

# Risultati del Social Skills Training applicato a pazienti con sindromi psicotiche

*Social Skills Training: results in patients with psychotic syndromes*

R. Perone<sup>1</sup>, L. Bartolini<sup>2</sup>, D. Pecori<sup>3</sup>, S. Domenichetti<sup>4</sup>, V. Massai<sup>3</sup>, A. Rispoli<sup>3</sup>, A. Barbacci<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Modulo Operativo Multidisciplinare Salute Mentale Adulti Quartiere 5 (MOM SMA 5), ASL 10 di Firenze; <sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, Firenze; <sup>3</sup> Associazione GRUF (Gruppo per la Ricerca a livello Universitario di Firenze); <sup>4</sup> Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Zona Firenze, ASL 10 di Firenze

## Summary

### Objectives

*This pilot-study provides the results of Psychosocial Rehabilitation carried-out with Social Skills Training for a Group of Patients with Psychotic Syndromes, at the Centro Diurno "Fili e Colori" – MOM Salute Mentale Adulti Quartiere 5 - ASL 10 of Florence.*

### Methods

*The purpose of the study was to verify the hypothesis that "Social Skills Training improves the Cognitive Dysfunctions and Adaptive Social Functions of Patients with Psychotic Syndromes". A careful psychodiagnostic and neuropsychological evaluation was performed to measure the change of patients' cognitive functioning at the beginning and at the end of Social Skills Training. Data obtained through a test-battery (WAIS-R, TMT, Verbal*

*Fluency, Story Recall Test, Wisconsin, SAFE) were elaborated, and the results referred to I.Q. and to some Cognitive Functions and Adaptive Social Functions were examined.*

### Results and conclusions

*The order of the percentage frequency of Improvements (after one year of SST) related to some Cognitive Functions and to some sub-tests of the WAIS-R is reported. Results referring to adaptive social functions are also discussed. There is need to define an integrated model of cognitive rehabilitation for optimizing Mental Health Service functioning.*

### Key words

*Social Skills Training • Cognitive Functioning • Cognitive Functions • Adaptive Social Functions • Psychoeducation • Self-help of Parents and Patients • Neuropsychological Tests*

## Riassunto

### Scopi

Si tratta di uno studio-pilota che descrive gli esiti della riabilitazione psicosociale effettuata applicando la Tecnica di Social Skills Training a un gruppo di pazienti con sindromi psicotiche, presso il Centro Diurno "Fili e Colori" – MOM Salute Mentale Adulti Quartiere 5 dell'ASL 10 di Firenze.

### Materiali e metodi

Il lavoro si è proposto di verificare l'ipotesi che "il Social Skills Training produce un miglioramento delle disfunzioni cognitive e delle funzioni sociali adattive dei pazienti con sindromi psicotiche". Per quantificare il cambiamento del funzionamento cognitivo dei pazienti è stata effettuata, all'inizio e alla fine del trattamento di Social Skills Training, un'accurata valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica. Sono stati elaborati i dati provenienti dalla somministrazione di una batteria di test (WAIS-R, TMT, Fluenza Verbale Semantica e Fonetica, Test del

Breve Racconto, Wisconsin, SAFE) ed esaminati i risultati riferiti al Q.I., ad alcune funzioni cognitive e alle funzioni sociali adattive.

### Risultati

Viene riportato l'ordine delle frequenze percentuali dei miglioramenti (dopo un anno di SST) riferiti ad alcune funzioni cognitive e ad alcuni sub-test della WAIS-R. Vengono anche esaminati i risultati relativi alle funzioni sociali adattive. L'aspetto più interessante del lavoro svolto, comunque, consiste nell'aver rilevato la necessità di definire un modello integrato di riabilitazione psicosociale rivolto a ottimizzare il funzionamento dei Servizi per la Salute Mentale Adulti.

### Parole chiave

*Social Skills Training • Funzionamento Cognitivo • Funzioni cognitive • Funzioni sociali adattive • Psicoeducazione • Auto-mutuo-aiuto di familiari e di pazienti • Test neuropsicologici*

### Corrispondenza

Rosanna Perone, via della Fonderia 41, 50143 Firenze, Italia • E-mail: rosanna.perone@fastwebnet.it, rosanna.perone@asf.toscana.it

## Introduzione

Presentiamo i risultati di uno studio pilota rivolto a rilevare gli effetti del Social Skills Training (SST) sul funzionamento cognitivo di un gruppo di pazienti con sindromi psicotiche.

Tale studio si è proposto di verificare l'utilità e l'efficacia di questa tecnica di riabilitazione psicosociale, introdotta dal nostro gruppo di lavoro all'interno del Servizio per la Salute Mentale Adulti del Quartiere 5 di Firenze (MOM SMA 5). Il gruppo comprende 4 psicologhe, un educatore e un'infermiera che operano nell'ambito del Progetto Psicoeducazione del MOM SMA 5, 1 neuropsicologo del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi (Firenze) e una psicologa dell'Associazione di Ricerca GRUF (Gruppo per la Ricerca a livello Universitario di Firenze). La sperimentazione del SST corrisponde alla tappa più recente di un percorso iniziato nel 2004 e caratterizzato dall'introduzione dei trattamenti psicoeducativi integrati con famiglie di pazienti psicotici (responsabile: dott.ssa Rosanna Perone) presso il MOM SMA 5 dell'ASL di Firenze (grazie a finanziamenti regionali annuali).

Gli effetti positivi di tali trattamenti sono stati misurati in termini di riduzione dello stress familiare, di ampliamento della rete di supporto sociale, di miglioramento del livello di collaborazione tra i Servizi per la Salute Mentale e le famiglie e del grado di soddisfazione dei familiari rispetto ai servizi ricevuti<sup>1</sup>.

Il Progetto del 2004 era centrato sui trattamenti psicoeducativi rivolti ai familiari di pazienti psicotici, quello del 2005 ha considerato la necessità di favorire il passaggio dei familiari che avevano seguito un trattamento psicoeducativo ai gruppi di auto-mutuo-aiuto di familiari (omogenei rispetto all'esperienza psicoeducativa), supportati dal nostro Servizio presso il MOM 5.

I progetti finanziati successivamente, invece, sono stati rivolti sia ai pazienti psicotici che e ai loro familiari. Si sono proposti di migliorare l'efficacia degli interventi attraverso il contributo costruttivo dei familiari (che, nel marzo 2008, hanno costituito l'Associazione Fenice-Familiari Salute Mentale) e l'integrazione delle tecniche psicoeducative con le valutazioni psicodiagnostiche approfondite dei pazienti (rivolgendo una particolare attenzione al loro funzionamento cognitivo).

La complessità dell'attività svolta durante questi anni e il nostro interesse per le disfunzioni cognitive dei pazienti con sindromi psicotiche<sup>2</sup> ci ha poi consentito di intuire la necessità di finalizzare maggiormente le tecniche psicoeducative e di renderle più efficaci inserendole all'interno di un programma di riabilitazione psicosociale rivolto ai pazienti con sindromi psicotiche.

