

UNIVERSITA' TELEMATICA "e-Campus"

Facoltà di Psicologia

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Il Supporto psicologico del
sofferente psichico autore di reato nelle Case Alloggio

Relatore: Prof. Armando Palmegiani

Tesi di Laurea di:
Rosa Gigi
Matricola numero: 004035383

Anno accademico 2019/2020

AUTORIZZAZIONE ALLA CONSULTAZIONE DELLA TESI

La sottoscritta Rosa Gigi N° matricola 004035383 nata a Nocera Inferiore (SA) il 16/06/1975 autore della tesi dal titolo

Il Supporto psicologico dei sofferenti psichici autori di reato nelle Case Alloggio

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

la consultazione della tesi stessa, fatto divieto di riprodurre, parzialmente o integralmente, il contenuto.

Dichiara inoltre di:

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

per quanto necessita l'università telematica e-Campus, ai sensi della legge n. 196/2003, al trattamento, comunicazione, diffusione e pubblicazione in Italia e all'estero dei propri dati personali per le finalità ed entro i limiti illustrati dalla legge.

Data

Firma

Rosa Gigi

Dedicato a

*l'uomo dell'altalena mio padre Giuseppe, maestro di vita
a mia madre, Carmelina
al dr. Francesco Iuliano l'uomo visionario,*

*“Il maestro non è chi insegna qualcosa,
ma colui che sprona l'allievo a dare il meglio di sé
Per rivelare una conoscenza già insita nel suo animo”
Paulo Coelho – Il cammino dell'arco*

*ai miei amici colleghi Matteo e Michele,
alla parte sana di me Annamaria,*

*Accompagnati a quelli che compiono il proprio lavoro con entusiasmo.
Ma perché tu possa risultare utile nello stesso modo,
devi padroneggiare tutti i tuoi strumenti
ed essere in grado di perfezionare le tue abilità.
E così è arrivato il momento che tu conosca
il tuo arco, le tue frecce, i tuoi bersagli e il tuo cammino.
Paulo Coelho – Il cammino dell'arco*

*a mia sorella Laura, a Giuseppe ai miei nipoti Loris e Noemi,
a F. Basaglia e A. Basaglia,
ad un luogo del possibile “Le Nuvole di Picasso”
agli operatori e agli ospiti.*

Indice

Introduzione	pag. 5
Capitolo I	pag. 7
I Disturbi mentali ed il reato	pag. 7
1. Il contesto di turba mentale	pag. 7
2. La malattia mentale alla luce della giurisprudenza	pag. 9
3. La psichiatria sull'infermità mentale	pag. 12
Capitolo II	pag. 14
L'intervento psicologico nei pazienti schizofrenici autori di reato	pag. 14
2.1 Pazienti schizofrenici e criminalità	pag. 14
2.2 Metacognizione con pazienti schizofrenici	pag. 18
2.3 Le competenze decisionali dei pazienti schizofrenici: uno studio della meta-analisi e meta-regressione	pag. 26
Capitolo III	pag. 33
Paziente psichiatrico autore di reato: esperienza di un intervento	pag. 33
3.1 Introduzione	pag. 33
3.2 Metodologia	pag. 34
3.3 I disturbi dell'Asse I e II	pag. 35
3.3.1 I disturbi di Asse I	pag. 36
3.3.2 I disturbi di Asse II	pag. 37
3.4 Risultati	pag. 37
Conclusioni	pag. 41
Bibliografia	pag. 43
Sitografia	pag. 53

Introduzione

Negli anni passati i sofferenti psichici autori di reato venivano internati nelle strutture residenziali (SR) limitatamente. Di recente, la situazione si è modificata e le strutture residenziali si trovano ad accogliere anche un numero ingente di pazienti psichiatrici che hanno commesso reati.

Fino al 2000, la medicina legale era collegata alla concezione neurobiologica di Lombroso, per la quale l'encefalo è portatore di malformazioni di origine ereditaria, dalle quali è impossibile sottrarsi. A partire dal 2000, questa concezione è stata abbandonata ed ora la psicopatologia moderna postula che le turbe mentali siano connesse a diverse cause eziologiche, che comprendono elementi che non sono stati ancora analizzati, quali l'assenza di una fissa dimora, l'esclusione scolastica, la tossicodipendenza dei genitori e l'incapacità di gestire i conflitti che possono sorgere nel contesto familiare di appartenenza.

Per il DSM-V, la tendenza a delinquere deve essere contestualizzata, anche nel caso particolare più gravi, all'interno dell'ambito di vita personale del soggetto, il quale viene influenzato da situazioni contrarie all'ordinamento legale.

Diversi studi hanno teorizzato ed evidenziato al contempo che le persone affette da schizofrenia sono propense a commettere crimini violenti con una frequenza maggiore rispetto a chi non hanno questo disturbo. Tuttavia, le stime dei rischi variano notevolmente da uno studio all'altro ed esiste una notevole incertezza su ciò che renda questo rischio elevato. Nonostante questa incertezza, le attuali linee guida raccomandano che la valutazione del rischio di violenza sia condotta per tutti i pazienti con schizofrenia.

