencate in fondo alla diapositiva fornisce la continuazione più logica per la sequenza. Ad esempio, in uno degli esercizi della parte B viene mostrata una donna che prende una moneta dal borsello. A questo punto, due delle tre opzioni per continuare la sequenza sono plausibili – pagare al parchimetro, donazione a musicista – sebbene il volto sorridente della donna offra un indizio che l'ultima opzione è più plausibile. La diapositiva successiva elimina qualsiasi altra ambiguità della scena: la donna ha ascoltato un musicista. Il punto in cui è possibile decifrare la trama corretta varia da esercizio a esercizio. Ad esempio, alcuni esercizi permettono una decisione definitiva solo dopo che è stata mostrata la terza immagine. Nell'ultimo gruppo di attività, quattro immagini vengono mostrate in sequenza, con ciascuna immagine che in misura crescente elimina qualsiasi ambiguità dello scenario. I partecipanti sono incoraggiati a dare un giudizio circa le intenzioni di una o più persone utilizzando tre alternative.

Materiale

Gli stimoli per la terza serie di attività sono stati messi a disposizione da Sarfati, Hardy-Bayle, Besche and Widlocher (1997), gli stimoli alla fine sono stati generosamente forniti da Martin Brüne di Bochum/Germania (si veda Brüne, 2003). Al termine della presentazione si ringraziano altri fotografi/artisti per il loro contributo.

Base teorica

I deficit della teoria della mente sono ben documentati in pazienti schizofrenici (per una revisione vedi Bora & Pantelis, 2013; Sprong, Schothorst, Vos, Hox, & van Engeland, 2007). I pazienti affetti da schizofrenia manifestano delle difficoltà nel predire le azioni altrui, cosa che può contribuire alla formazione di una ideazione delirante (Mehl, Rief, Lüllmann, Ziegler, Kesting, & Lincoln, 2010; Versmissen, Janssen, Myin-Germeys, Mengelers, Campo, van Os, & Krabbendam, 2008). Inoltre sono stati ben documentati problemi nella interpretazione delle espressioni facciali in soggetti schizofrenici (Phillips & David, 1995).

Sarfati et al. (1997) hanno scoperto che i pazienti con schizofrenia, in particolare quelli con disturbi formali del pensiero, mostrano difficoltà in compiti che richiedono la comprensione situazionale, presumibilmente per distrazione indotta da caratteristiche irrilevanti rispetto al contesto.

Obiettivo del modulo

La prima parte di questo modulo dimostra che, pur essendo molto importanti per comprendere gli stati mentali e i sentimenti interiori di una persona, le espressioni facciali possono facilmente dare adito a interpretazioni errate. Ad esempio, non è possibile stabilire se una persona è un attore o un serial killer solamente esaminandone l'aspetto. Al fine di interpretare in modo adeguato un'espressione facciale, è importante considerare altre fonti d'informazione (ad es. contesto; background personale). I partecipanti imparano a considerare una varietà di informazioni contestuali piuttosto che fare affidamento su singoli dettagli.

Consiglio generale

I pazienti dovrebbero tenere conto del contesto nel dedurre l'interpretazione più plausibile. Evidenziare la fallibilità delle impressioni iniziali, enfatizzare il bisogno di mantenere la mente aperta e ridurre la sicurezza se l'evidenza è insufficiente (il dubbio può essere espresso da segnali col braccio, vedere moduli 2 e 3). Usare degli esempi per sottolineare la pertinenza per la vita quotidiana.

Consiglio specifico

Le attività descritte nel presente manuale possono essere presentate in qualsiasi ordine. L'istruttore potrebbe voler passare dalla prima alla seconda serie di attività a seconda del livello prestazionale dei partecipanti.

Indizi per individuare l'interpretazione corretta

Non esistono particolari spunti per le serie di attività 1 e 2. L'obiettivo centrale di apprendimento è dato dal fatto che le espressioni facciali possono essere fuorvianti e che bisognerebbe raccogliere ulteriori informazioni prima di giungere a una conclusione solida. Nella diapositiva "Emozioni fondamentali" nella prima parte del modulo, le soluzioni possono essere dedotte dal contesto piuttosto che dai gesti (ad es., felicità = donna velo da sposa/matrimonio; rabbia = uomo che stringe il pugno).

Ciclo A Serie di attività 3	Quando la soluzione è ovvia:	Indizi per trovare la soluzione corretta (esempi):
1 (uomo che appende un quadro)	evidente alla seconda immagine; può essere indovinato dopo la prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella prima immagine, l'uomo forse sta mettendo il quadro sul cavalletto per terminarlo, ma la parte del quadro cui sta lavorando è già completata nella prima immagine (rende probabile l'alternativa A). • L'alternativa B è assurda dall'inizio. • Nella seconda immagine, l'uomo sta per mettere un chiodo nel muro ad indicare che intende appendere qualcosa.
2 (donna con bambino)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella prima immagine, la donna cammina verso la culla del bambino. In questa fase non è chiaro che intenzioni abbia. • Tutte e tre le alternative sono alquanto probabili a questo punto. • Tuttavia, la donna appare preoccupata, per cui l'alternativa B è improbabile a questo punto. • Nella seconda immagine, si vede che la donna sta cercando di spegnere un incendio, rendendo improbabili le alternative B e C.
3 (uomo con secchio dell'immondizia)	evidente alla seconda o alla terza immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'alternativa A è improbabile dall'inizio. • Dopo la seconda immagine, sembra che l'uomo stia cercando di prendere l'orologio, il che rende improbabili le alternative A e B. • Tuttavia, a questo punto l'alternativa B non può essere scartata del tutto.
4 (donna con fiammifero)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • All'inizio tutte e tre le opzioni sono plausibili. • Dopo la seconda immagine, si chiarisce che la donna sta cucinando, rendendo implausibili le alternative B e C.
5 (donna e orologio)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'alternativa A è assurda dall'inizio, dal momento che un orologio non può trasformarsi in un termometro. • L'alternativa B può essere indovinata alla prima immagine, se si guarda più da vicino e si rileva l'espressione facciale preoccupata. • La seconda immagine indica che la donna sta cucinando, rendendo improbabili le alternative A e C.
6 (donna che indossa una collana)	evidente alla prima (se si guarda molto attentamente) o alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Il cartellino del prezzo nella prima immagine indica che la donna intende acquistare una collana. • La seconda immagine mostra la donna che interagisce con la commessa mostrata nell'opzione B, rendendo meno probabili le alternative A e C. • Sebbene la C non possa essere accantonata del tutto fino all'ultima immagine, la B è la più probabile.
7 (ragazzo con ombrello)	evidente alla seconda o alla terza immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte e tre le immagini vanno mostrate prima di poter prendere una decisione definitiva • L'alternativa C è improbabile dall'inizio. • Nella prima immagine non è chiaro che cosa intenda fare il ragazzo con l'ombrello. • Nella seconda immagine apprendiamo che il ragazzo è troppo basso per aprire la porta senza assistenza. • L'alternativa B plausibilmente potrebbe seguire una volta completata l'alternativa A.

8 (uomo con stivali bagnati)	evidente alla prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'alternativa A è esclusa dal principio, perché è improbabile che un uomo metta nel microonde le scarpe bagnate • L'alternativa C è anche improbabile poiché gli stivali e l'uomo sono asciutti e nella camera da letto.
9 (donna con cesto)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • All'inizio tutte e tre le opzioni sono alquanto probabili, ma l'alternativa A sembra quella più probabile. • Nella seconda immagine, la donna è in piedi accanto al camino e si è accorta che è rimasta senza legna da ardere (rende improbabili le alternative B e C).
10 (uomo e albero)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • All'inizio tutte e tre le opzioni sono alquanto plausibili. • La seconda immagine indica che l'uomo sta piantando un albero, il che rende l'alternativa B l'opzione migliore.

Ciclo B Serie di attività 3	Quando la soluzione è ovvia:	Indizi per trovare la soluzione corretta (esempi):
1 (uomo con canna da pesca)	evidente alla seconda immagine; può essere indovinato dopo la prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella prima immagine, l'uomo forse sta cogliendo dei fiori, ma sembra che stia scavando nel terreno (rende meno probabile l'alternativa C). • La A sembra assurda sin dall'inizio. • Nella seconda immagine, è chiaro che l'uomo sta per andare a pescare, escludendo l'alternativa A.
2 (donna con portamonete)	evidente alla seconda immagine; potrebbe essere indovinato dopo la prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella prima immagine, le alternative A e C sono ambedue plausibili. L'alternativa B sembra assurda. • L'alternativa A potrebbe essere indovinata dopo la prima immagine, se si guarda attentamente e si nota il volto contento della donna. • Nella seconda immagine, si vede che la donna si sta godendo la musica, a indicare che darà del denaro al violinista.
3 (uomo con corda)	evidente alla seconda immagine	Dopo la seconda immagine sembra che l'uomo stia provando ad attraversare il canyon, il che rende l'alternativa B improbabile e la C assurda.
4 (uomo con portafoglio)	evidente alla seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Dopo la prima immagine, tutte e tre le opzioni sono plausibili. • Dopo la seconda immagine, si chiarisce che l'uomo ha fame, rendendo improbabile l'alternativa A. Osservando più attentamente, si chiarisce che l'uomo sta guardando solo una torta (l'alternativa B è la più probabile). • L'alternativa C non può essere scartata del tutto, ma sembra meno probabile, dal momento che in vetrina non è esposta una baguette.