Tra le tecniche di riabilitazione psicosociale abbiamo scelto il Social Skills Training<sup>2</sup> applicato a gruppi di pa-

zienti e, nel settembre 2007, abbiamo iniziato la conduzione del primo gruppo di SST.

La nostra scelta si è basata sulla constatazione che il disagio del paziente psicotico è principalmente legato a un deficit di abilità sociali. Questo deficit compromette la capacità di stabilire le relazioni interpersonali e limita lo svolgimento dei ruoli sociali (ad esempio lavoratore, coniuge). Il dott. Giuseppe Piegari dell'Università di Napoli (cattedra: prof.ssa Galderisi) ci ha insegnato il SST, nell'ambito di uno specifico corso di formazione da noi organizzato.

Dal libro di Bellack et al.<sup>2</sup> (p. 5): "L'individuo privo di abilità ha molte probabilità di fallire nella maggior parte o in tutte le sfere e, di conseguenza, di sperimentare ansia, frustrazione e isolamento, tutti aspetti che presentano una particolare problematicità per i pazienti psicotici. Pertanto *i deficit nelle abilità sociali possono aumentare il rischio di ricaduta, mentre una competenza sociale accresciuta può diminuire tale rischio ...* Sembra quasi che alcuni elementi della competenza sociale, come l'espressione mimica delle emozioni, non siano appresi, ma geneticamente "impressi" alla nascita. Ciononostante, *la ricerca indica che virtualmente tutti i comportamenti sociali possono essere appresi; quindi, possono essere modificati con l'esperienza e l'addestramento*".

Il SST, applicato in un contesto di gruppo, favorendo nei pazienti la riduzione dell'ansia, della frustrazione e dell'isolamento, consente l'apprendimento di abilità sociali e lo sviluppo della capacità di problem-solving; in altre parole favorisce il miglioramento del loro funzionamento cognitivo<sup>3-5</sup>. Viene, infatti, considerato una *tecnica* di riabilitazione psicosociale efficace, in grado di ridurre le disfunzioni cognitive dei pazienti con sindromi psicotiche. Secondo Sharma<sup>6</sup> la "disfunzione cognitiva è un sintomo della schizofrenia, vale a dire una caratteristica essenziale della malattia". La sua individuazione risulta particolarmente importante rispetto alla definizione del trattamento. Tuttavia, diversamente da molte altre condizioni, purtroppo i deficit cognitivi generali o specifici ancora non sono stati inseriti nel DSM IV-TR tra i criteri diagnostici della schizofrenia.

## Materiali e metodi

Quando abbiamo deciso di applicare il SST a un gruppo di pazienti con sindromi psicotiche seguiti dal nostro Servizio, ci siamo proposti di misurare i suoi effetti sul funzionamento cognitivo (considerando anche le singole funzioni cognitive) e sul funzionamento adattivo dei soggetti esaminati.

Abbiamo, quindi, voluto verificare l'ipotesi che il Social Skills Training produce un miglioramento delle disfunzioni cognitive e delle funzioni sociali adattive dei pazienti con sindromi psicotiche.

Per la verifica della nostra ipotesi abbiamo deciso di ef-

fettuare un'accurata valutazione psicodiagnostica delle condizioni psicopatologiche dei pazienti comprendendo anche la valutazione cognitiva e neuropsicologica, allo scopo di individuare se la malattia aveva reso disfunzionale qualche funzione cognitiva.

Abbiamo, così, sottoposto il gruppo di pazienti con sindromi psicotiche (n = 7) che hanno partecipato al trattamento di SST a una valutazione psicodiagnostica approfondita, che ha compreso la somministrazione della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)<sup>7</sup> e della SCID II<sup>8</sup> (comprendendo l'INA-Intervista Narrativo-Anamnestica di D. Pecori e R. Perone<sup>9</sup>) e la somministrazione di test per la rilevazione del funzionamento cognitivo. È stato poi effettuato il re-test dopo un anno di SST.

I test utilizzati per la valutazione del funzionamento cognitivo sono stati i seguenti:

- WAIS-R<sup>10</sup>;
- Short Test of Mental Status<sup>11</sup>;
- Mini Mental Examination<sup>12,13</sup>;
- TMT (Trail Making Test, Giovagnoli et al.)<sup>14</sup>;
- Fluenza Verbale Semantica e Fonemica (Novelli et al.)<sup>15</sup>;
- Test del Breve Racconto (Novelli et al.)<sup>16</sup>;
- Wisconsin (Modified Card Sorting Test Sensitive to Frontal Lobe Defect – Nelson)<sup>17</sup>.

Durante l'elaborazione dei dati, però, sono stati esclusi lo Short Test of Mental Status e il Mini Mental Examination poiché apparivano riduttivi e allo stesso tempo ridondanti rispetto a quelli ottenuti dalla WAIS-R.

## Risultati

### Il campione esaminato

Abbiamo rilevato i cambiamenti del funzionamento cognitivo e delle funzioni sociali adattive di un campione di pazienti con sindromi psicotiche (n = 7) che hanno condiviso e terminato un trattamento bisettimanale di SST durato un anno.

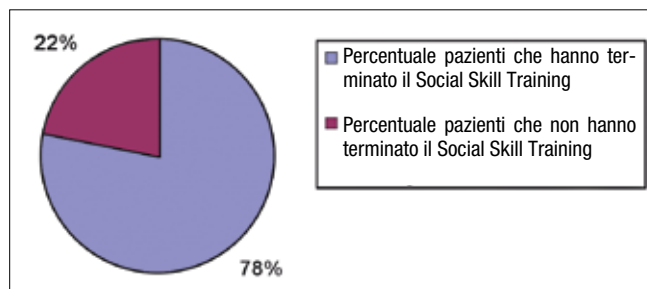
I pazienti, al momento dell'inclusione nello studio, erano in fase di stabilità clinica.

Ci sembra opportuno precisare che il numero dei soggetti che hanno iniziato il trattamento (n = 9) non corrisponde a quello di coloro che lo hanno terminato (n = 7); quindi la percentuale dei pazienti che hanno terminato il trattamento è risultato pari al 78% (vs. il 22% di coloro che lo hanno abbandonato) (Fig. 1).

Il campione da noi utilizzato per l'elaborazione dei dati comprende, quindi, 7 soggetti che hanno superato i coefficienti di affidabilità, sia nel test che nel re-test. Le informazioni sui pazienti sono riportate nella Tabella I.

### Gli esiti della ricerca

L'utilizzazione della SCID I/P DSM IV-TR versione ricerca (2002) ci ha permesso di discriminare, tra i componenti



**FIGURA 1.** Pazienti coinvolti nel trattamento di SST. *Patients involved in SST treatment.*

del gruppo esaminato (n = 7), 5 soggetti con disturbo psicotico e 2 con disturbo dell'umore con aspetti psicotici. Abbiamo notato il miglior funzionamento cognitivo dei pazienti con disturbo dell'umore con aspetti psicotici (al test e al re-test) rispetto a quello dei pazienti con disturbo psicotico. Naturalmente questa nostra osservazione potrà assumere un certo significato solo con l'estensione del campione, che sarà possibile al termine del secondo gruppo di SST, a cui stanno attualmente partecipando altri 11 pazienti con sindromi psicotiche.