Il presente lavoro di tesi è suddiviso in tre capitoli. In particolare, il primo capitolo introduce il concetto di turba mentale, per poi offrire uno sguardo panoramico sulla

malattia mentale alla luce della giurisprudenza italiana e la concezione psichiatrica della malattia mentale.

Nel secondo capitolo, dopo aver introdotto la schizofrenia correlata alla criminalità sono stati analizzati due studi, uno sulla metacognizione e l'altro sulla meta-analisi e meta-regressione con i pazienti schizofrenici.

Il terzo capitolo, invece, riporta un'esperienza di intervento su sofferenti psichici autori di reato.

Capitolo I

I disturbi mentali ed il reato

1. Il contesto di turba mentale

A partire dal 2000 la medicina legale nazionale ha preso le distanze dalla neurobiologia di Lombroso (1876), secondo la quale l'encefalo, per ragioni etnico-genetiche, sarebbe portatore di imperfezioni ereditarie, dalle quali è impossibile sfuggire, e premonitrici di gravi rischi per la popolazione.

Diversamente, la psicopatologia forense moderna ritiene che le turbe mentali sono connesse a distinti fattori eziologici, che comprendono elementi che non sono stati ancora analizzati, quali l'assenza di una fissa dimora, l'esclusione scolastica, la tossicodipendenza dei genitori e l'incapacità di gestire i conflitti che possono sorgere nel contesto familiare di appartenenza.

Per quanto attiene al profilo della causalità a delinquere, la concezione che postula la manifestazione, a livello anatomico, di malformazioni encefaliche non trova fondamento alcuno. Piuttosto sono da considerare la rete sociale, dove per rete sociale deve essere intesa la famiglia, i gruppi di appartenenza, la scuola e tutto ciò che circonda nella vita reale il soggetto. Sono queste che trasmettono delle devianze, che potrebbero generare nell'individuo la volontà di delinquere.

Nel 2005 Centonze ha fatto decadere le concezioni tradizionali di disfunzione psichica, infermità e seminfermità, ritenendoli concetti arcaici ed incapaci di riferire su una condizione, sulla quale incidono fattori sociali e personali dell'essere umano. Alla luce di questa nuova concezione, la turba mentale, non è più vista come una patologia, ma diviene il risultato di spinte pedagogiche ottenute nella fase della crescita e rinsaldate

nell'età adulta. Pertanto, alla luce di ciò, anche l'azione delittuosa viene vista come una forma di comunicazione con l'ambiente che circonda il soggetto.

Per il DSM-V-TR *“il disturbo mentale è un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta, nell'individuo, associato a disagio, a disabilità o a dolore. Qualunque sia la causa, esso [il disturbo mentale] deve essere considerato come la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo”*. Comunque, anche nel DSM-V, la devianza a delinquere non è il mero esito di una risposta chimica, ma essa deve sempre essere contestualizzata, anche nel caso particolare più grave, all'interno dell'ambito di vita personale del soggetto, il quale viene influenzato da situazioni contrarie all'ordinamento legale.

Sicuramente, un giudice si trova a dover fornire un'interpretazione degli articoli 88 c.p., riferito al vizio totale di mente, e 89 c.p., riferito al vizio parziale di mente, sulla scorta di precedenti giurisprudenziali, che come sostenuto da Fornari (1997), devono guardare al contesto personale e sociale del reo, che prende il nome di “multifattorialità” causale del crimine.

Questa concezione trova conferma nella definizione dei disturbi della personalità, che, nel DSM-V-TR vengono qualificati alla stregua di *“modelli costanti di esperienze interiori di comportamento che deviano marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e si manifestano in almeno due delle seguenti aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi”*.

Diversamente, Centonze (2005) ritiene che coloro che soffrono del disturbo della personalità manifestano stabilmente risposte anomale agli stimoli provenienti dall'ambiente esterno. Pertanto, l'individuo si caratterizzerà con un temperamento aggressivo, sospettoso, litigioso, distacco emotivo e sentimentale.

L'intenzione è quella di comprendere ed interpretare il vissuto generale del reo, che considera lo sviluppo evolutivo e psico-sociale. Di conseguenza, la devianza psichica, tendente a condotte penalmente rilevanti, deriva da fattori educativi, ambientali e familiari.

Da tale assioma deriva anche l'esigenza di un percorso rieducativo, conseguente alla condanna, che consideri il vissuto del reo e tutti le influenze, che lo hanno indirizzato ad infrangere le norme, poste alla base del vivere sociale.

La criminologia moderna è in grado di collegare i profili igienico-mentali con l'analisi del carattere, del grado di scolarizzazione e dei conflitti all'interno della famiglia, a prima vista marginali (Ponti & Merzagora, 1993).

2. La malattia mentale alla luce della giurisprudenza

La Corte Costituzionale, nel 2004, con una sentenza, aveva cercato di risolvere l'antinomia dell'art. 3 Cost. con gli articoli 85 c.p. (capacità d' intendere e di volere), 88 c.p. (vizio totale di mente), 89 c.p. (vizio parziale di mente) e 90 c.p. (stati emotivi o passionali). Senza riuscire a risolvere la questione controversa sollevata dai Tribunali locali.