5 (uomo con bottiglia)	evidente alla prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'alternativa A è probabile dall'inizio. • L'alternativa B è assurda dall'inizio. L'alternativa C potrebbe implicare che l'uomo è impazzito sull'isola, ma è improbabile. • La prima immagine indica che l'uomo sta inserendo un messaggio in una bottiglia. L'uomo sembra essere naufragato (ad es. abiti a brandelli), rendendo improbabili le alternative B e C.
6 (uomo con scala)	evidente alla terza immagine	<ul style="list-style-type: none"> • L'alternativa B è improbabile dall'inizio. • Tutte e tre le immagini devono giungere alla giusta conclusione poiché nelle immagini una e due vengono trasmesse poche informazioni.
7 (uomo con bicchiere rotto)	evidente alla terza immagine; ma può essere indovinato dopo la seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Per prendere una decisione definitiva, si devono vedere tutte e tre le immagini, ma l'alternativa B è la più probabile sin dall'inizio. • Nella prima immagine non è chiaro cosa stia pensando l'uomo. • Guardando più da vicino la seconda immagine ci si può rendere conto che l'uomo ha sete.
8 (uomo con frigorifero)	evidente alla seconda immagine, può essere indovinato dopo la prima immagine guardando attentamente	<ul style="list-style-type: none"> • L'alternativa C è assurda dall'inizio. • Le alternative A e B sembrano essere parimenti plausibili dopo la prima immagine. • Dopo la seconda immagine si chiarisce che l'uomo è infastidito a causa della musica alta proveniente dalla casa del vicino. In questo modo, l'alternativa A è la più plausibile.
9 (uomo con mano sporca)	evidente alla prima immagine	Sin dal principio, è chiaro che l'uomo vuole lavarsi le mani, escludendo le alternative A e C.
10 (uomo e bastoni)	evidente alla seconda immagine, può essere indovinato dopo la prima immagine.	<ul style="list-style-type: none"> • La seconda immagine indica che l'uomo sta campeggiando, il che rende l'alternativa C l'opzione migliore. • L'alternativa C è improbabile dall'inizio.

Ciclo A Serie di attività 4	Quando la soluzione è ovvia:	Indizi per trovare la soluzione corretta (esempi):
1 (tre ragazzi)	evidente alla quarta immagine; può essere indovinato dopo la seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella prima immagine, tutte e tre le opzioni sono possibili. • La seconda immagine rende improbabile l'alternativa C. • La terza immagine con i due ragazzi che chiamano il terzo ragazzo rende possibile l'alternativa A, ma la presenza della buca nel terreno rende l'alternativa B l'opzione migliore.
2 (due carcerati)	evidente alla seconda immagine, ma può essere indovinato dopo la prima immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella prima immagine è già probabile che uno degli uomini stia provando a scavalcare il muro. • La seconda immagine mostra ambedue gli uomini che cercano di arrampicarsi sul muro, rendendo improbabili le alternative A e C.
3 (ragazzo con scatola)	evidente alla seconda immagine	Nella seconda immagine, si chiarisce che il ragazzo non sta incartando un regalo o gioendo per il regalo di compleanno, rendendo improbabili le alternative A e B.

Ciclo B Serie di attività 4	Quando la soluzione è ovvia:	Indizi per trovare la soluzione corretta (esempi):
1 (due ragazzi con albero)	evidente alla terza immagine; ma può essere indovinato dopo la seconda immagine	<ul style="list-style-type: none"> • Nella prima immagine, tutte e tre le opzioni sono possibili. • La seconda immagine rende improbabile l'alternativa A. • Nella terza immagine si chiarisce che il ragazzo aiuterà l'amico, rendendo l'alternativa B l'opzione migliore.
2 (ragazzo con mazzo di fiori)	evidente alla seconda immagine, potrebbe essere indovinato dopo la prima immagine	Dopo la seconda immagine è possibile stabilire che il ragazzo sta facendo uno scherzo alla sua ragazza (alternativa C).
3 (due ragazzi e bancarella dei dolci)	evidente alla terza immagine, può essere indovinato dopo la seconda immagine	Nella seconda immagine diventa plausibile che i ragazzi stanno architettando qualcosa, ma non risulterà chiaro che intendono svaligiare il negozio fino alla terza immagine, rendendo improbabili le alternative A e B.

MODULO 5: MEMORIA

Dominio target

Eccessiva sicurezza negli errori

Attività di base

Vengono presentati gli stimoli visivi tratti dal cosiddetto paradigma Deese- Roediger-McDermott, o paradigma delle memorie false (Roediger III & McDermott, 1995; Roediger III, Watson, McDermott, & Gallo, 2001). È noto che questo materiale suscita un gran numero di false memorie nel 50-80% dei soggetti sani. Nel ciclo A, inizialmente viene mostrata la tipica scena di una spiaggia (ad es. bambini che giocano, persone che prendono il sole, l'acqua) lasciando fuori intenzionalmente gli oggetti che naturalmente ci si aspetterebbe di trovare in tale ambiente (ad es. una palla, gli asciugamani). In effetti, i partecipanti successivamente si ricordano di aver visto tali oggetti che sono plausibili, ma effettivamente mancanti.

Attraverso le prime due immagini e una breve descrizione, si portano i partecipanti ad acquisire dimestichezza con l'effetto delle memorie false. Dopo di che, si chiede ai partecipanti di guardare attentamente le seguenti immagini e di ricordare ciascuno degli elementi nella misura più vivida possibile per evitare l'effetto delle memorie false. Ciascuna immagine (tempo di visualizzazione: 15 - 30 secondi, a seconda del livello prestazionale del gruppo) è seguita da un'attività di riconoscimento in cui i partecipanti devono decidere se un elemento è stato visualizzato o meno. Svariate attività incoraggiano il brainstorming su scene tipiche (si veda Consiglio generale), che di solito aumenta la probabilità di memorie false.

Materiale

Alcune delle immagini sono state disegnate da Norman Rockwell (a cura di Miller & Gazzaniga, 1998). Le immagini contrassegnate con il marchio © sono state usate per gentile concessione di Geobra Brandstätter GmbH & Co. KG, Germania. Svariate immagini sono state fornite cortesemente da Stefan Merz e Frank Burmeister. Al termine della presentazione si ringraziano altri fotografi/artisti per il loro contributo.

Base teorica

I pazienti con schizofrenia producono una grande proporzione di errori di memoria per eccessiva sicurezza (Moritz & Woodward, 2002, 2005; Moritz, Woodward, Cuttler, Whitman, & Watson, 2004; Moritz, Woodward, & Ruff, 2003; Peters, Moritz, Hauschildt, & Jelinek, 2012). Per quanto siano alquanto convinti dell'autenticità dei falsi ricordi, i pazienti sono meno sicuri nelle risposte corrette rispetto ai controlli sani. Il pattern delle risposte, insieme ad un gran numero di errori di memoria, conducono ad uno stato chiamato corruzione della conoscenza: un'ampia parte di quanto un individuo crede essere dei fatti (conoscenza soggettiva) è corrotta o contaminata.

È stato provato che il ricordo vivido rappresenta un buon metodo euristico per differenziare le

memorie corrette da quelle non corrette. Per contro, la pura familiarità o memorie deboli e sbiadite sono una scarsa prova di autenticità (Reisberg, 2001). Un dato importante consiste nel fatto che i pazienti con schizofrenia sembrano avere un ricordo meno vivido rispetto ai partecipanti sani (Bacon, Danion, Kauffmann-Muller, & Bruant, 2001; Danion, Rizzo, & Bruant, 1999; Huron et al., 1995). I giudizi sulla propria memoria nei pazienti per lo più si basano su familiarità e intuizione (Weiss, Dodson, Goff, Schacter, & Heckers, 2002). Ciò li rende suscettibili agli errori.

L'effetto delle memorie false (Roediger III & McDermott, 1995; Roediger III et al., 2001) è una dimostrazione notevole di come la nostra memoria possa essere ingannata da effetti di preattivazione (*priming effects*), inferenza logica (ad es. è ragionevole ipotizzare che le persone che prendono il sole sono distese su asciugamani) e confusione del passato con attuali episodi mnestici.

Obiettivo del modulo

Sebbene in quasi tutte le indagini i pazienti con schizofrenia non abbiano mostrato delle differenze rispetto ai controlli quanto ad accuratezza nel paradigma Deese-Roediger McDermott (ad es. Huron & Danion, 2002), il loro convincimento circa questi errori di memoria era aumentato in misura sproporzionata (Moritz, Woodward, & Rodriguez-Raecke, 2006). Il presenta materiale suscita memorie false nella maggior parte delle persone (ossia a prescindere dallo stato psicopatologico), ed è istruttivo mostrare che anche le memorie che si crede siano dei fatti concreti possono essere pseudo-memorie. I pazienti dovrebbero comprendere la fallibilità della memoria umana: la memoria è costruttiva e non funziona come un videoregistratore.