### A. Il funzionamento cognitivo

Innanzitutto ci siamo chiesti: *quali effetti produce il SST sul quoziente intellettuale (QI, QIV e QIP) e sulle funzioni cognitive dei pazienti con sindromi psicotiche?*

**TABELLA I.** Informazioni sui pazienti (n = 7). *Sociodemographic measures of the sample (n = 7).*

Età media	37 anni
Stato civile	Celibe/nubile 100%
Titolo di studio conseguito	Media inferiore 72% Media superiore 14% Laurea 14%
Con chi abitano i Pazienti	Con il padre e la madre 72% Con la madre 14% Con la madre e altri parenti 14%
Da quanto tempo in media i pazienti sono seguiti dal Servizio per la Salute Mentale	15 anni
Età dell'esordio psicotico	19 anni
Età media dei pazienti quando è iniziata l'assistenza presso il Servizio per la Salute Mentale	22 anni

Per rispondere a questo quesito abbiamo innanzitutto misurato il quoziente intellettivo (QI, QIV e QIP) e le seguenti funzioni cognitive:

- *funzione cognitiva 1*: informazioni di cultura generale (due sub-test della WAIS-R<sup>18,19</sup>: informazione e vocabolario);
- *funzione cognitiva 2*: pensiero astratto (sub-test della WAIS-R<sup>18,19</sup>: analogie);
- *funzione cognitiva 3*: comprensione di situazioni sociali e interpersonali (sub-test della WAIS-R<sup>18,19</sup>: riordinamento di storie figurate);
- *funzione cognitiva 4-5*: attenzione, memoria a breve termine e concentrazione (sub-test della WAIS-R<sup>18,19</sup>: memoria di cifre e ragionamento aritmetico);
- *funzione cognitiva 6*: memoria a lungo termine (test del breve racconto<sup>16</sup>);
- *funzione cognitiva 7*: coordinazione visuo-motoria (sub-test della WAIS<sup>18,19</sup>: associazione di simboli a numeri, disegno con cubi e ricostruzione di figure);
- *funzione cognitiva 8*: funzioni esecutive: flessibilità del pensiero [test di Wisconsin (WCST)<sup>17</sup>];
- *funzione cognitiva 9*: funzioni esecutive: capacità di progettare e di pianificare (test di fluenza verbale<sup>15</sup>);
- *funzione cognitiva 10*: funzioni esecutive: attenzione divisa (TMT)<sup>14</sup>.

Due sub-test della WAIS-R, inoltre, ci sono apparsi particolarmente interessanti, vale a dire:

- *sub-test della WAIS-R: comprensione*. Capacità di problem-solving e capacità di giudizio;
- *sub-test della WAIS-R: completamento di figure*. Esame di realtà, abilità di analisi e di organizzazione di stimoli percepiti.

Successivamente, per individuare la significatività dei risultati ottenuti, abbiamo effettuato un *t-test per campioni appaiati (paired t-test)*, senza correzione per il numero di confronti (g.l. 5 con  $\alpha = 0,05$   $t \leq -2,571$ ).

Abbiamo riportato i risultati medi di gruppo nella Tabella II, indicando col simbolo (\*) il superamento del valore critico con  $\alpha = 0,05$  e col simbolo (~) l'approssimarsi del valore del dato al valore critico suddetto.

Nonostante l'esiguità e l'eterogeneità campionaria, vi sono tre parametri (\*) che segnalano chiaramente gli effetti positivi del trattamento di SST: il miglioramento del QI, del QIV e il sub-test della WAIS: *comprensione*. Possiamo dire altrettanto dei risultati (~) che realisticamente potrebbero diventare significativi all'aumento della numerosità campionaria. Essi sono: informazioni di cultura generale (sub-test Informazione-WAIS) e le funzioni esecutive: capacità di progettare e di pianificare (test di fluenza verbale fonemica). Ciò che emerge maggiormente è il trend di miglioramento generale, anche se, alla luce dei dati attuali, appare significativo solo in parte.

Appare, inoltre, evidente che non si è verificato alcun

peggioramento (analizzando ciascuna variabile riferita al quoziente intellettivo e alle funzioni cognitive).

Per quanto riguarda i punteggi precisiamo che i miglioramenti vanno tutti letti in modo direttamente proporzionale al punteggio ottenuto. Per alcuni test, evidenziati in grigio, il segno è stato invertito perché il punteggio era originariamente inversamente proporzionale.

Sintesi dei miglioramenti significativi e ai limiti della significatività dopo un anno di SST.

Riepilogando dalla Tabella II è possibile notare che, dopo un anno di SST, i miglioramenti significativi e quelli ai limiti della significatività sono stati i seguenti:

- miglioramenti significativi:
  - QI (quoziente intellettivo) - *t-Stud.* 3,7
  - QIV (quoziente intellettivo verbale) - *t-Stud.* 3
  - sub-test della WAIS - comprensione - *t-Stud.* 2,6
- miglioramenti ai limiti della significatività:
  - informazioni di cultura generale (Sub-test Informazione-WAIS) - *t-Stud.* 2
  - funzioni esecutive: capacità di progettare e di pianificare (test di fluenza verbale fonemica) - *t-Stud.* 1,8.

Un dato interessante è che *tutti* i pazienti esaminati ( $n = 7$ ) hanno ottenuto un miglioramento del QI dopo un anno di SST (Fig. 2).

Per quanto riguarda il miglioramento del rendimento al sub-test comprensione della WAIS-R facciamo alcune precisazioni.

I risultati da noi ottenuti, riferiti a questo Sub-test della WAIS-R appaiono interessanti e indicano che, dopo un anno di SST, i nostri pazienti hanno ottenuto un miglioramento significativo della capacità di problem-solving e della capacità di giudizio. Ci sembra opportuno precisare che alcuni studiosi a livello internazionale<sup>20</sup> hanno riferito l'alto livello di correlazione del sub-test Comprensione della WAIS-R con l'ILS<sup>20</sup> problem-solving factor, misura affidabile del funzionamento sociale quotidiano dei soggetti psicotici. Ciò significa che il sub-test Comprensione consente di rilevare un aspetto del funzionamento cognitivo che è altamente correlato con il funzionamento sociale.

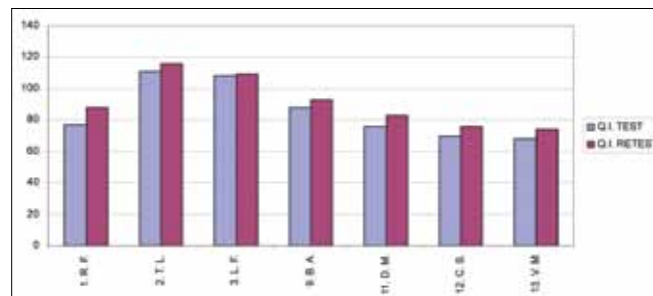
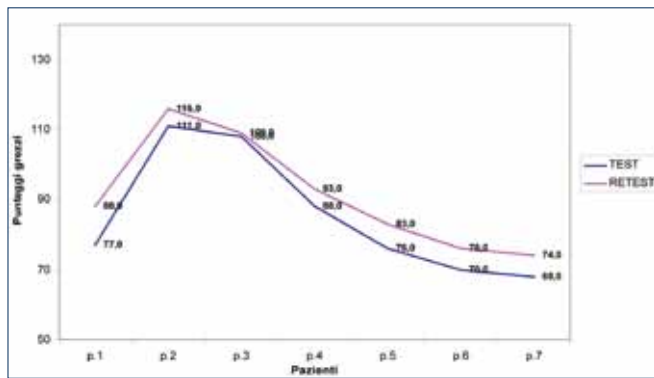


FIGURA 2.