Solo nel marzo del 2005, è intervenuto il Giudice di legittimità (Corte di Cassazione) a risolvere la questione tanto dibattuta, ossia la valutazione dell'applicazione degli articoli 88 ed 89 c.p. alla luce di una malattia non conclamata, ma di *“un [semplice] disturbo della personalità di tipo paranoideo [associato ad un] nucleo depressivo profondo, legato ad avvenimenti personali ed in grado di determinare radicati sentimenti di inabilità, insufficienza ed inadeguatezza”* (Cassazione, 8 marzo 2005, n. 9163). La Corte, pertanto, si è trovata a qualificare la relazione tra gli articoli 85, 88, 89 e 90 c.p. ed il disturbo parzialmente invalidante, non inteso nel senso tipico del DSM.

Prima della pronuncia giurisprudenziale del 2005, la Cassazione (n. 26614/2003) aveva enunciato che; *“le anomalie che influiscono sulla capacità di intendere e di volere sono solo le malattie mentali in senso stretto, ovvero le insufficienze cerebrali originarie o quelle derivanti da conseguenze stabilizzate di danni cerebrali di varia natura”*.

Successivamente, nel 2004 è intervenuta un'altra pronuncia per la quale *“le anomalie psichiche senza una sicura base organica rientrano nel concetto di infermità, purché si*

manifestino con un'intensità tale da escludere o scemare grandemente [ex Art. 89 CP] la capacità d'intendere e di volere” (Cassazione, n. 2425/2004). Questa concezione segna il distanziamento dalle teorie postulate da Lombroso (1875), giungendo ad estendere il campo di applicazione degli articoli 85, 88, 89 e 90 c.p., alle nevrosi “..., a patto che esse si manifestino con un elevato grado d'intensità, tanto da integrare una vera e propria forma di psicosi inseribile tra le patologie rilevanti [ex DSM-V]”. Anticipando, così la sentenza del 2005, nelle cui motivazioni si asserisce: “la formulazione delle norme sul vizio di mente [ex Artt. 88 ed 89 CP] è avvenuta con una tecnica di normazione troppo sintetica, ossia il Legislatore ha rinunciato in partenza a definire, in termini descrittivi, tutti i parametri della fattispecie, e mediante una formula di sintesi ha rinviato ad una realtà valutativa contenuta in una norma diversa, giuridica o extra-giuridica (etica, sociale, psichiatrica, psicologica)”.

Gli articoli 88 ed 89 c.p. rimettono al potere discrezionale del giudice la corretta interpretazione della locuzione “infermità” e, pertanto, la psichiatria e la psicologia possono contestualizzare “l'infermità”, attraverso l'applicazione del DSM-V ovvero di altre fonti.

Inoltre, la pronuncia del 2005 della Suprema Corte esclude dal novero degli articoli 88 e 89 c.p. “*le semplici anomalie del carattere o le alterazioni a livello caratteriale o sentimentale, che, pur incidendo sul processo psichico motivazionale di determinazione e di inibizione [degli istinti] non sono idonee a pregiudicare, in misura notevole, le capacità rappresentative e volitive dell'agente”*. Con la conseguenza che, fatta eccezione per le fattispecie psicopatologicamente gravi “*gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità*” (art. 90 c.p.).

La sentenza del 2005 della cassazione si incastra nella direzione del diritto penale tedesco e di quello svedese, che sono dotati di un criterio aperto ed estensibile per analogia in tema di realtà psico-giuridiche, quali la capacità d'intendere e di volere, l'infermità, la seminfermità, gli stati emotivi o passionali e le turbe caratteriali.

Non dobbiamo dimenticare che la criminologia globale ha avvicinato l'analisi dell'encefalo al vissuto del reo, non solo a livello sociale ma anche familiare. Questo

concetto di infermità, presuppone che il soggetto debba essere compreso, analizzato e collocato nel proprio vissuto individuale, relazionale, abitativo, religioso e lavorativo.

Questo trova conferma nella sentenza del 2005 (Cassazione) per la quale l'imputabilità "*..., nel senso che nessuna fattispecie penale è uguale ad un'altra e, dunque, l'analisi dell'eventuale infermità o seminfermità mentale del reo dipende dal contesto e dalla vita personale dell'imputato*".

Con la pronuncia la Corte, in realtà, non risolve la continua questione della difficile relazione tra il campo medico ed il campo giuridico. Nondimeno, come sostenuto da Fornari (1997), il DSM è un manuale statistico e di conseguenza non può essere preso alla stregua di un trattato di psichiatria, pertanto, il termine "infermità", così come delineato dagli articoli 88 e 89 c.p., rimane a definizione aperta e di conseguenza è soggetto a modificazioni nel tempo, in base alle fattispecie concrete ed alle qualificazioni cliniche del termine "capacità di intendere e di volere".

Collica, nel 2012, ha affermato che le capacità di un soggetto richiedono una molteplicità di informazioni rispetto a quelle fornite dal manuale diagnostico DSM e pertanto perché si possa definire l'imputabilità di un individuo è necessario assumere quante più informazioni possibili e non basarsi solo sul DSM. Questa affermazione richiama nuovamente il concetto di contestualizzare il vissuto socio-emotivo e personale del reo, che deve essere preso in considerazione non a livello generale, nel senso di assumerlo a rango di normazione universale, ma deve essere applicato al caso singolo, così come riconosciuto dalla giurisprudenza di legittimità nel 2005.