Uno degli obiettivi di questo modulo è insegnare ai pazienti a mettere in dubbio le loro memorie se non si ha un ricordo vivido. In questo caso, è necessaria un'ulteriore prova, in particolare per significative situazioni interpersonali (ad es. conflitti).

Consiglio generale

Le diapositive dell'introduzione dovrebbero essere somministrate in una maniera molto interattiva (ad esempio, chiedere ai pazienti dei propri trucchi mnemonici sulla diapositiva intitolata "come posso memorizzare meglio le cose?" nel ciclo A). Nel corso delle diapositive sull'effetto delle false memorie, i pazienti devono apprendere che il verificarsi delle memorie false è accentuata in situazioni ("sature") familiari. Ad esempio, possiamo ricordare frammenti di una recente lite/discussione non proferiti effettivamente, ma in qualche modo impliciti (deduzione soggettiva), o menzionati in precedenti situazioni di conflitto. In tali circostanze è cruciale verificare le nostre prime impressioni. Inoltre, ai partecipanti viene insegnato a differenziare tra memorie vere e false (grado più elevato di vividezza, ricordo dei dettagli).

Le attività sono tantissime. Non annoiare i pazienti con lunghe discussioni su un esercizio. Dopo ciascuna immagine, discutere quali elementi sono stati mostrati (preferibilmente per alzata di mani, o, ad esempio, cartellini rossi e verdi). Chiedere ai pazienti di valutare la loro sicurezza e se ricordano dei dettagli specifici (ad es. per alzata di mano: alzare completamente

il braccio significa sicurezza, se il braccio è alzato a metà indica qualche dubbio). Dopo aver raccolto e discusso le risposte dei partecipanti, l'immagine viene mostrata nuovamente per verificare i giudizi. Nelle attività di brainstorming, dopo la presentazione dell'immagine corrispondente, ma prima del riconoscimento, ai partecipanti viene chiesto quali oggetti – a prescindere dall'immagine appena presentata – si aspetterebbero solitamente in una scena simile (ad es. aula, piscina). Non chiedere i dettagli dell'immagine specifica! Ciò di solito accentua l'effetto delle false memorie per mezzo di aspettative non corrette, che “modifica” l'immagine vera per mezzo di un cliché.

Consiglio specifico

Nessuno.

MODULO 6: EMPATIZZARE... II

Domini target

Teoria della mente complessa /cognizione sociale; bisogno di chiusura

Attività di base

All'inizio, i partecipanti dovrebbero parlare degli indizi che possano aiutare a farsi un giudizio su una persona (ad es. linguaggio, gesti). Si dovrebbe eseguire una discussione approfondita dei punti deboli e dei vantaggi di ciascun criterio. Quindi, vengono presentate delle sequenze di fumetti, per le quali i partecipanti devono assumere il punto di vista di uno dei protagonisti, e dedurre che cosa potrebbe pensare il personaggio di un'altra persona o di un certo evento.

Ci sono due varianti a disposizione per questa attività: una somministrazione standardizzata e una somministrazione in termini di BADE (per maggiori informazioni sul BADE, consultare il modulo 3). La versione standard presenta le sequenze di fumetti nella loro interezza. Si consiglia di usare questa versione se la sessione è più breve del solito. Per entrambe le varianti, i partecipanti devono immedesimarsi nella prospettiva dei personaggi proiettati.

Nella somministrazione in termini di BADE la maggior parte delle diapositive viene presentata in ordine sequenziale inverso, con l'immagine finale mostrata per prima nel fumetto. In altre parole, in termini cronologici, l'ultima immagine/i viene presentata/vengono presentate per prima, mentre la prima immagine/i della sequenza di fumetti resta/restano coperte. Con ciascuna nuova immagine, viene fornito un contesto più ampio sulla storia. È consigliabile chiedere ai partecipanti dopo la/e prima/e immagine/i presentata/e (ossia, l'ultima immagine in ordine cronologico) se la presentazione di più immagini della sequenza di fumetti è ancora necessaria ovvero se la soluzione potrebbe sembrare già ovvia. In effetti, la vera catena di eventi spesso è messa in una luce completamente diversa da immagini successive. Per conoscere gli indizi per individuare l'interpretazione corretta durante la discussione delle diapositive standardizzate o in termini di BADE, consultare la tabella riportata in basso.

Per la maggioranza degli elementi nella somministrazione standard, nonché in quella in termini di BADE, svariate interpretazioni restano possibili fino alla fine. In questo caso, i partecipanti dovrebbero proporre quali informazioni supplementari sono necessarie per un giudizio affidabile. Anche se una sequenza resta ambigua, si dovrebbe discutere quali interpretazioni sono meglio supportate dalle prove evidenti.

Materiale

Le sequenze di immagini sono state disegnate da Martin Armbruster, Britta Block e Mariana Ruiz-Villarreal e Christin Hoche. Al termine della presentazione si ringraziano altri fotografi/artisti per il loro contributo.

Base teorica

I pazienti con schizofrenia mostrano delle difficoltà dinanzi a situazioni che richiedono l'assunzione del punto di vista e l'empatizzazione con gli altri (Bora & Pantelis, 2013; Frith, 2004; Sprong et al., 2007). Una percezione distorta dei motivi e delle azioni altrui può far scaturire facilmente problemi interpersonali. La teoria delle deficienze mentali, tuttavia, viene osservata anche in altri disturbi psichiatrici e la loro rilevanza patogenetica per la formazione delirante è oggetto di continue controversie (Garety & Freeman, 1999). Inoltre, in alcuni studi i pazienti con schizofrenia mostrano un'accresciuta esigenza di chiusura e certezza (Colbert & Peters, 2002): hanno difficoltà a tollerare episodi con finale aperto e ambiguità.

Obiettivo del modulo

Ai partecipanti s'insegna la differenza tra il loro livello di informazione come "spettatore onnisciente" e i fatti a disposizione dei protagonisti. Ad esempio, in un esercizio del ciclo A, una donna viene posta dinanzi a una cattiva notizia dal suo medico. Successivamente arriva tardi a lavoro e il capo la rimprovera. Dall'ultima immagine, non possiamo dire se il capo è duro di cuore o semplicemente ignaro della visita al dottore; si potrebbe sostenere che il capo avrebbe dovuto comportarsi con maggiore considerazione, dal momento che la dipendente sembra visibilmente sconvolta.

Alcune delle scene dei fumetti sono insoddisfacenti per le persone con un'accresciuta esigenza di chiusura. In alcune scene – come nella vita vera – non è possibile dare delle spiegazioni definitive. Pertanto, i pazienti dovrebbero proporre quali altre informazioni sono richieste per verificare in ultima analisi una delle ipotesi.

Consiglio generale

Fare in modo che i pazienti a turno descrivano ciascuna immagine di una sequenza. Intervenire se le descrizioni esulano da quanto mostrato nell'immagine. Per le attività centrali, i pazienti dovrebbero immaginarsi nella posizione dei personaggi presentati. Uno degli obiettivi portanti del MCT consiste nel seminare il dubbio e persuadere i pazienti ad attenuare il loro grado di sicurezza ed astenersi dalle decisioni affrettate quando l'evidenza è incompleta. Inoltre, di tanto in tanto, chiedere ai partecipanti di valutare la loro sicurezza (es. per alzata di mano: alzare il braccio completamente indica un alto grado di sicurezza; alzare il braccio a metà denota qualche dubbio).

Indizi per individuare l'interpretazione corretta

Ciclo A	Somministrazione standardizzata	Somministrazione in termini di BADE
1 (compleanno)	<p>Dal momento che la nonna non ha apertamente espresso il proprio disgusto per le caramelle mou, la ragazzina potrebbe ricomprare le caramelle mou alla nonna per il suo prossimo compleanno. È improbabile che la nonna sarà contenta di ricevere le caramelle mou.</p>	<p>Dalle prime diapositive presentate, è difficile decidere che cosa la ragazza potrebbe regalare alla nonna per il suo prossimo compleanno. Svelando l'immagine rimanente della sequenza di fumetti in cui la nonna sembra contenta di ricevere le caramelle mou, è probabile che la ragazza le regalerà di nuovo queste caramelle. Alla nonna non piacciono le caramelle mou, ma non lo mostra apertamente alla ragazza. A questo punto dovrebbe risultare evidente che il gruppo/i partecipanti possiedano una conoscenza superiore rispetto alla ragazza.</p>
2 (cattiva notizia)	<p>È difficile decidere se il capo sia duro di cuore o meno. Date circostanze, si potrebbe essere indotti a credere che il capo stia avendo una reazione eccessiva. Tuttavia, è importante far notare che pur essendoci note le circostanze, il capo non sembra essere a conoscenza del perché la donna era in ritardo al lavoro. Non sappiamo se la donna è periodicamente in ritardo al lavoro, il che rende comprensibile la frustrazione del capo, o se si tratta di un incidente isolato, ad indicare che il capo probabilmente sta reagendo in maniera eccessiva.</p>	<p>Dalla prima immagine (quindi, ultima immagine cronologica) è difficile decidere se il capo è duro di cuore o meno. La seconda diapositiva che diventa disponibile mostra la donna che piange, ad indicare che potrebbe avere una ragione legittima per essere in ritardo. Le ultime diapositive svelate indicano che la donna sta avendo problemi di salute. Non è chiaro se il capo sapesse che la donna aveva un appuntamento dal medico prima del lavoro o problemi di salute, per cui non si può essere certi che sia duro di cuore. Per contro, se la donna periodicamente fa tardi al lavoro, la frustrazione del capo sarebbe comprensibile. Invece, nell'ultima immagine cronologica, il capo può vedere che la donna ha pianto e in questo caso, la sua reazione potrebbe essere considerata un po' dura.</p>