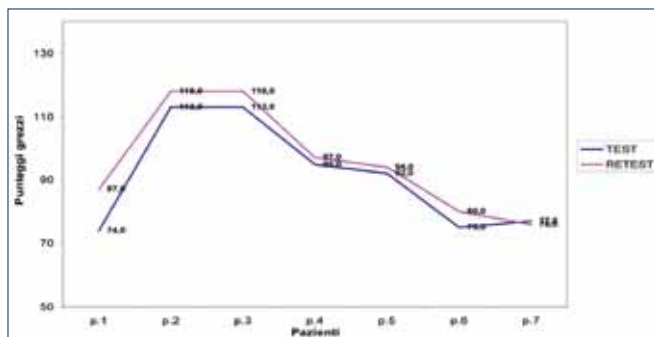
Distribuzione Test/Re-test QI rilevato con la WAIS-R campione  $n = 7$ . *Distribution of Test-Retest IQ, as assessed through the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised.*

**TABELLA II.**Funzionamento cognitivo. *Cognitive functioning.*

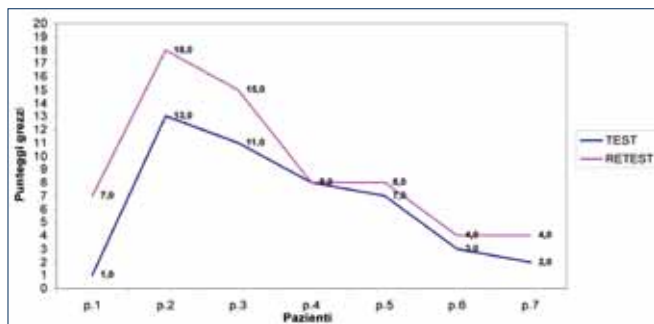
Campione: n. 7 pazienti psicotici sottoposti al trattamento di SST				gl. 5 con $\alpha = 0,05$	peggioramento	miglioramento
	Test	Re-test	Dev. st. (medie re-test - media test)	t. stud.	$\leq -2,571$	$\geq 2,571$
QI	85,4	91,3	3,0	3,7	n.n.	*
QIV	91,3	95,7	4,4	3,0	n.n.	*
QIP	77,3	86,6	7,5	0,9	n.n.	n.n.
F1b Informazioni di cultura generale (prova vocabolario della WAIS)	9,4	10,1	1,5	2,0	n.n.	~
F2 Pensiero astratto (prova analogie della WAIS)	8,9	9,3	0,8	1,3	n.n.	n.n.
F3 Comprensione di situazioni sociali e interpersonali (prova riordinamento di storie figurate della WAIS)	10,0	9,9	2,0	1,00,0	n.n.	n.n.
F4 Attenzione e memoria a breve termine (prova memoria di cifre della WAIS)	6,7	7,0	2,1	1,2	n.n.	n.n.
F5 Concentrazione (prova ragionamento aritmetico della WAIS)	9,4	10,4	1,7	0,0	n.n.	n.n.
F6 Memoria a lungo termine (test del breve racconto)	7,6	7,4	2,0	-1,3	n.n.	n.n.
F7a Coordinazione visuo-motoria-funzione imitativa (prova associazione di simboli a numeri della WAIS)	8,96,4	9,16,9	2,1	-0,9	n.n.	n.n.
F7b Coordinazione visuo-motoria-funzione riproduttiva (prova disegno con cubi della WAIS)	7,1	9,1	1,12,1	1,0	n.n.	n.n.
F7c Coordinazione visuo-motoria-funzione produttiva (prova ricostruzione di figure della WAIS)	7,7	8,1	2,5	0,4	n.n.	n.n.
F8a Funzioni esecutive: flessibilità del pensiero (test di Wisconsin-numero categorie)	5,1	5,2	1,9	0,0	n.n.	n.n.
F8b Funzioni esecutive: flessibilità del pensiero (test di Wisconsin-numero errori perseverativi)	2,7	2,6	6,0	-0,2	n.n.	n.n.
F9a Funzioni esecutive: capacità di progettare e di pianificare (test di fluenza verbale semantica)	27,9	31,7	6,4	1,1	n.n.	n.n.
F9b Funzioni esecutive: capacità di progettare e di pianificare (test di fluenza verbale fonemica)	16,9	19,6	5,6	1,8	n.n.	~
F10a Funzioni esecutive: attenzione divisa [TMT (B)]	136,4	120,9	32,7	0,6	n.n.	n.n.
F10b Funzioni esecutive: attenzione divisa [TMT (B-A)]	59,4	57,6	44,0	1,4	n.n.	n.n.
F11 Sub-test della WAIS-comprensione	6,4	9,1	2,3	2,6	n.n.	*
F12 Sub-test della WAIS-completamento di figure	6,6	7,9	1,6	1,2	n.n.	n.n.



**FIGURA 3.** Significatività campionaria QI WAIS-R (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance for WAIS-R IQ (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*



**FIGURA 4.** Significatività campionaria QIV WAIS-R (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance WAIS-R QIV (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*



**FIGURA 5.** Significatività campionaria Sub-test della WAIS-R-comprensione (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance on the WAIS-R Comprehension subtest (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

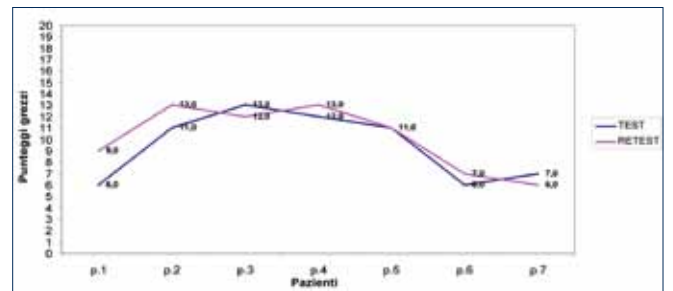
Per dare maggiore visibilità ai risultati ottenuti (miglioramenti significativi e ai limiti della significatività) abbiamo pensato di presentarli attraverso alcune Figure.

In particolare le Figure 3, 4 e 5 rappresentano i tre miglioramenti significativi riscontrati: QI, QIV e sub-test della WAIS-R-comprensione.