3. La psichiatria sull'infermità mentale

A partire dall'ottocento, sono stati individuati alcuni importanti criteri di ricerca neurologica, basati sulla neuro-anatomia, che valuta la struttura dell'encefalo, la sua funzionalità e le eventuali modificazioni nelle zone temporali, nell'ippocampo, nell'amigdala e nel lobo frontale.

Nel 2010 Forza ha sostenuto che le neuroscienze sono in grado di rilevare le patologie encefaliche, permettendo il raggiungimento di tasso di oggettività adeguato ad accertare l'eventuale infermità psichica.

Questo è possibile attraverso i neuroimaging, che permettono una visualizzazione dell'encefalo, attraverso una mappatura dell'attività elettrica in determinate zone encefaliche; attraverso la tomografia assiale computerizzata (TAC); attraverso la risonanza magnetica funzionale (fmri); attraverso la tomografia ad emissione di positroni (PET), per arrivare allo studio della neurobiologia molecolare.

Secondo la Psichiatria deterministica attraverso i neuroimaging si potrebbe misurare la forza della volontà, gli stati emotivi o passionali e l'intensità del dolore. Nel 2008 Boella ha sostenuto che *“le neuroscienze, in ambito giuridico, si dimostrano davvero utili ai fini dell'accertamento di un disturbo o di una infermità ai fini del giudizio d'imputabilità [...]. L'impatto delle neuroscienze in ambito medico e psichiatrico è stato davvero notevole, a tal punto che la nuova edizione del DSM, arrivato alla sua V edizione, tiene conto dei due nuovi Assi neuro-evolutivo e genetico nella definizione della malattia mentale”*.

La psichiatria e la neuro-anatomia non devono sostituirsi al giudice. Infatti, nel 2012 Pagno ha teorizzato che *“non esiste un rapporto causale tra geni e comportamenti criminale [...] molte voci si sono levate per ridimensionare il ruolo delle neuroscienze nel processo penale, poiché queste ultime, in realtà, non sono in grado di dare risposte dotate di certezza in termini assoluti, ma presentano, in ogni caso, un coefficiente di fallibilità”*.

Ai tempi d'oggi sta assumendo sempre più piede la propensione a psicologizzare i comportamenti contrari alla legge, fino ad escludere la penale responsabilità del reo, che assume le caratteristiche di un soggetto affetto da una qualche patologia mentale, che richiede l'intervento farmacologico e riabilitativo.

Nel 2011, il *leading-case* Albertani è stato deciso in seguito ad una complicata perizia psichiatrica, basata sul neuroimaging, che ha evidenziato una grave compromissione della zona dell'encefalo deputata al contenimento degli istinti aggressivi, accertando, così il vizio parziale, a norma dell'articolo 89 c.p.

Le analisi neuroscientifiche del caso hanno rilevato presunti elementi genetici, che appaiono legati ad una maggiore probabilità di condotte aggressive e violente. In particolare, nel *leading-case* Albertani, il giudice si è espresso riconoscendo *“la necessità di sottoporre ad un vaglio particolarmente rigoroso tutti i pareri forniti dagli esperti, a fronte della crescente incertezza che assilla la scienza psichiatrica e psicologica, per porre tali pareri in raffronto con le altre emergenze processuali”*. Con questo riconoscimento si sono evidenziati i disturbi della personalità e del carattere.

Collica (2012) ha sostenuto che *“l'indagine relativa al concreto stato di mente dell'individuo rischia di diventare vittima di un processo di oggettivizzazione e di standardizzazione, che affascina nella sua componente di garanzia della certezza dell'accertamento giudiziale [...] ma l'accertamento dell'imputabilità non si può ridurre ad una mera questione probatoria. Ormai dovrebbero essere chiare le enormi difficoltà che la categoria dell'imputabilità ha incontrato nel provare i fenomeni psichici che affliggono il malato [...] non sono mai esistiti criteri diagnostici muniti di una base scientifica sufficientemente sicura. Questa difficile realtà non può essere superata grazie alle verità di cui si dichiarano portatrici le neuroscienze, che vorrebbero dimostrarsi capaci di rispettare il carattere di scientificità di cui una prova tecnica valida dovrebbe essere sempre fornita”*.

Le disposizioni normative che trattano dell'infermità o della seminfermità psichica, essendo norme giuridiche, sono applicabili da parte del giudice a prescindere dal profilo psichico segnalato dal consulente. Pertanto, il codice di procedura penale non può

essere sostituito dalle considerazioni chimico-biologiche, perché le neuroscienze, in realtà, evidenziano i collegamenti esistenti tra la condotta dell'individuo e la struttura encefalica di costui e la sua conseguente attività.

Capitolo II

L'intervento psicologico nei pazienti schizofrenici autori di reato

2.1 Pazienti schizofrenici e criminalità

Si ritiene che le persone con schizofrenia siano soggetti a commettere crimini violenti da 4 a 6 volte in più rispetto agli individui che non hanno questo disturbo. Tuttavia, le stime dei rischi variano notevolmente da uno studio all'altro ed esiste una notevole incertezza su ciò che renda questo rischio elevato. Nonostante questa incertezza, le attuali linee guida raccomandano che la valutazione del rischio di violenza sia condotta per tutti i pazienti con schizofrenia.