3 (incidente)	<p>L'uomo presumibilmente puzza di alcol. Il poliziotto con ogni probabilità crederà che l'incidente è accaduto perché l'uomo è ubriaco. Ciò non è necessariamente sbagliato, ma non sappiamo per certo che una persona sobria avrebbe potuto impedire l'incidente. La strada è molto dritta. Ciò può essere un'indicazione che l'uomo ha la principale responsabilità, perché potrebbe aver avuto il tempo sufficiente per arrestare la macchina.</p>	<p>Data l'informazione della prima diapositiva presentata (l'ultima immagine cronologica), è difficile dedurre che cosa pensi il poliziotto. Possiamo dedurre che l'autista è disorientato, ma non sappiamo se sia dovuto soltanto all'incidente automobilistico. Man mano che vengono presentate le diapositive, il partecipante apprende che c'erano dei cervi che attraversano la strada prima dell'incidente. Con l'informazione conclusiva della prima immagine cronologica, è chiaro che l'uomo ha bevuto. È importante ricordare che il gruppo ha maggiori informazioni rispetto al poliziotto; tuttavia, è possibile che il poliziotto potrebbe sentire l'odore di alcol, il che lo induce a pensare che l'intossicazione abbia causato l'incidente, ma la situazione reale è più complessa.</p>
4 (banca)	<p>L'impiegato di banca non sa che il ragazzo ha appena presentato una pistola giocattolo. L'eventualità che l'impiegato abbia paura dipende da un numero di fattori (ad es. il ragazzo sembra imprevedibile, la pistola giocattolo sembra vera, l'impiegato di banca è una persona timorosa?).</p>	<p>Sulla base delle informazioni nella prima immagine presentata (ultima diapositiva cronologica) il partecipante può concludere che l'impiegato di banca possa essere spaventato dalla pistola. Il ragazzo può anche apparire un ometto. Dalle diapositive rimanenti i partecipanti sono consapevoli che la pistola è un giocattolo, ma che l'impiegato di banca potrebbe non saperlo. L'eventualità che l'impiegato avrà paura dipende da un numero di fattori che non possiamo valutare appieno (ad es. il ragazzo sembra imprevedibile, la pistola giocattolo sembra vera, l'impiegato di banca è una persona timorosa?).</p>

5 (vela)	<p>Sebbene padre e figlio non abbiamo ascoltato il messaggio d'avvertimento, probabilmente hanno notato il mutamento del tempo (nuvole che si ammassano) e per questa ragione possono aver deciso di non fare l'escursione in barca. Tuttavia, in questo caso, sarebbero potuti ritornare molto prima.</p>	<p>Nella prima immagine presentata (ultima diapositiva cronologica) padre e figlio sembrano pronti ad andare in barca, ma, a ben guardare si potrebbe notare che le condizioni atmosferiche non sono ottimali (nuvole che si ammassano). La terza diapositiva cronologica può aiutare i partecipanti a concludere che padre e figlio non dovrebbero andare in barca, ma è importante ricordare che non abbiano sentito il messaggio d'avvertimento. Con le informazioni aggiuntive delle prime due diapositive cronologiche, sappiamo che le condizioni atmosferiche sono cambiate. È probabile che padre e figlio abbiano anche notato che il tempo è cambiato in peggio e hanno deciso di non andare in barca. Tuttavia, in questo caso, avrebbero potuto annullare l'escursione molto prima. Avrebbero anche potuto notare che la spiaggia sembra quasi deserta, e ciò potrebbe aiutarli a decidere di non andare in barca.</p>
6 (furgoncino del gelataio)	<p>Il ragazzo non sa che la ragazza ha visto il furgoncino del gelataio presso la chiesa e pertanto può pensare che la ragazza lo ha visto per l'ultima volta nel parco (l'ultima volta che l'ha vista).</p>	<p>Nessuna somministrazione in termini di BADE disponibile.</p>
7 (salsiccia)	<p>Poiché il ragazzo sembra molto affamato, la madre forse lo accusa erroneamente di aver mangiato da solo tutte le salsicce.</p>	<p>Nessuna somministrazione in termini di BADE disponibile.</p>

8 (vicino)	<p>Un uomo non riesce ripetutamente ad avviare l'auto perché la batteria è morta. Per via della lite con il vicino del piano di sotto, che si è lamentato della musica alta (immagini 1-2), l'uomo potrebbe pensare che il vicino è salito in auto e ha acceso le luci per scaricare la batteria.</p> <p>Tuttavia, poiché la batteria si è scaricata ancora nell'immagine 4 in un luogo diverso, potrebbe risultare chiaro che lui stesso abbia lasciato le luci accese per negligenza (forse il proprietario dell'auto era un pò confuso per via della discussione con il vicino).</p>	Nessuna somministrazione in termini di BADE disponibile.
------------	---	--

Ciclo B	Somministrazione standardizzata	Somministrazione in termini di BADE
1 (omone)	È importante comprendere che le persone nel bar non hanno visto il ragazzo con la sega. Pertanto, le persone molto presumibilmente suppongono che la sedia si sia spaccata per via del peso dell'uomo. Tuttavia, la sedia probabilmente si sarebbe rotta anche con una persona più leggera.	Nessuna somministrazione in termini di BADE disponibile
2 (auto)	Non si è proprio in grado di vedere se la donna prenderà le parole dell'uomo come pure informazioni, consiglio o come comportamento paternalistico.	Nessuna somministrazione in termini di BADE disponibile.
3 (biblioteca)	Sono possibili svariate interpretazioni. Forse l'uomo non fa caso che la donna è al telefono e pertanto può attribuire a se stesso i commenti di lei. A sostenere tale ipotesi è il fatto che lui pone direttamente la domanda senza prima cercare di attrarre l'attenzione della donna. In questo caso, l'uomo potrebbe essere sconvolto. In alternativa, può pensare che la donna dovrebbe assolvere ai propri compiti invece di fare chiamate personali.	Sulla base della seconda diapositiva della sequenza di fumetti, si potrebbe inferire che l'uomo non si accorga che la donna è al telefono dal momento che le ha appena posto una domanda diretta. È possibile che l'uomo pensi che la donna stia rispondendo a lui. Per contro, potrebbe pensare che lei dovrebbe lavorare invece di parlare al telefono. Da ultimo, allorché viene svelata la diapositiva rimanente, sembra probabile che la donna fosse nel mezzo di una conversazione telefonica e non stesse rispondendo alla domanda dell'uomo. Questa sequenza di fumetti consente diverse interpretazioni. È importante sottolineare che i partecipanti abbiano più informazioni rispetto all'uomo.

4 (calcio)	<p>Nell'immagine 1, persone apparentemente straniere stanno imparando la lingua del Paese ospite. Il contenuto del programma sembra molto semplice (si veda la grammatica sulla lavagna), per cui è ragionevole supporre che il loro vocabolario sia molto scarso. Pertanto, potrebbero non comprendere che cosa significhi il cartello nel parco. Il guardaparco a sua volta potrebbe pensare che i ragazzi stiano disubbidendo apposta alle regole. I pregiudizi nei confronti degli stranieri potrebbero avere un loro peso. Andrebbe anche discusso se la presenza di un cartello sul prato rappresenti un'indicazione di per sé sufficiente a farli astenere dal giocare a calcio.</p>	<p>Nella prima diapositiva presentata (ultima diapositiva in ordine cronologico) è probabile che il guardaparco pensi che i giocatori di calcio stiano evidentemente ignorando le regole del parco giocando sul prato. Svelando il resto delle diapositive risulta evidente ai partecipanti che i giocatori di calcio sono stranieri con un vocabolario limitato. Apprendiamo che il contenuto del programma sia molto facile (si veda la grammatica sulla lavagna). Ciò nonostante, queste informazioni non sono disponibili al guardaparco, per cui la sua opinione della situazione non dovrebbe cambiare.</p>
5 (galleria)	<p>Un uomo entra in una galleria d'arte. Egli potrebbe credere erroneamente che le due persone stiano parlando di lui. In alternativa, i due visitatori possono lamentarsi che l'uomo sta ostruendo la loro vista.</p>	<p>Basandosi sulle informazioni date nella prima diapositiva presentata (ultima diapositiva in ordine cronologico), sembra plausibile pensare che due persone nella galleria stiano parlando dell'uomo davanti al quadro con il gatto. Una volta presentate le diapositive rimanenti, ai partecipanti diventa chiaro che gli uomini in precedenza stavano discorrendo del quadro con il gatto, ma l'uomo può restare dell'idea che stiano parlando di lui visto che entrava nel locale più tardi.</p>
6 (malato)	<p>La madre penserà solo che il ragazzo è malato se il ragazzo ha messo il termometro in una tazza calda e poi ha abbassato il termometro ad una temperatura da febbre (non visualizzata!). Altrimenti, il termometro avrà un valore troppo alto e la madre capirebbe che il ragazzo stia fingendo di essere malato.</p>	<p>Nella prima diapositiva presentata (ultima diapositiva in ordine cronologico), sembra che la madre è confusa dallo stato del figlio e forse è preoccupata. La terza diapositiva cronologica mostra il ragazzo che ficca il termometro in una tazza calda, nel tentativo di far sembrare che abbia la febbre. Questa informazione colloca la storia in una luce diversa. Forse, è ovvio alla madre che il figlio stia fingendo di essere malato se la temperatura è estremamente alta. In questo caso la madre probabilmente sarebbe arrabbiata. Le prime due diapositive del fumetto mostrano il corso precedente degli eventi, ma non dà ulteriori informazioni.</p>