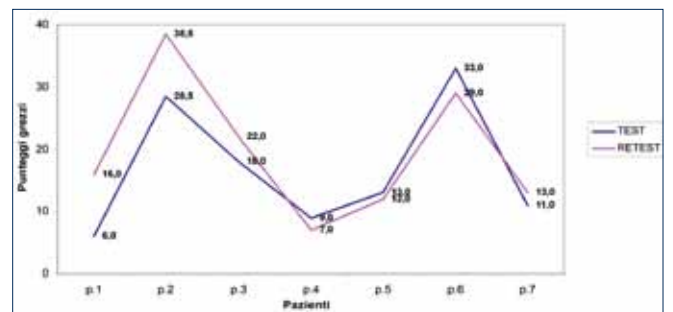
Le Figure 6 e 7, invece, rappresentano i miglioramenti al limite della significatività campionaria che si riferiscono alla funzione cognitiva 1a - informazioni di cultura generale (sub-test della WAIS-R<sup>18 19</sup>: Informazione) e alla funzione cognitiva 9 – funzioni esecutive: capacità di progettare e di pianificare (test di fluenza verbale<sup>15</sup> fonemica).

**Frequenza percentuale degli effetti del SST sul funzionamento cognitivo**

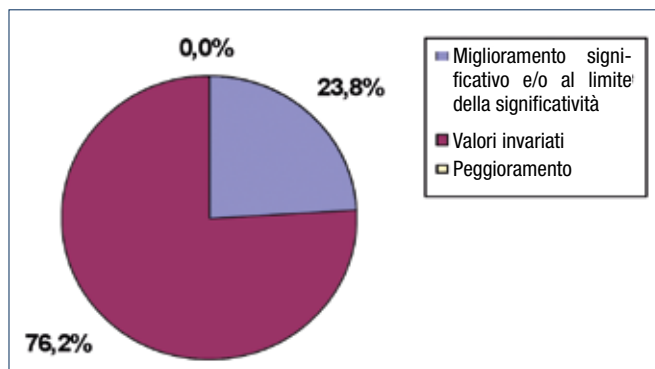
La Figura 8 evidenzia gli effetti del SST sul funzionamento cognitivo di pazienti con sindromi psicotiche, dopo un anno di trattamento.



**FIGURA 6.** Limite della significatività campionaria informazioni di cultura generale (informazione-WAIS-R). N. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST. *Sample significance WAIS-R QIV (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*



**FIGURA 7.** Limite della significatività campionaria funzioni esecutive: capacità di progettare e di pianificare (test di fluenza verbale fonemica). N. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST. *Limit of sample significance for executive functions: planning ability (Phonemic Verbal Fluency test) (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*



**FIGURA 8.** Frequenza percentuale degli effetti dell'SST sul funzionamento cognitivo; significatività t-Stud.; campione n = 7. *Percent frequency of Social Skills Training effects on cognitive functioning; significance on Student's t-test; sample n = 7.*

Esaminando i valori t-Stud. (Tab. II) emerge un miglioramento percentuale significativo e/o al limite della significatività equivalente al 23,81%. Non si rilevano peggioramenti significativi (0%). La percentuale dei valori invariati corrisponde al 76,2%.

### B. Le funzioni sociali adattive

Ci siamo anche chiesti: *quali effetti produce l'SST sulle funzioni sociali adattive di pazienti con sindromi psicotiche?* Per rispondere a questo quesito abbiamo misurato le funzioni sociali adattive attraverso la Scala delle Funzioni Sociali Adattive (SAFE) <sup>21</sup> all'inizio (test) e al termine (re-test) del trattamento di SST (dopo 1 anno).

Le funzioni sociali adattive esaminate da tale Scala sono le seguenti:

1. cura dell'igiene personale e dell'estetica;
2. vestiti e abbigliamento;
3. alimentazione, nutrizione, dieta quotidiana;
4. gestione del denaro;
5. pulizia e manutenzione dell'ambiente domestico;
6. orientamento/allontanamenti da casa;
7. leggere/scrivere;
8. controllo degli impulsi;
9. rispetto delle proprietà;
10. abilità nell'uso del telefono;
11. abilità di conversazione;
12. abilità di gestione di interazioni sociali strumentali;
13. rispetto e riguardo per gli altri;
14. adeguatezza sociale/educazione;
15. interesse sociale;
16. amicizia;
17. divertimento/tempo libero (non sociale);
18. partecipazione alle attività sociali residenziali;
19. cooperazione al trattamento.

Per individuare le significatività, abbiamo effettuato un

t-test per campioni appaiati (*paired t-test*), senza correzione per il numero di confronti (g.l. 5 con  $\alpha = 0,05$   $t \leq -2,571$ ).

Abbiamo riportato i risultati nella Tabella III.

### Sintesi dei miglioramenti significativi e ai limiti della significatività dopo un anno di SST

Dalla Tabella III è possibile notare che, dopo un anno di SST, i miglioramenti significativi e quelli ai limiti della significatività sono stati i seguenti:

Miglioramenti significativi:

- SAFE-9. rispetto delle proprietà - t-Stud. 2,6
- SAFE-11. abilità di conversazione - t-Stud. 2,6
- SAFE-12. abilità di gestione di interazioni sociali strumentali - t-Stud. 2,6
- SAFE-13. rispetto e riguardo per gli altri - t-Stud. 2,9
- SAFE-17. divertimento/tempo libero (non sociale) - t-Stud. 3,5.

Miglioramenti ai limiti della significatività:

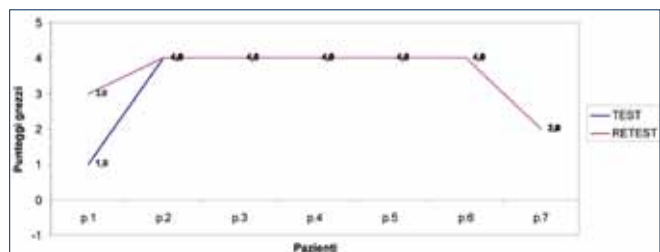
- SAFE-2. vestiti e abbigliamento - t-Stud. 2
- SAFE-5. pulizia e manutenzione dell'ambiente domestico - t-Stud. 1,8
- SAFE-8. controllo degli impulsi - t-Stud. 2,2
- SAFE-14. adeguatezza sociale/educazione - t-Stud. 2
- SAFE-15. interesse sociale - t-Stud. 2.

Presentiamo i dati ottenuti sulle funzioni sociali adattive (miglioramenti significativi e ai limiti della significatività) anche attraverso alcune figure.

Precisiamo che il punteggio è stato invertito perché era inversamente proporzionale.

In particolare le Figure 9, 10, 11, 12 e 13 rappresentano i cinque *miglioramenti significativi* riscontrati: 9. rispetto delle proprietà, 11. abilità di conversazione, 12. abilità di gestione di interazioni sociali strumentali, 13. rispetto e riguardo per gli altri e 17. divertimento/tempo libero (non sociale).