Nel 2009 Seena Fazel et al. hanno condotto uno studio al fine di determinare il rischio di criminalità violenta tra i pazienti a cui è stata diagnosticata la schizofrenia ed il ruolo dell'abuso di sostanze nella mediazione di questo rischio.

Diversi studi epidemiologici hanno riscontrato una associazione tra disturbo mentale maggiore e violenza, in generale, e schizofrenia in particolare (Joyal et al., 2007). È stato rilevato che la schizofrenia è correlata ad un rischio da 4 a 6 volte maggiore di comportamento violento, facendo giungere alla conclusione che la schizofrenia e altri gravi disturbi mentali sono cause prevenibili di violenza e crimini violenti. In effetti, il parere degli esperti ha ritenuto che le prove siano sufficientemente solide da far andare oltre l'epidemiologia e concentrarsi sul trattamento (Hodgins, 2001; Mullen, 2006). Permangono, tuttavia, incertezze per quanto riguarda il collegamento. In primo luogo, vi sono ampie variazioni nelle stime dei rischi. Questi vanno da 7 volte l'aumento dei reati violenti in schizofrenia rispetto ai controlli generali sulla popolazione (Tiihonen et al., 1997; Mullen et al., 2000) a nessuna associazione in una indagine prospettica (Steadman et al., 1998). In secondo luogo, vi è una notevole incertezza sul fatto che la schizofrenia senza comorbidità da abuso di sostanze sia effettivamente associata alla violenza. Grandi studi prospettici e di controllo dei casi non hanno trovato poche

associazioni oppure deboli associazioni (Mullen et al., 2000; Steadman et al., 1998); altre indagini condotte da Finlandia, Danimarca e Stati Uniti segnalano aumenti del rischio da 3 a 4 volte (Räsänen et al., 1998; Swanson et al., 1990; Brennan et al., 2000). In terzo luogo, il possibile contributo dei fattori genetici e ambientali precoci nella mediazione del legame tra schizofrenia e violenza non è stato studiato in modo affidabile (Kim-Cohen et al., 2006).

I modelli concettuali di violenza nella schizofrenia postulano che i pazienti con schizofrenia siano violenti come conseguenza dei sintomi psicopatologici del disturbo stesso (Swanson et al., 2006; Grann et al., 2004). Un modello alternativo è che la schizofrenia ed il comportamento violento si verificano a causa di fattori familiari (genetici o ambientali precoci) che sono correlati ad entrambi, ad esempio, tratti della personalità come irritabilità, cattiva gestione della rabbia o inadeguatezza a far fronte allo stress.

Lo studio di Seena Fazel et al. (2009) ha collegato diversi registri nazionali basati sulla popolazione in Svezia: il registro delle dimissioni ospedaliere (HDR; tenutosi presso il National Board of Health and Welfare), il Registro del crimine (Consiglio nazionale per la prevenzione della criminalità), i censimenti nazionali del 1970 e del 1990 (Statistics Sweden) e il registro multigenerazionale (MGR; Statistiche Svezia). Poi i dati sono stati uniti con il registro delle cause di morte e il registro totale della popolazione (per i dati sull'emigrazione), al fine di fornire informazioni sulla perdita al *follow-up*. In Svezia, tutti i residenti, compresi gli immigrati, hanno un numero di identificazione personale univoco di 10 cifre che viene utilizzato in tutti i registri nazionali, rendendo così possibile il collegamento tra questi registri.

Utilizzando l'HDR, che include tutte le persone ricoverate in qualsiasi ospedale medico psichiatrico o generale per la valutazione e/o il trattamento sono stati identificati i casi di individui che soddisfacevano 2 criteri: erano stati dimessi dagli ospedali a partire dal 10 gennaio 1973 e avevano avuto diagnosi di dimissione di schizofrenia su almeno 2 ricoveri ospedalieri separati secondo la *Classificazione Internazionale delle Malattie, Ottava revisione (ICD-8)* (1973-1986; codice diagnostico 295), *Classificazione*

internazionale *delle malattie, nona revisione (ICD-9)* (1987-1996; codice 295), o classificazione internazionale delle *malattie, 10a revisione (ICD-10)* (dal 1997 in poi; codice F20), indipendentemente da qualsiasi comorbidità. In secondo luogo, i partecipanti dovevano avere almeno 15 anni e la schizofrenia doveva essere diagnosticata in 2 diverse occasioni per aumentare la precisione diagnostica, in modo tale da ridurre al minimo le diagnosi false positive (Lichtenstein et al., 2006), di conseguenza i soggetti con una sola diagnosi sono stati esclusi.

Per tutti gli individui, i dati sono stati estratti anche sulle ammissioni a partire dal 1973 con diagnosi principali o comorbide di abuso o dipendenza da *alcol (ICD-8: codice 303; ICD-9: codici 303, 305.1; ICD-10: codice F10, eccetto x.5)* e abuso o dipendenza da droghe (*ICD-8: 304; ICD-9: 304, 305,9; ICD-10: F11-F19, eccetto x.5*). Queste informazioni sono state utilizzate come marcatore per i disturbi comorbili dell'alcol e/o dell'abuso di droghe.