7 (casa)	<p>Un uomo ha chiaramente dimenticato la chiave di casa e ora si arrampica dalla finestra.</p> <p>Il passante potrebbe prenderlo per un ladro. Altrimenti, potrebbe conoscere l'uomo (forse in quanto suo vicino) o il proprietario della casa avrebbe potuto spiegargli la situazione (ad es. il gesto del proprietario nella seconda immagine potrebbe essere interpretato in tal senso).</p>	<p>Nella prima diapositiva mostrata (ultima diapositiva in ordine cronologico) sembra che l'uomo si stia introducendo nella casa. Sarà solo alla seconda diapositiva cronologica che sarà chiaro ai partecipanti che l'uomo aveva dimenticato la chiave di casa e non è un ladro. A questo punto è importante ricordare ai partecipanti che l'uomo con il cane non ha la stessa conoscenza dei partecipanti e pertanto può credere che l'altro uomo si sta introducendo nella casa. Ciò è vero solo se si suppone che l'uomo con il cane non conosce l'uomo che si arrampica dalla finestra.</p>
8 (gemelli)	<p>L'uomo probabilmente pensa che Lisa (la donna che lui ha chiamato al telefono) è seduta al bar, sebbene lei gli abbia detto di avere altro da fare. Poiché non si rivolge a lei con il suo nome (di battesimo), si potrebbe supporre che non la conosce bene e pertanto potrebbe non sapere che la donna ha una sorella gemella.</p>	<p>L'uomo probabilmente pensa che Lisa (la donna che lui ha chiamato al telefono) è seduta al bar, sebbene lei gli abbia detto di avere altro da fare. Solo quando viene mostrata la diapositiva rimanente (prima diapositiva in ordine cronologico) si chiarisce che la donna seduta al bar è la sorella gemella di Lisa chiamata Karin. Poiché non si rivolge a lei con il suo nome, si potrebbe supporre che non la conosce bene e pertanto potrebbe non sapere che la donna ha una sorella gemella.</p>

MODULO 7: SALTARE ALLE CONCLUSIONI II

Domini target

Saltare alle conclusioni; accettazione di ampie vedute

Attività di base

Ai partecipanti viene mostrato un numero di quadri. Il loro compito consiste nel dedurre il titolo corretto di ciascuna immagine tra quattro opzioni. Se da un lato per alcuni quadri la soluzione è piuttosto ovvia, per altri risulterà chiara solo con approfondita contemplazione. Per alcuni quadri si può persino discutere se il titolo corretto sia inequivocabile.

Analogamente al modulo 2, l'introduzione riguarda il saltare alle conclusioni e presenta una popolare teoria di leggenda metropolitana/cospirazione (esempio dal ciclo A: "Marlboro è di proprietà del Ku-Klux-Klan?"). Le argomentazioni pro e contro questa credenza devono essere raccolte di nuovo, scambiate e valutate per verificarne la plausibilità. Occorre chiarire che le leggende di questo tipo sono sorte per essere saltati alle conclusioni e sulla base di prove dubbie. In questo modo, fungono da modello positivo per le idee deliranti in generale.

Materiali

Quadri classici e moderni; due immagini sono tratte da differenti edizioni del Thematic Apperception Test (TAT).

Base teorica

Negli studi precedenti, i pazienti con schizofrenia hanno mostrato una tendenza all'accettazione di ampie vedute per le ipotesi (Moritz & Woodward, 2004, 2005; Woodward, Moritz, Cuttler, & Whitman, 2006; Moritz et al., 2009). Rispetto ai controlli, i pazienti hanno dato valutazioni di plausibilità superiori per alternative assurde o improbabili, il che sta a indicare che i pazienti adottano criteri meno severi per il processo decisionale (questo motivo è una variante dell'approccio relativo al saltare alle conclusioni di Garety et al., 1991). Inoltre, non sono considerate tutte le prove disponibili (si veda anche modulo 2, Bell et al., 2006; Garety & Freeman, 1999, 2013) e i pazienti non soppesano adeguatamente l'informazione (Glöckner & Moritz, 2009).

Obiettivo del modulo

I pazienti dovrebbero apprendere che è di centrale importanza investire un tempo sufficiente nella soluzione di problemi complessi. A volte certe caratteristiche giustificano le decisioni univoche, che passerebbero inosservate da un'indagine superficiale.

Consiglio generale

I dettagli che parlano a favore o contro un certo titolo vanno discussi nel gruppo. L'attenzione dei partecipanti deve essere diretta verso le informazioni ancora non riconosciute (qui di seguito vengono riportati ulteriori dettagli). Dopo aver discusso tutti i dettagli, i pazienti devono valutare di nuovo l'opzione dei titoli.

In questo modulo, è utile per i pazienti utilizzare cartellini rossi e verdi per esprimere il consenso. Lo svantaggio di un processo decisionale affrettato può essere dimostrato meglio allorché si chiede ai partecipanti di procedere a una valutazione appena dopo la presentazione iniziale dell'immagine e poi di nuovo dopo aver discusso i dettagli. Come nei precedenti moduli, chiedere ai partecipanti di valutare il loro grado di sicurezza (es. per alzata di mano: alzare il braccio completamente nel caso di grande di sicurezza; alzare il braccio a metà in caso di dubbio).

Se si formano parti diverse nel gruppo che preferiscono titoli differenti, l'istruttore può incoraggiare e moderare una discussione aperta.

Consiglio specifico

N° immagine Ciclo A	Titolo	Indizi per individuare l'interpretazione corretta
Immagine 1	“Il corteggiamento”	I seguenti depongono per B: l'espressione facciale della donna è alquanto civettuola e sensuale; l'uomo le ha portato un regalo (fiore); la postura devota dell'uomo.
Immagine 2	“Il chimico che legge”	Mortaio e pestello nonché la bottiglia chiusa indicano un chimico che potrebbe studiare una nuova formula (a favore di C). Il fatto che è assorto nella lettura, che la bottiglia è chiusa e che sul tavolo non ci sono bicchieri argomenta contro B. Lo stile di abbigliamento non indica un monaco (contro A).
Immagine 3	“Il povero poeta”	Il numero di libri mostrati nell'immagine indica un poeta (alternativa C) più che un servo (alternativa A). Il modo in cui tiene la sua mano può indicare che è nell'atto di scrivere una poesia (alternativa C). Sebbene viva in uno stato povertà apparente, i diversi oggetti che possiede (in particolare libri) confutano l'interpretazione relativa alla casa povera.
Immagine 4	“L'ammonizione”	Le seguenti depongono per D. La ragazza sembra sentirsi in colpa; il gesto minaccioso della donna più anziana; l'attenzione è sulla ragazza (non sul ragazzo, depone per l'opzione D). Il ragazzo non ha scarpe in mano (rende implausibile l'alternativa C).
Immagine 5	“Una visita”	L'attenzione dell'uomo è incentrata visibilmente sull'uccello alla finestra per il quale l'uomo alza lo sguardo (opzione A). Dal momento che l'uomo non sta guardando il libro, l'opzione B è implausibile.
Immagine 6	“L'incidente di caccia”	Il naso rosso dell'uomo rende plausibile l'opzione B. Il volto spaventato dell'uomo rende anche plausibile l'opzione A; tuttavia, l'abbigliamento, il fucile e l'uomo che sta cadendo supportano l'opzione D.
Immagine 7	“La risposta dei Cosacchi”	Uno degli uomini al tavolo ha in mano una penna (depone per B); gli uomini non stanno facendo braccio di ferro; i Cosacchi sembrano di buon umore e non si stanno preparando per una battaglia (rende implausibile l'alternativa D).
Immagine 8	“L'ottico”	Adulti e bambini stanno provando degli occhiali (controllo effettuato leggendo il quotidiano); l'uomo con la barba offre alla donna gli occhiali presi dalla sua cassetta (a favore di D). I bambini non sono messi a fuoco nell'immagine e gli adulti sono la maggioranza (contrario a A). L'uomo che sta entrando è solo una figura nello sfondo (C pertanto non è plausibile). Per illustrare uno studioso, si potrebbe disegnarlo ad uno scrittoio con libri, invece di inserirlo in un ambiente sociale di questo tipo.
Immagine 9	“L'Acquaiolo di Siviglia”	L'uomo davanti indossa abiti cenciosi; il liquido nel bicchiere è chiaro; anche il vino bianco è più giallo e il bicchiere sarebbe più vuoto se fosse una degustazione di vino (contrario a C).