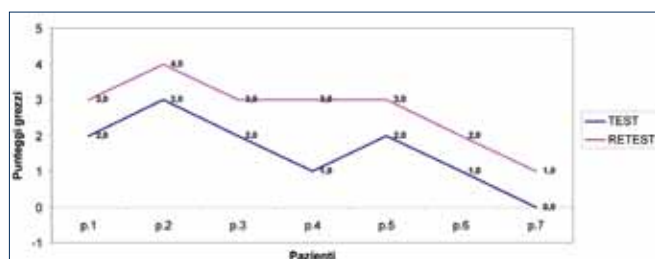
Le Figure 14, 15, 16, 17 e 18, invece, rappresentano i miglioramenti al limite della significatività campionaria



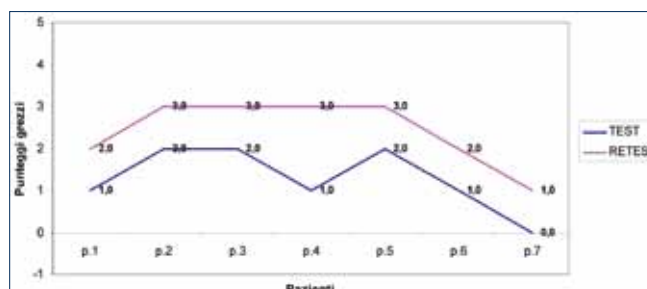
**FIGURA 9.** Significatività campionaria 9. Rispetto delle proprietà (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance 9. Respect for property (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

**TABELLA III.**Funzioni sociali adattive. *Social adaptive functions.*

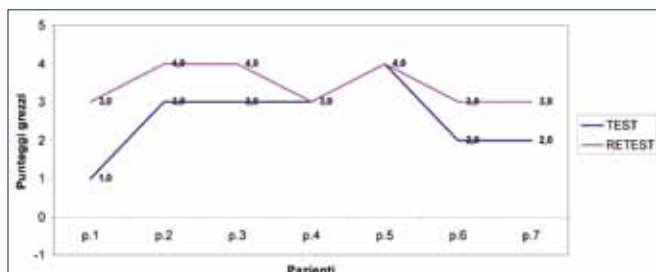
Campione: n. 7 pazienti psicotici sottoposti al trattamento di SST)				gl. 5 con $\alpha = 0,05$	peggioramento	miglioramento
Funzioni sociali adattive	Test	Re-test	Dev. st. (medie re-test - media test)	t. stud.	$\leq -2,571$	$\geq 2,571$
SAFE-1. Cura dell'igiene personale e dell'estetica	1,4	0,6	0,7	1,4		
SAFE-2. Vestiti e abbigliamento	1,4	0,7	0,5	2,0	n.n.	~
SAFE-3. Alimentazione, nutrizione e dieta quotidiana	1,1	0,9	0,5	0,0	n.n.	n.n.
SAFE-4. Gestione del denaro	1,7	1,3	1,0	1,0	n.n.	n.n.
SAFE-5. Pulizia e manutenzione dell'ambiente domestico	2,4	1,1	1,1	1,8	n.n.	~
SAFE-6. Orientamento/allontanamento da casa	1,3	0,6	0,8	1,3	n.n.	n.n.
SAFE-7. Leggere/scrivere	0,7	0,4	0,5	0,0	n.n.	n.n.
SAFE-8. Controllo degli impulsi	1,7	0,9	0,9	2,2	n.n.	~
SAFE-9. Rispetto della proprietà	0,7	0,4	0,8	2,6	n.n.	*
SAFE-10. Abilità nell'uso del telefono	0,9	0,6	0,8	0,0	n.n.	n.n.
SAFE-11. Abilità di conversazione	2,4	1,3	0,4	2,6	n.n.	*
SAFE-12. Abilità di gestione di interazioni sociali strumentali	2,7	1,6	0,4	2,6	n.n.	*
SAFE-13. Rispetto e riguardo per gli altri	1,4	0,6	0,7	2,9	n.n.	*
SAFE-14. Adeguatezza sociale/educazione	1,9	1,1	0,5	2,0	n.n.	~
SAFE-15. Interesse sociale	2,6	1,3	0,5	2,0	n.n.	~
SAFE-16. Amicizia	2,4	1,4	0,6	1,7	n.n.	n.n.
SAFE-17. Divertimento libero (non sociale)	2,6	1,6	0,6	3,5	n.n.	*
SAFE-18. Cooperazione al trattamento	1,3	0,3	0,0		n.n.	n.n.

**FIGURA 10.**

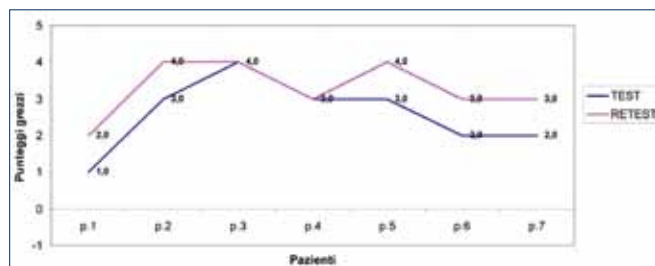
Significatività campionaria 11. Abilità di conversazione (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance 11. Conversation abilities (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

**FIGURA 11.**

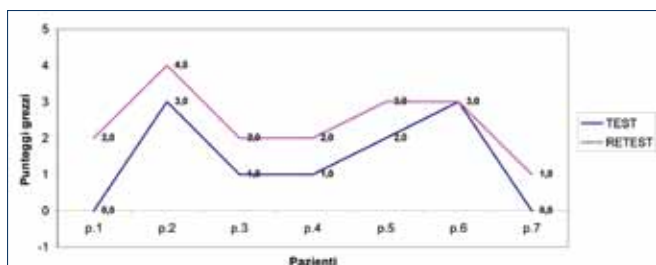
Significatività campionaria 12. Abilità di gestione di interazioni sociali strumentali (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance 12. Ability to manage instrumental social interactions (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*



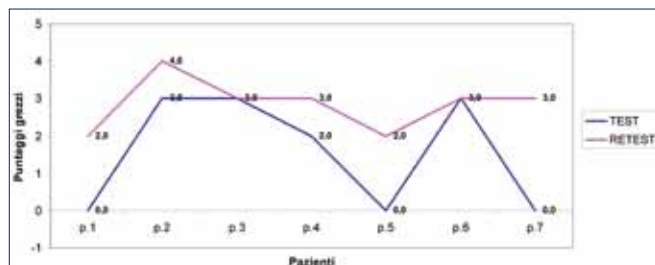
**FIGURA 12.** Significatività campionaria 13. Rispetto e riguardo per gli altri (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance 13. Respect and regard for others (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*



**FIGURA 14.** Limite della significatività campionaria SAFE-2. Vestiti e abbigliamento (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Limit of sample significance SAFE-2. Clothing and garment (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*



**FIGURA 13.** Significatività campionaria 17. Divertimento/tempo libero (non sociale) (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Sample significance 17. Leisure/free time (non-social) (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

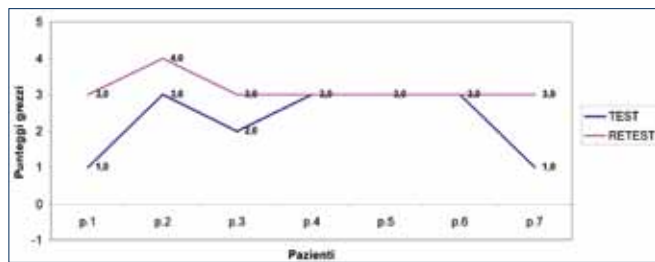


**FIGURA 15.** Limite della significatività campionaria SAFE-5. Pulizia e manutenzione dell'ambiente domestico (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Limit of sample significance SAFE-5. Hygiene and domestic environment maintenance (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

che si riferiscono a: 2. vestiti e abbigliamento, 5. pulizia e manutenzione dell'ambiente domestico, 8. controllo degli impulsi, 14. adeguatezza sociale/educazione e 15. interesse sociale.