Lo studio ha visto un'ampia analisi, incentrata su individui con schizofrenia. Sono stati estratti tutti gli individui con una diagnosi di schizofrenia nell'HDR e che avevano una valutazione psichiatrica forense ospedaliera utilizzando un registro nazionale di tutte queste valutazioni dal 1988 al 2000 (n = 1638). Quest'ultimo ha agito come *gold standard* perché questi casi hanno comportato valutazioni multidisciplinari complete per 4 settimane in contesti ospedalieri, producendo diagnosi standardizzate di consenso (Langström et al., 1999; Landis, Koch, 1977).

La valutazione comprendeva una revisione dettagliata delle cartelle cliniche, educative e dei servizi sociali; test psicologici; ripetuti esami di stato mentale; colloqui con familiari e altri informatori. Sono stati studiati due campioni sovrapposti di individui con schizofrenia. Il primo era un campione nazionale di quelli con 2 o più diagnosi ospedaliere di schizofrenia (n = 8003). Il secondo, che era un sottogruppo del primo campione, era composto da tutti gli individui con 2 o più diagnosi ospedaliere di schizofrenia che non avevano influenzato i fratelli (n = 4674).

Sono stati identificati gruppi di confronto, che non erano mai stati ricoverati in ospedale per schizofrenia durante il periodo di studio. Il primo era una selezione casuale di 10

individui della popolazione generale abbinati per anno di nascita e sesso per ogni individuo con schizofrenia. Il secondo confronto è stato effettuato tra fratelli senza e con schizofrenia, senza pari per età o sesso e identificati utilizzando l'MGR (Svensson et al., 2007). L'MGR collega ogni persona nata in Svezia nel 1933 o più tardi e mai registrata come residente in Svezia dopo il 1960 ai genitori.

La ricerca di Seena Fazel et al. (2009) ha utilizzato progetti di studio longitudinali complementari per indagare il rischio di violenza in individui con schizofrenia rispetto ai gruppi di controllo. Lo studio ha evidenziato due risultati principali. In primo luogo, l'associazione tra schizofrenia e criminalità violenta è minima a meno che al paziente non venga diagnosticata anche la comorbidità per abuso di sostanze. Tra i pazienti senza comorbidità, le RO rettificate rispetto ai confronti con controlli generali della popolazione non correlati o fratelli non interessati erano da 1,2 a 1,3. È possibile che questi aumenti di rischio cambino se fossero state utilizzate misure più sensibili rispetto alle diagnosi di scarico dell'abuso di sostanze.

Il secondo risultato è la variazione del rischio di violenza a seconda del grado di relazione tra il paziente e il gruppo di controllo. Rispetto ai controlli generali della popolazione non correlati, il rischio di criminalità violenta in individui con schizofrenia e comorbidità da abuso di sostanze è stato aumentato di 4 volte. Questa scoperta è coerente con 4 possibili spiegazioni. In primo luogo, è possibile che la schizofrenia (con un'eziologia prevalentemente genetica) porti all'abuso di sostanze, che a sua volta aumenta il rischio di criminalità violenta. Infatti, è stato rilevato che il rischio di criminalità violenta era più elevato quando l'abuso di sostanze è stato diagnosticato dopo rispetto a prima del ricovero in ospedale per schizofrenia. In secondo luogo, la suscettibilità genetica all'abuso di sostanze potrebbe portare alla schizofrenia, che a sua volta aumenta la probabilità di comportamenti violenti. Una terza possibilità è una suscettibilità genetica alla schizofrenia in comune con l'abuso di sostanze e che entrambe a loro volta siano associate alla violenza. Infine, una suscettibilità genetica condivisa all'abuso di sostanze, alla schizofrenia e alla criminalità violenta. Per questa ipotesi diversi studi longitudinali hanno rilevato che la violenza e la grave aggressione

precedono la diagnosi di schizofrenia (Gosden et al., 2005; Arseneault et al., 2003), anche dopo aver controllato i sintomi psicotici preadolescenti (Arseneault et al., 2003).

Ricerche future dovrebbero stabilire i meccanismi responsabili delle associazioni tra abuso di sostanze, schizofrenia e violenza. Un approccio promettente sarebbe quello di utilizzare studi genetici molecolari, in cui esiste una serie di marcatori genetici putativi (Eisenberger et al., 2007). Indipendentemente dalla natura del meccanismo, un adeguato trattamento per l'abuso di sostanze per le persone con schizofrenia può ridurre il rischio di violenza e dovrebbe far parte della valutazione e della gestione di *routine* di tutti questi pazienti.

All'interno di un campione di individui con schizofrenia, una recente indagine prospettica statunitense ha confermato l'importanza dell'abuso di sostanze nella previsione della violenza nei pazienti con schizofrenia e ha anche scoperto che i problemi di condotta infantile sono un forte predittore (Swanson et al., 2008). Tuttavia, il rischio di violenza nella schizofrenia con disturbo da condotta infantile rispetto ai controlli generali della popolazione rimane incerto.

La percezione pubblica della pericolosità dei pazienti psichiatrici è pervasiva ed è un fattore chiave nella loro stigmatizzazione (James, 1998), in parte influenzata dalla copertura mediatica selettiva di casi di alto profilo (Angermeyer et al., 1996).