Immagine 10	“Il vedovo”	Il signore è vestito di nero sta sicuramente guardando le signore che passano. Il signore non interagisce con le signore (quindi l'opzione A è implausibile). L'uomo seduto occupa una posizione abbastanza centrale nel quadro (rende implausibile l'opzione B).
Immagine 11	“Pedicure”	L'uomo visibilmente si occupa dei piedi /delle unghie delle dita dei piedi della donna. Non è visibile nessuna cassetta o strumento medico (scalpello) (quindi le opzioni B e C sono implausibili).
Immagine 12	“Ladri di frutta”	I bambini o nani apparentemente hanno colto la frutta dall'albero, poiché ci sono alcuni frutti nella parte inferiore dell'albero e un ragazzo è ancora sull'albero; l'uomo anziano li scaccia con una frusta.
Immagine 13	“L'Angelus”	Le mani delle due persone sono congiunte e le teste inclinate. È il tramonto. Non è visibile alcuna lapide o prete (per cui l'opzione C è implausibile). L'opzione dello "scansafatiche" (D) non rientra con l'atmosfera pacifica del quadro.
Immagine 14	“Aspettando i pescherecci”	La madre e una delle figlie stanno guardando (con desiderio?) l'oceano. Le barche sulla linea dell'orizzonte, l'abito sottile della madre e delle figlie fanno pensare alla famiglia di un povero pescatore (alternativa B). Inoltre, non ci sono valige per un viaggio e la figlia è scalza (contrario a D). Se la scena avesse descritto una passeggiata, il pittore probabilmente avrebbe descritto la scena in modo più dinamico. Non c'è alcun suggerimento specifico che si tratta di una vedova in lutto (ma nessuna prova definitiva contraria alla risposta C).
Immagine 15	“Ragazzo con violino”	La maggior parte delle interpretazioni vanno ben oltre il dato visibile; in effetti, il ragazzo è il famoso violinista Yehudi Menuhin – da bambino – prima di un concerto imminente.
Immagine 16	“La lettera d'amore intercettata”	Nessuno sta spostando i mobili (rende implausibile l'alternativa C); l'atmosfera dell'immagine è solare e tranquilla; un topografo gradirebbe avere strumenti più professionali (rende implausibile l'alternativa D).
Immagine 17	“Il Cristo della moneta” ⁴	La moneta è un elemento importante per l'immagine (a favore di C). È improbabile che un bucaniere dia una moneta a un nobile (contrario a D). A e B sono possibili ma meno plausibili di C. Secondo un'altra argomentazione contraria a A è che si dubita che un tema come la corruzione sia mai stato rappresentato nell'epoca medievale.

⁴ Si noti che questo è il titolo ufficiale in italiano dell'opera. In inglese il dipinto è noto con il titolo (tradotto) di “Imposta fondiaria” (N.d.T.)

Immagine 18	“Un invito a ballare”	C'è una coppia che balla raffigurata nello sfondo del quadro. L'uomo si china verso la donna, il che è a favore di C; inoltre, il gruppo sembra apprezzare la presenza dell'uomo. Le due donne dietro al tavolo non stanno necessariamente spettegolando riguardo all'uomo, il livello del rumore nella stanza potrebbe essere un motivo del perché sono tanto vicini. Sembra che tutti stiano bevendo alcol, non soltanto l'uomo a destra (boccali di birra sul tavolo; contrario a A).
Immagine 19	“Il dramma”	C'è un folto pubblico che segue una scena che ha luogo sul palcoscenico; non c'è alcuno schermo (rende implausibile l'alternativa C); è improbabile che così tante persone assistano a un crimine e non intervengano (rende implausibile l'alternativa A); il pubblico è seduto al buio mentre la scena è illuminata come nei teatri.

N° immagine Ciclo B	Titolo	Indizi per individuare l'interpretazione corretta
Immagine 1	“Il triste messaggio”	La donna sta piangendo; il soldato le ha portato un cappello e un cappotto (presumibilmente appartenente al marito caduto); la donna ha una lettera sulle ginocchia (a favore di D); il bambino non sembra malato; il ragazzino sta guardando l'uomo in uniforme e non il bambino (rende implausibile l'alternativa B).
Immagine 2	“Zuppa al monastero”	La seguente depone per C: un ragazzo con una scodella (per la zuppa) sta uscendo dal monastero; ci sono delle persone nello sfondo che presumibilmente stanno mangiando; la suora nello sfondo ha davanti a lei un paiolo con la zuppa; la porta sarebbe troppo modesta per una chiesa (in favore di C).
Immagine 3	“La guerra”	La spada, la torcia e i cadaveri a terra suggeriscono l'opzione A. Non c'è alcuna indicazione in favore dell'annuncio della venuta di Gesù Cristo (l'opzione B è implausibile). Le opzioni C e D si basano su dettagli periferici.
Immagine 4	“Perché l'ho sposato?”	La coppia apparentemente è su una nave (oblò nello sfondo), probabilmente sono in luna di miele (a favore di B). L'uomo è disteso sul letto vestito, forse a gozzovigliare, c'è una bottiglia sul tavolo accanto a lui (a favore di B). La donna è troppo giovane per essere la madre dell'uomo (contrario all'alternativa D). Non ci sono indizi per un omicidio (ad es. una pistola) o un suicidio (contrario all'alternativa A e C). In passato, un nastro rosso, come quello indossato dalla donna, indicava che una donna era (si era appena) sposata (un'altro suggerimento per l'alternativa B).
Immagine 5	“Giochi di fanciulli”	Non si vedono bancarelle e cibo (pertanto le opzioni B e C sono implausibili). I giochi (attività fisica, ballo, ecc.) indicano l'opzione D. A favore dell'opzione A è il caos inizialmente apparente; che però è contraddetto dalle persone che giocano.

Immagine 6	“Baro con l'asso di quadri”	A guardare la bevanda rossa, l'opzione C è sicuramente plausibile, ma lascia molte domande aperte. L'opzione D sembra plausibile per via dello sguardo della donna; tuttavia, la carta (Asso di quadri) che l'uomo ha dietro di sé è a favore dell'opzione B.
Immagine 7	“Gli uomini che contemplano la luna”	La luna è un elemento essenziale dell'immagine (a favore di B). Non ci sono lapidi o vampiri (contrario alle alternative A e C). Inoltre, la scena sembra tranquilla. L'atmosfera fa pensare alla notte (contrario all'alternativa D).
Immagine 8	“Riposo ai margini del bosco”	Le donne hanno portato un grande cesto; le persone non sembrano agitate; nessun indizio specifico per una ferita (D).
Immagine 9	“Dare da mangiare ai conigli”	I bambini stanno dando da mangiare ai conigli; nessun indizio specifico per Pasqua (D); l'ultima cena (A) è piuttosto macabra e non coglie lo spirito sereno dell'immagine.
Immagine 10	“La culla”	Il bambino dorme pacifico e non sembra gravemente malato o morente (colorito sano; contrario alle alternative A e B). La madre è semplicemente seduta vicino la culla, con il mento appoggiato alla mano, il che rende improbabile che stia cantando (a favore di D ma contrario a C).
Immagine 11	“La vestizione”	Ci sono vestiti appoggiati su una sedia nello sfondo; la donna in piedi sta fissando il colletto del giovane, che è in ginocchio dinanzi a lei, con indosso indumenti intimi della moda del tempo (a favore di C e contro A). L'atmosfera è alquanto amichevole, le due signore non sembrano arrabbiate né hanno uno sguardo accusatorio, ma sembrano allegre (contrario a D), posizione non comune per un massaggio (rende B implausibile).
Immagine 12	“Le stiratrici”	Non c'è nessun corpo da rianimare (rende implausibile l'alternativa B); la donna a destra sta stirando un abito; l'altra sembra essere stanca per il lavoro, sta sbadigliando.
Immagine 13	“Paese della cuccagna”	Il correggiato dell'immagine potrebbe supportare l'alternativa A. Il cibo sparso ovunque e gli animali con le posate infilzate nei loro colpi potrebbero sostenere l'alternativa B. Il pollo decapitato è troppo piccolo da giustificare il titolo dell'immagine. Non ci sono indizi particolari che suggeriscono un avvelenamento alimentare (alternativa D).
Immagine 14	“Il prestigiatore”	L'attrezzatura dell'uomo (ad es. cane e cerchio) indica un giocoliere, piuttosto che un mago (alternativa A) o un predicatore itinerante (alternativa C). L'alternativa B sarebbe altrettanto possibile.
Immagine 15	“Il pranzo”	Le teste abbassate inizialmente rendono plausibili le opzioni A e B; tuttavia, nessuno è vestito a lutto (pertanto l'opzione A è impossibile). Una delle persone sta già mangiando, ragion per cui l'opzione della preghiera (B) sembra implausibile. Nessuno sta parlando (quindi l'opzione D è implausibile). Poiché quasi tutti stanno mangiando, l'opzione C è corretta.