## Discussione

I risultati del nostro studio-pilota confermano quanto riportato nella letteratura internazionale riferita alle disfunzioni cognitive dei pazienti con sindromi psicotiche. Ciò significa che, dopo un anno di SST, si è verificato un miglioramento del QI, del QIV, del funzionamento cognitivo e delle funzioni sociali adattive dei pazienti esaminati. In altre parole anche il nostro studio evidenzia gli effetti positivi del trattamento di SST. Possiamo ipotizzare che, con l'ampliamento della numerosità campionaria, il numero dei miglioramenti possa aumentare, in considerazione del trend generale dei miglioramenti ottenuti talora molto vicini al valore critico prescelto. Un risultato interessante è che non si è verificato alcun peggioramento medio, sia in riferimento al funzionamen-



**FIGURA 16.** Limite della significatività campionaria SAFE-8. Controllo degli impulsi (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Limit of sample significance SAFE-8. Impulse control (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

to cognitivo che alle funzioni sociali adattive dei pazienti. La sperimentazione di una batteria di test ci ha permesso di individuare alcuni strumenti adatti a misurare il fenomeno studiato e ci ha fatto riflettere sulla necessità di aggiungerne altri in grado di rilevare anche la teoria

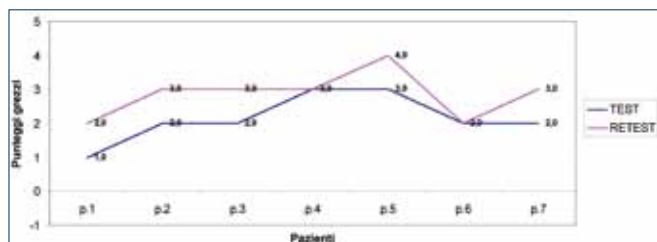


FIGURA 17.

Limite della significatività campionaria SAFE-14. Adeguatezza sociale/educazione (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Limit of sample significance SAFE-14. Social adequacy/education (n = 7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

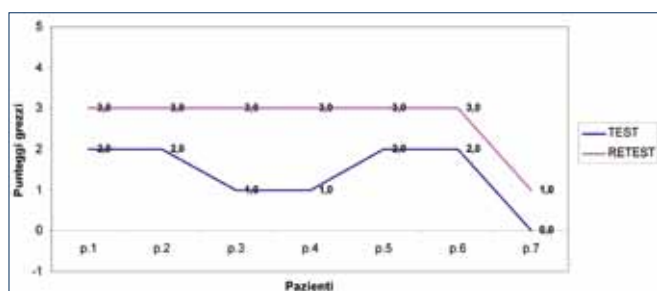


FIGURA 18.

Limite della significatività campionaria SAFE-15. Interesse sociale (n. 7 pazienti con sindromi psicotiche dopo un anno di trattamento di SST). *Limit of sample significance SAFE-15. Social interest (N=7 patients with psychotic syndrome after one year of social skills training).*

della mente<sup>22</sup>, la metacognizione<sup>23</sup> e magari anche l'attaccamento. L'esigenza di misurare le funzioni cognitive dei pazienti con sindromi psicotiche attraverso strumenti e procedure confrontabili a livello internazionale rende, comunque, necessaria una migliore strutturazione della batteria da utilizzare oppure la sperimentazione di batterie specifiche già definite<sup>24</sup>.

Ci siamo proposti di rilevare l'efficacia del SST misurando non solo il funzionamento cognitivo ma anche le funzioni sociali adattive. Per la misurazione di queste ultime abbiamo utilizzato il SAFE, strumento che presenta dei limiti di validità poiché è principalmente basato sul giudizio clinico dell'operatore. Per la prosecuzione del nostro lavoro di ricerca applicata ci promettiamo di individuare uno strumento più idoneo e più valido per la misurazione del livello globale di funzionamento (rivolgendo una particolare attenzione al funzionamento sociale) del soggetto esaminato.

## Conclusioni

Le nostre osservazioni e riflessioni durante il lavoro svolto e i dati raccolti prima e dopo un anno di attività, ci hanno

consentito di capire che i risultati del nostro lavoro non si riferivano solo alla tecnica di SST, bensì a un sistema più ampio di interventi che hanno interagito tra loro.

Tale sistema può essere definito come la prima versione di un modello di riabilitazione psicosociale (in corso di perfezionamento), che permette di aumentare l'efficacia e la significatività del SST, e che comprende anche i seguenti interventi:

- le *tecniche psicoeducative*<sup>25-29</sup>, che vengono applicate ai Familiari dei pazienti (soprattutto a gruppi di familiari) con il proposito di coinvolgerli a offrire un contributo costruttivo anche durante il trattamento di SST (fornendo informazioni e suggerimenti utili a favorire l'esercizio delle abilità sociali dei pazienti sia in famiglia che in ambito extra-familiare);
- i *gruppi di auto-mutuo-aiuto di familiari* e i *gruppi di auto-mutuo-aiuto di pazienti* (supportati da alcuni operatori del nostro gruppo di lavoro) che favoriscono lo sviluppo nel paziente della *motivazione* ad attivare lo *sforzo cognitivo* necessario per l'esercizio delle abilità apprese e per il consolidamento degli apprendimenti;
- la *valutazione psicodiagnostica approfondita del soggetto*, che risulta indispensabile per la definizione e la monitorizzazione del progetto terapeutico individualizzato;
- e infine il *contributo integrato di varie categorie di operatori*.

Dopo aver riflettuto sull'esperienza svolta siamo, quindi, giunti alla considerazione che sarebbe scorretto ridurre la riabilitazione psicosociale all'applicazione di una sola tecnica specifica. Questo perché riteniamo che l'efficacia di quest'ultima possa essere influenzata: i) dalla motivazione del paziente a esercitarsi rispetto ai compiti cognitivi proposti e ii) dalle opportunità di generalizzare le abilità acquisite, offerte al Paziente durante lo svolgimento della sua vita quotidiana. Ne scaturisce, quindi, la necessità di utilizzare un insieme di interventi e di risorse che, in modo sinergico, possano agire sul paziente a livello emozionale e affettivo, in modo tale da attivare e sviluppare la sua motivazione e il suo funzionamento cognitivo, favorendo così la generalizzazione delle abilità acquisite e il raggiungimento degli scopi prestabiliti.

Riteniamo, quindi, che, per la realizzazione di un servizio di riabilitazione psicosociale efficace rivolto a pazienti con sindromi psicotiche, sia necessaria la definizione di un modello integrato di riabilitazione psicosociale rivolto all'ottimizzazione dei risultati.