In questo studio la schizofrenia è stata associata ad un aumento del rischio di criminalità violenta. Questa associazione è stata attenuata dall'adeguamento per l'abuso di sostanze, suggerendo un effetto di mediazione. Il ruolo della valutazione, della gestione e del trattamento del rischio negli individui con comorbilità richiede ulteriori studi.

2.2 Metacognizione con pazienti schizofrenici

Il lavoro nei campi alleati della salute mentale e della riabilitazione ha sempre più riconosciuto che il recupero dalle sfide più complesse di salute mentale richiede attività di natura metacognitiva (Lysaker et al., 2018a). Ad esempio, i processi metacognitivi

che consentono alle persone di formare idee integrate su sé stessi e sugli altri all'interno del flusso della loro vita (Moritz e Lysaker, 2018) sembrano essenziali quando ogni individuo deve decidere come dare un senso alle sfide poste dalle alterazioni del pensiero, dell'emozione, della personalità o delle opportunità sociali, che possono venire con sfide di salute mentale. Allo stesso modo, la capacità metacognitiva che sta alla base della capacità di notare e riflettere sull'esperienza sembrerebbe allo stesso modo necessaria affinché una persona collabori con gli altri e trovi un modo per sostenere una connessione significativa all'interno della sua comunità.

Di conseguenza, i processi metacognitivi sono stati suggeriti come essenziali per il recupero, indipendentemente dalle cause finali delle sfide di salute mentale (Lysaker e Klion, 2017). Che i compromessi nella salute mentale siano principalmente il risultato di fattori ambientali e sociali (ad esempio stigma, povertà, traumi o alienazione sociale), fattori biologici (ad esempio interruzioni della funzione cerebrale di base) o una complessa interazione tra questi fattori, il recupero può richiedere che la persona formi un'idea di tali sfide e di come dovrebbero essere affrontate o gestite (Leonhardt et al., 2017).

L'auto-gestione e il benessere sostenuto richiedono quindi non solo la conoscenza delle sfide psichiatriche e sociali, ma anche la consapevolezza dell'esperienza e dei pensieri degli altri, dei propri punti di forza, della storia personale e dei valori. La ripresa richiede quindi l'integrazione di tali informazioni in un senso significativo di ciò che sta accadendo nella vita, che può essere la base della riflessione e dell'azione. In particolare, le persone devono dare un senso a ciò che è stato interrotto in modo univoco all'interno della propria vita, a come è stato interrotto e a cosa significa per loro quell'esperienza.

La ricerca condotta da Lysaker et al., 2020 ha esplorato la metacognizione nella schizofrenia, poiché la diminuzione della capacità metacognitiva può essere una caratteristica fondamentale di questa malattia ed una barriera significativa al recupero.

Questo studio offre approcci quantitativi che possono superare le precedenti barriere all'esame scientifico delle vicissitudini nell'esperienza personale in condizioni di salute

mentale complesse. La ricerca qualitativa, quantitativa e clinica, così come i rapporti in prima persona, hanno indicato che molti individui a cui è stata diagnosticata la schizofrenia hanno cambiamenti significativi nell'auto-esperienza (Lysaker e Lysaker, 2010). Queste alterazioni includono la perdita di agenzia e la perdita della coesione della propria identità personale (McCarthy-Jones et al., 2013). Non possono essere ridotti agli effetti collaterali dei sintomi e sono per molti un aspetto chiave dell'esperienza della schizofrenia (Hamm et al., 2018; Leonhardt et al., 2017). Nonostante gli inviti da oltre vent'anni a considerare queste alterazioni dell'esperienza personale come aspetti fondamentali della schizofrenia (Esteroff, 1989; Roe, 2001), ci sono state molte sfide per capirli come si verificano nel mezzo di altri aspetti del disturbo.

Una delle barriere alla comprensione di come le alterazioni dell'esperienza personale si inserisca in un quadro più ampio riguarda la natura dell'esperienza personale stessa. L'esperienza personale è immediata, intima, continua e tuttavia sfuggente. Non sperimentiamo il sé in modi simili a come sperimentiamo le cose nel mondo. Ad esempio, il sé non è qualcosa che possiamo osservare in virtù della sua posizione nello spazio o delle qualità che condivide con gli oggetti. William James, tra i primi psicologi a pensare sistematicamente a questo concetto, ha proposto che l'auto-esperienza è la nostra esperienza di noi stessi mentre incontriamo il mondo. Non viviamo solo il mondo. Viviamo noi stessi vivendo il mondo. Interpretiamo e rispondiamo al mondo e possiamo sperimentare noi stessi facendo queste interpretazioni e risposte.