Immagine 16	"Ragazza che beve vino, con due pretendenti"	La donna, che tiene un bicchiere di vino, sembra essere lusingata, leggermente divertita e sorride, forse ha appena ricevuto un complimento (favorevole a A). La presenza del secondo uomo e il fatto che la donna non guarda l'uomo sono contrari all'alternativa B. La donna occupa il piano centrale dell'immagine, il che confuta ulteriormente l'alternativa C. Inoltre, non è presente cibo di lusso sul tavolo, come ci si aspetterebbe se l'opzione D fosse vera.
Immagine 17	"Donna col binocolo"	La donna tiene un binocolo da teatro, ma nessuna maschera (contrario all'alternativa A). Non ci sono indizi particolari per l'alternativa C.

MODULO 8: UMORE

Domini target

Schemi cognitivi negativi

Attività di base

Dapprima, il gruppo elenca i sintomi della depressione. Successivamente, si discutono le possibilità terapeutiche per la depressione e i modelli cognitivi. Gli esercizi successivi sono mirati agli schemi cognitivi depressivi. In cooperazione con i partecipanti, l'istruttore spiega come è possibile sostituire gli schemi cognitivi distorti con altri più realistici e utili. Il modulo inoltre ha per oggetto le strategie di coping disfunzionale adottate da chi è affetto da problemi psicologici. Per esempio, le persone affette da schizofrenia hanno la tendenza a valutare le comuni intrusioni come estremamente negative (ad es., problemi e immagini negativi intensivi) e a reagire con un elevato livello di paura (Morrison, 2001). Questi pensieri vengono poi rafforzati da un'aumentata vigilanza e da un tentativo di sopprimerli. Può subentrare una sensazione di alienazione dai propri processi mentali, che a volte esita in una fluttuazione dei confini dell'io ("pensieri costruiti") e allucinazioni. I pazienti dovranno imparare che tali pensieri possono essere fastidiosi, ma relativamente benigni. Impareranno anche che la soppressione del pensiero contrariamente alle aspettative accentua la presenza e l'impatto dei pensieri negativi. Invece è consigliabile osservare i propri pensieri da una prospettiva distaccata senza interferire, come quando si guarda una tigre allo zoo o una tempesta all'esterno. Infine, vengono fornite delle tecniche che, se usate regolarmente, aiutano ad alterare gli autoschemi negativi e sollevare l'umore.

Materiali

Alcuni esempi sono stati ispirati da libri di testo cognitivo-comportamentali (ad es. Beck, 1976) e storie di casi. Al termine della presentazione si ringraziano fotografi/artisti per il loro contributo.

Base teorica

Molti pazienti con schizofrenia mostrano una bassa autostima (Freeman et al., 1998; Moritz, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Karow, & Lincoln, 2010; Sundag, Lincoln, Hartmann, & Moritz, 2015). I tassi di depressione e suicidio sono molto alti in questa popolazione (Buckley, Miller, Lehrer, & Castle, 2009). È in corso un dibattito sull'eventualità che l'ideazione paranoica sia una strategia di coping disfunzionale per aumentare l'autostima (Adler, 1914/1929; Bentall et al., 2001; Kinderman & Bentall, 1996), ad esempio, potenziando la propria importanza soggettiva durante i deliri persecutori (ad es. lotta eroica contro spiriti cattivi all'insegna del tema: maggiori i nemici, maggiore l'onore) a creando un nuovo fantastico scopo nella vita (Moritz, Werner, & Von Collani, 2006).

Non è nell'intento del programma aumentare l'autostima a livelli irrealistici (pertanto, non

abbiamo incluso frasi sul “pensiero positivo” quali “Sono una persona speciale” che potrebbero sì essere ragionevole per pazienti non-psicotici), quanto piuttosto promuovere un realistico senso di sé.

Obiettivo del modulo

Ai partecipanti vengono presentati gli stili di pensiero disfunzionali che possono contribuire alla formazione e alla conservazione della depressione e della ridotta autostima. È bene sottolineare che grazie a un training regolare è possibile correggere questi stili cognitivi.

Consiglio generale

Il presente modulo si differenzia dalle altre parti del MCT per il fatto che non fornisce opzioni di risposta corretta o sbagliata. È cruciale che l'istruttore abbia dimestichezza con il modello cognitivo-comportamentale di depressione che sottende il presente modulo.

Consiglio specifico

Alcune delle diapositive contengono delle questioni in cui ai pazienti viene chiesto di proporre interpretazioni più utili e razionali, prima che le opzioni di risposta siano rivelate.

MODULO AGGIUNTIVO I: AUTOSTIMA

Avvertenza

Alcune diapositive contengono delle domande alle quali i partecipanti devono proporre delle interpretazioni quanto piu' utili e razionali, prima che siano rivelate le possibili risposte opzionali.

Dominio target

Aumentare l'autostima

Compito

Questo modulo convoglia ai partecipanti del gruppo che l'autostima è una dimensione soggettiva. Nessuno è piu' meritevole di altri. Viene illustrata la differenza fra una autostima salutare, bassa o esagerata, nonché le possibili basi dell'autostima. Poiché le persone con bassa autostima tendono a focalizzare l'attenzione sulle loro debolezze, partecipanti sono invitati a concentrarsi sui loro punti di forza. I partecipanti ricevono anche consigli su come aumentare la loro autostima e sono incoraggiati a sviluppare delle proprie strategie.

Materiali

Esempi creati in autonomia ispirati a vari manuali di psicoterapia (e.g., Potreck- Rose & Jacob, 2013).

Base teorica

Molte persone che soffrono di schizofrenia, soffrono anche di bassa autostima (Freeman et al., 1998; Moritz et al., 2010; Sundag et al., 2015), che secondo alcuni ricercatori è etiologicamente collegata alla paranoia e alla megalomania.

Por otra parte, la reducción exitosa de los delirios al mismo tiempo que aumenta la conciencia de enfermedad puede disminuir el animo (d'altra parte la riduzione della ideazione delirante aumentando contestualmente la consapevolezza di malattia puo' migliorare L'umore).

(Belvederi Murri et al., 2015; Lincoln, Lüllmann & Rief, 2007). Poiché molti partecipanti considerano prioritario il miglioramento del benessere emotivo (Kuhnigk, Slawik, Meyer, Naber, & Reimer, 2012), noi riteniamo questo aspetto, affrontato anche nel modulo 8, di grande importanza.

Obiettivo del modulo

Ai partecipanti deve essere chiarificato come emerge l'autostima. Devono imparare a non concentrarsi sugli aspetti negativi della loro vita o sui loro (presunti) difetti personali, ma al contrario devono valorizzare gli aspetti della vita che stanno andando bene. Vengono forniti consigli e suggerimenti per la routine quotidiana, che possono contribuire a rafforzare l'autostima dei partecipanti.

Raccomandazioni generali

I compiti descritti in questo modulo non hanno delle univoche risposte tipo "giusto" o "sbagliato". Ai partecipanti deve essere dato del tempo sufficiente per pensare e discutere le strategie funzionali in grado di aumentare l'autostima. E' importante che i partecipanti riconoscano e siano in grado di denominare i propri punti di forza. Il modulo è particolarmente adatto per completare Modulo 8 (Umore).

MODULO AGGIUNTIVO II: AFFRONTARE I PREGIUDIZI (STIGMA)

Dominio target

(Auto-)Stigma (aumentata consapevolezza dell'auto-stigma, ditto anche stigma "percepito" o "accusato").

Compito

Ai partecipanti vengono mostrati personaggi famosi (ad esempio, giocatori di calcio e scrittori). Viene quindi rivelato che gli scrittori (secondo gruppo di persone) erano affetti da disturbi mentali. In seguito, vengono mostrati dipinti provenienti da persone affette da disturbi mentali e persone non affette, illustrando che persone con disturbi mentali sono in grado di creare cose importanti e preziose. Di seguito, viene illustrato che i disturbi mentali e anche sintomi psicotici (attenuati) si verificano di frequente nella popolazione generale. Alla fine, il gruppo dovrebbe criticamente affrontare i pregiudizi e discutere come affrontare lo stigma. Sono infine formulate delle raccomandazioni su come comunicare adeguatamente la propria malattia.

Materiali

Dipinti classici e moderni; statistiche pubblicate, esempi fatti in proprio.

Base teorica

Molti disturbi psichiatrici, tra cui la schizofrenia (Gerlinger et al, 2013;. Świtaj, Grygiel, Anczewskaa, e Wciórka, 2015), sono oggetto di pregiudizi e lo stigma ed associati allo stigma. Questo spesso porta ad ulteriori problemi e disturbi (insicurezze, depressione), che favoriscono i sintomi associati nei disturbi psicotici, come la sfiducia e il ritiro sociale. L'autostima è spesso ridotta a causa di ciò (Świtaj et al., 2015).

Obiettivo del modulo

Per prima si discute quanto siano comuni le malattie mentali (come la psicosi) nella popolazione generale. Con esempi di artisti famosi e sportivi, si illustra inoltre, che esperire la malattia mentale (come psicosi) non significa essere improduttivi e privi di valore. I partecipanti sono portati a conoscenza di tale stigmatizzazione e come questa possa influenzare la loro autostima. Questo modulo cerca di minimizzare l'auto-stigma, aumentando la consapevolezza della prevalenza della malattia mentale nella popolazione generale. Si sottolinea che la malattia mentale / psicosi non determina il valore della persona, ed ai partecipanti viene insegnato come confrontarsi adeguatamente con la loro malattia; per esempio, comunicando del proprio disturbo ad altri in maniera efficace.