Nello schema seguente presentiamo la nostra prima versione di tale modello che, comunque, verrà maggiormente definito una volta terminata la sperimentazione e la valutazione scientifica della sua efficacia.

## MODELLO INTEGRATO DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE – 1° VERSIONE

### 1. VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA Valutazione psicodiagnostica dei pazienti e dei familiari

#### 1. SOCIAL SKILLS TRAINING

- Trattamento effettuato creando un contesto affettivo tipo “base sicura” che sollecita la motivazione allo sforzo cognitivo necessario per migliorare il funzionamento cognitivo, la teoria della mente e la metacognizione (teoria dell’attaccamento)
- Informazioni sulla malattia e sulla teoria dell’attaccamento
- Insegnamento di abilità sociali, problem-solving
- Stimolazione dei componenti del gruppo rivolta a favorire l’auto-aiuto

#### 5. CONTRIBUTO INTEGRATO DI VARIE CATEGORIE DI OPERATORI

- Sostegno al gruppo di auto-aiuto di pazienti
- Sostegno al gruppo di auto-aiuto di familiari
- Tutoraggio: sostegno e sollecitazione dei singoli pazienti a generalizzare le abilità acquisite e a uno sforzo cognitivo (stimolando e gratificando costantemente i miglioramenti del funzionamento cognitivo)

#### 2. PSICOEDUCAZIONE CON GRUPPI DI FAMILIARI DI PAZIENTI PSICOTICI E/O CON SINGOLI NUCLEI FAMILIARI

- Informazioni sulla malattia e sulla teoria dell’attaccamento
- Insegnamento delle abilità di comunicazione
- Insegnamento del problem-solving
- Terapia dell’attaccamento
- Stimolazione dei componenti del gruppo rivolta a favorire l’auto-aiuto

#### 3. GRUPPO DI AUTO-AIUTO DI FAMILIARI DI PAZIENTI PSICOTICI

Sostenuto dagli operatori del servizio per la salute mentale

#### 4. GRUPPO DI AUTO-AIUTO DI PAZIENTI PSICOTICI

Sostenuto dagli operatori del servizio per la salute mentale

## Bibliografia

- 1 Perone R, Pecori D, Domenichetti S, et al. *Verifica dei trattamenti psicoeducativi con famiglie di pazienti psicotici*. Quaderni Italiani di Psichiatria 2006;XXV:102-12.
- 2 Bellack A, Mueser KT, Gingerich S, et al., editors. *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.
- 3 Bellack AS. *Cognitive rehabilitation for schizophrenia: is it possible? Is it necessary?* Schizophr Bull 1992;18:43-50.
- 4 Mueser KT, Doonan R, Penn DL, et al. *Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia*. J Abnorm Psychol 1996;105:271-5.
- 5 Sayers SL, Bellack AS, Wade JH, et al. *An empirical method for assessing social problem solving in schizophrenia*. Behav Modif 1995;19:267-89.
- 6 Sharma T, Harvey P, editors. *Cognition in schizophrenia: impairment, importance and treatment strategies*. New York: Oxford University Press 2000.
- 7 Perone R. Trad. it. della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002), riportata sul sito americano [www.scid4.org](http://www.scid4.org) e inserita nel cd-rom di: Perone R, Pecori D. *La Procedura COMOVAL MULTIASSIALE per la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca* (2002). Guida integrativa di istruzioni per l’applicazione e la validazione della procedura. Quaderni di Salute & Prevenzione, num. speciale: “La Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze”. Ottobre 2007.

- <sup>8</sup> First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *SCID II - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder*. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 2003.
- <sup>9</sup> Pecori D, Perone R. *I.N.A.-Intervista narrativo-anamnestica*. In: Perone R, Pecori D, editors. *Tossicodipendenze: metodo diagnostico, comorbidità, ricerca*. Milano: Franco Angeli 2002.
- <sup>10</sup> *W.A.I.S.-R Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 1997.
- <sup>11</sup> Kokmen E, Smith G, Peterson R, et al. *The short test of mental status. Correlations with standardized psychometric testing*. Arch Neurol 1999;48:725-8.
- <sup>12</sup> Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *Mini Mental Examination*. J Psychiatr Res 1975;112:189-98.
- <sup>13</sup> Measso G, Cavarzeran F, Zappalà G, et al. *Il Mini Mental State Examination: studio normativo di un campione random della popolazione italiana con correzione per età e scolarità*. Developmental Neuropsychology 1993;9:77-85.
- <sup>14</sup> Giovagnoli AR, Del Pesce M, Mascheroni S, et al. *Trail making test: normative values from 287 normal adult controls*. Ital J Neurol Sci 1996;17:305-9.
- <sup>15</sup> Novelli G, Papagno C, Capitani E, et al. *Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale. Taratura su soggetti normali*. Arch Psicol Neurol Psichiatr 1986;47:477-506.
- <sup>16</sup> Novelli G, Papagno C, Capitani E, et al. *Tre test clinici di memoria verbale a lungo termine*. Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria 1986;47:278-96.
- <sup>17</sup> Nelson HE. *A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects*. Cortex 1976;12:313-24.
- <sup>18</sup> Padovani F. *L'interpretazione psicologica della W.A.I.S.-R*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali 2007.
- <sup>19</sup> Rapaport D, Gill MM, Shafer R. *Reattivi Psicodiagnostici*. Torino: Bollati Boringhieri 1990.
- <sup>20</sup> Revheim N, Medalia A. *The independent living scales as a measure of functional outcome for schizophrenia*. Psychiatr Serv 2004;55:1052-4.
- <sup>21</sup> Harvey PD, Davidson M, Mueser KT. *The Social Adaptive Functioning Evaluation (S.A.F.E). A rating scale for geriatric psychiatric patients*. Schizophr Bull 1997;23:131-45 (anche in: Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, et al. *Social Skills Training per il Trattamento della Schizofrenia*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003).
- <sup>22</sup> Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, et al. *The "Reading the mind in the eyes" test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism*. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:241-51.
- <sup>23</sup> Koren D, Seidman LJ, Goldsmith M, et al. *Real-world cognitive – and metacognitive – dysfunction in schizophrenia: a new approach for measuring (and remediating) more "right stuff"*. Schizophr Bull 2006;32:310-26.
- <sup>24</sup> Nuechterlein KH, Green MF. *MATRICES Consensus Cognitive Battery*. Cheektowaga, NY: MHS - Multi-Health Systems Inc. 2004.
- <sup>25</sup> Fallon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Edizioni Erickson 1992.
- <sup>26</sup> Clerici M, Barella A, Sacchetti E. *Interventi psicoeducativi familiari nella schizofrenia: metodologie ed efficacia*. Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale 1995;IV:49-61.
- <sup>27</sup> Bertrando P. *Che cos'è la psicoeducazione? Interventi psicoeducativi, terapia della famiglia e psichiatria*. Terapia Familiare 1999;59:69-94.
- <sup>28</sup> Roth A, Fonagy P. *Psicoterapie e Prove di Efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico 1997.
- <sup>29</sup> Zubin J, Steinhauer RS, Condray R. *Vulnerability to relapse in schizophrenia*. Br J Psychiatry 1992;16(Suppl 18):13-8.