Raccomandazioni generali

I compiti descritti in questo modulo non hanno delle univoche risposte tipo "giusto" o "sbagliato". I partecipanti devono avere il tempo sufficiente per pensare e discutere le strategie per la gestione di esperienze di stigma. Singoli esercizi o capitoli possono essere saltati (per esempio, non c'è bisogno di leggere ad alta voce la biografia di ogni scrittore).

Attenzione: nel presentare le diapositive sui più comuni cliché e i giudizi erronei sulla psicosi / schizofrenia (ad esempio, che le persone con psicosi sono pericolose), siate garbati e cauti. Mostrate gli esempi ai pazienti soltanto se ritenete che i pazienti siano consapevoli dei suddetti cliché ed erronei giudizi. In caso contrario si rischia di indurre nuove preoccupazioni, che invece andrebbero evitate con tutti i mezzi. Prima di presentare le diapositive, raccomandiamo di chiedere al gruppo se si sono imbattuti in un qualunque cliché sulla psicosi. Magari, allora presentate soltanto quei cliché di cui i pazienti sono consapevoli.

Note speciali

I partecipanti dovrebbero elaborare suggerimenti utili su come affrontare la loro malattia creando essi stessi degli esempi.

Bibliografia

- Adler, A. (1914/1929). Melancholia and paranoia. In A. Adler (Ed.), *The practice and theory of individual psychology*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Bacon, E., Danion, J. M., Kauffmann-Muller, F., & Bruant, A. (2001). Consciousness in schizophrenia: a metacognitive approach to semantic memory. *Consciousness and Cognition, 10*, 473-484.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences, 10*, 219-226.
- Belvederi Murri, M., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D. A., Ghio, L., & Amore, M., (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 162*, 234-247.
- Bentall, R. P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. In A. S. David & J. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 337-360). Erlbaum: London.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*, 1143-1192.
- Bentall, R. P., Kaney, S., & Dewey, M. E. (1991). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 30*, 13-23.
- Bora, E., & Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 144*, 31-36.
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research, 60*, 57-64.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 383-402.
- Byerly, M. J., Nakonezny, P. A., & Lescouffair, E. (2007). Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 30*, 437-452.
- Colbert, S. M., & Peters, E. R. (2002). Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 27-31.
- Danion, J.-M., Rizzo, L., & Bruant, A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 56*, 639-644.
- Elkis, H. (2007). Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 30*, 511-533.
- Fine, C., Gardner, M., Craigie, J., & Gold, I. (2007). Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry, 12*, 46-77.
- Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P., & Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 415-430.
- Freeman, D., Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P. E., & Dunn, G. (2004). Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 671-680.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*, 425-457.
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine, 34*, 385-389.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 113-154.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry, 203*, 327-333.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R., & Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic interference task. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 194-201.

- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*, 155-164.
- Glöckner, A., & Moritz, S. (2009). A fine-grained analysis of the jumping-to-conclusions bias in schizophrenia: Data-gathering, response confidence, and information integration. *Judgment and Decision Making, 4*, 587-600.
- Huron, C., & Danion, J.-M. (2002). Impairment of constructive memory in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology, 17*, 127-133.
- Huron, C., Danion, J.-M., Giacomoni, F., Grengé, D., Robert, P., & Rizzo, L. (1995). Impairment of recognition memory with, but not without, conscious recollection in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1737-1742.
- Janssen, I., Versmissen, D., Campo, J. A., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychological Medicine, 36*, 771-778.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 106-113.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 341-345.
- Kinderman, P., Kaney, S., Morley, S., & Bentall, R. P. (1992). Paranoia and the defensive attributional style: deluded and depressed patients' attributions about their own attributions. *British Journal of Medical Psychology, 65*, 371-383.
- Klosterkötter J. (1992). The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 46*, 609-630.
- Kuhnigk, O., Slawik, L., Meyer, J., Naber, D., & Reimer, J. (2012). Valuation and attainment of treatment goals in schizophrenia: perspectives of patients, relatives, physicians, and payers. *Journal of Psychiatric Practice, 18*, 325-332
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1324-1342.
- Miller, M. B., & Gazzaniga, M. S. (1998). Creating false memories for visual scenes. *Neuropsychologia, 36*, 513-520.
- Mehl, S., Rief, W., Lüllmann, E., Ziegler, M., Kesting, M.-L., & Lincoln, T. M. (2010). Are theory of mind deficits in understanding intentions of others associated with persecutory delusions? *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 516-519.
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 34*, 358-366.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Hottenrott, B., Woodward, T. S., von Eckstaedt, F. V., Schmidt, C., Jelinek, L., & Lincoln, T. M. (2009). Decision making under uncertainty and mood induction: further evidence for liberal acceptance in schizophrenia. *Psychological Medicine, 39*, 1821-1829
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar S., & Vitzthum, F. (2010). *MKT+: Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose*. [MCT+: Individualized metacognitive therapy for people with psychosis]. Heidelberg: Springer; see also www.uke.de/mct_plus
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., & Lincoln, T. M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis, 2*, 144-153.
- Moritz, S., Werner, R., & von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry, 11*, 402-435.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2002). Memory confidence and false memories in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 641-643.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2004). Plausibility judgment in schizophrenic patients: evidence for a liberal acceptance bias. *German Journal of Psychiatry, 7*, 66-74.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 193-207.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research, 142*, 157-165.

- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*, 619-625.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *23*, 561-569.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D., & Andresen, B. (2007). Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 371-383.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Cuttler, C., Whitman, J. C., & Watson, J. M. (2004). False memories in schizophrenia. *Neuropsychology*, *18*, 276-283.
- Moritz, S., Woodward, T. S., & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine*, *36*, 659-667.
- Moritz, S., Woodward, T. S., & Ruff, C. (2003). Source monitoring and memory confidence in schizophrenia. *Psychological Medicine*, *33*, 131-139.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 257-276.
- Peters, E., & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 481-514.
- Peters, M. J. V., Moritz, S., Hauschildt, M., & Jelinek, L. (2012). Impact of emotional valence on memory and meta-memory in schizophrenia using videos sequences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*, 77-83.
- Phillips, M. L., & David, A. S. (1995). Facial processing in schizophrenia and delusional misidentification: cognitive neuropsychiatric approaches. *Schizophrenia Research*, *17*, 109-114.
- Potreck-Rose, F., & Jacobs, G. (2013). *Selbstzuwendung, Selbstwertakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl [Self-care, self-acceptance and self-confidence. Psychotherapeutic interventions to raise self-esteem]*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Hottenrott, B., & Moritz, S. (2011). Attributional biases in paranoid schizophrenia: Further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis*, *3*, 74-85.
- Reisberg, D. (2001). *Cognition*. New York: WW Norton & Co.
- Roediger III, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, *21*, 803-814.
- Roediger III, H. L., Watson, J. M., McDermott, K. B., & Gallo, D. A. (2001). Factors that determine false recall: a multiple regression analysis. *Psychonomic Bulletin and Review*, *8*, 385-407.
- Sanford, N., Veckenstedt, R., Moritz, S., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Impaired integration of disambiguating evidence in delusional schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, *44*, 2729-2738.
- Sarfati, Y., Hardy-Bayle, M. C., Besche, C., & Widlocher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia: a non-verbal exploration with comic strips. *Schizophrenia Research*, *25*, 199-209.
- Savulich, G., Shergill, S., & Yiend, J. (2012). Biased cognition in psychosis. *Journal of Experimental Psychopathology*, *3*, 514-536.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *191*, 5-13.
- Sundag, J., Lincoln, T. M., Hartmann, M. M., & Moritz, S. (2015). Is the content of persecutory delusions relevant to self-esteem? *Psychosis*, *7*, 237-248.
- Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., & Wciórka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: The mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*, *59*, 73-79.
- Van Dael, F., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Data gathering: biased in psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 341-351.
- Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Hottenrott, B., Woodward, T. S., & Moritz, S. (2011). In corrigibility, jumping to conclusions, and decision threshold in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *16*, 174-192.

- Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Mengelers, R., Campo, J., van Os, J., & Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, *99*, 103-110.
- Voruganti, L. P., Baker, L. K., & Awad, A. G. (2008). New generation antipsychotic drugs and compliance behaviour. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*, 133-139.
- Weiss, A. P., Dodson, C. S., Goff, D. C., Schacter, D. L., & Heckers, S. (2002). Intact suppression of increased false recognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1506-1513.
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C., & Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*, 605-617.
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C. C., & Whitman, J. (2004). A generalized cognitive deficit in integrating disconfirmatory evidence underlies delusion maintenance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *67*, 79.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 523-537.

Meta-Analyses

- Eichner, C. & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of Metacognitive Training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin*, *42*, 952–962.
- Liu, Y. C., Tang, C. C., Hung, T. T., Tsai, P. C., & Lin, M. F. (2018). The efficacy of Metacognitive Training for delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *15*, 130–139.
- Penney, D., Sauv e, G., Mendelson, D., Thibaudeau,  ., Moritz, S., & Lepage, M. (2022). Immediate and sustained outcomes and moderators associated with metacognitive training for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *79*, 417–429.
- Sauv e, G., Lavigne, K. M., Pochiet, G., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *78*, 101854.