È quindi naturalmente difficile caratterizzare ciò che sta alla base delle alterazioni di questo processo. L'esperienza di sé è così istantanea che spesso non la notiamo nel bel mezzo dei nostri incontri con le cose, le persone e le situazioni nel mondo. Rispecchiando teorie dualistiche della mente, che dividono la mente dal corpo, è stato allettante per molti pensare che il sé sia qualcosa di distinto da altri processi neurobiologici o che le alterazioni dell'esperienza personale riflettano il sé come distaccato dalla persona di cui definisce l'identità. Ma se si è adottato questo approccio, non c'è nulla di misurabile per sostenere i cambiamenti nell'esperienza personale. I

cambiamenti nell'auto-esperienza stanno da soli. Sono assiomaticamente estranei ad altri fenomeni. Alcuni aspetti di questo approccio sembrano essere persistiti in parte e sono stati suggeriti (Lysaker et al., 2012) alla base di varie teorie, che vanno dall'idea originale di Kraepelin della mente in schizofrenia come orchestra che manca di un direttore d'orchestra a modelli fenomenologici di schizofrenia, che suggeriscono che comporta un disturbo dell'ipseità di base o minima (Nelson et al., 2014). Questi approcci potenzialmente dualisticamente radicati spesso comportano valutazioni della stranezza dell'esperienza di sé (Sass et al., 2018) e la mancanza o la stranezza dell'esperienza è semplicemente ciò che è e non si può dire altro al riguardo.

Lysaker et al., 2020 suggeriscono che la ricerca sulla metacognizione possa aiutare il settore ad andare oltre gli approcci dualistici alla comprensione delle alterazioni dell'esperienza personale. Nello specifico, le metodologie che sono alla base ed informano quello che viene definito il modello integrato di metacognizione (Lysaker et al., 2019d) consentono che le alterazioni dell'esperienza di sé non siano una questione di perdita di qualcosa di interno. Nel modello integrativo di metacognizione, la metacognizione si riferisce al processo automatico e sforzo che consente di mettere insieme le esperienze incarnate, cognitive ed emotive all'interno del flusso della vita in un senso più ampio e olistico di sé stessi e degli altri. Pertanto, i deficit metacognitivi consentono solo che nel momento sia disponibile solo un senso di sé frammentato. Deficit misurabili in capacità metacognitiva lasciano le persone, in momenti particolarmente contestualizzati, senza la capacità di produrre sensi complessi, in evoluzione e integrati di sé stessi e possibilità di azione futura. Non si tratta solo di un'esperienza strana o disincarnata separata dal resto della persona in questione, ma del collasso di una capacità misurabile. Questa capacità può essere studiata empiricamente e rappresenta anche qualcosa che, una volta recuperato, può invertire le alterazioni dell'esperienza personale.

Una delle prime importanti implicazioni di questo studio è che i processi intimamente connessi all'esperienza personale, la cui relazione con altri processi sociali e biologici, può essere misurata. Ciò potrebbe consentire una maggiore comprensione dei risultati

che la schizofrenia riflette una serie di diversi fattori causali, presentazioni cliniche e risultati (Radua et al., 2018). Coerentemente con il suggerimento di Bleuler (1950) che la frammentazione dell'esperienza di pensieri, emozioni e desideri spiegasse l'eterogeneità clinica, il modello integrato di metacognizione ci permette di esplorare come i deficit metacognitivi interagiscono con i fenomeni neurobiologici, clinici e sociali.

Un modo per studiare queste complesse relazioni è con l'analisi della rete. In questo campo emergente, una rete è definita da una serie di elementi discreti, che hanno diversi modelli di connessioni tra loro. Nell'analisi di rete, gli elementi sono concettualizzati come nodi e connessioni come i bordi della rete (Costantini et al., 2015; Epskamp et al., 2018). Piuttosto che un semplice modello causale in cui un evento influisce su un altro, l'analisi di rete consente una visualizzazione di come i diversi fattori si influenzano continuamente l'un l'altro in un modo approssimativamente analogo a un circuito elettronico. Applicate alle condizioni di salute mentale, le reti sono state utilizzate per esaminare gli effetti reciproci di diversi problemi o sfide (Fried et al., 2017). In una rete, un nodo è importante non necessariamente a causa della sua influenza su un altro nodo specifico, ma perché connette più nodi tra loro.

Seguendo il modello integrato di metacognizione, diversi fattori causali, presentazioni cliniche e risultati potrebbero essere visti come parte di una rete connessa attraverso disturbi nella metacognizione. Con uno sfondo di lavori precedenti che collegavano la metacognizione con i fenomeni clinici, inclusi sintomi negativi e alterazioni nella funzione cerebrale di base (Lysaker et al., 2019c), i documenti di questo numero speciale suggeriscono che la metacognizione è un nodo legato a risultati complessi tra cui la funzione lavorativa (Wright et al., 2019), l'adattamento psicosociale (Jones et al., 2019), l'empatia (Bonfils et al., 2019) e la motivazione (Luther et al., 2019). Il potenziale della metacognizione come nodo centrale è supportato anche da collegamenti tra metacognizione e fenomeni cognitivi che si pensa siano correlati sia alle funzioni di risultato che a quello biologico a più livelli - della cellula, dei neurotrasmettitori e dell'interazione in corso delle regioni cerebrali (Kahn et al., 2015).

Infatti, alla luce delle analisi iniziali che hanno mostrato una rete complessa che include sintomi e esiti di funzione (Galderisi et al., 2018), gli studi analizzati nella presente ricerca offrono la metacognizione come nodo chiave o addirittura come substrato, che collega e consente la continua interazione tra questi fenomeni. Pertanto, diversi livelli di metacognizione possono in parte spiegare perché le connessioni distali tra esiti biologici, sociali e fenomenologici non sono così solide. A seguito di un lavoro simile sulla resilienza (Galderisi et al., 2018), studiare la metacognizione come nodo in una rete interconnessa può aiutare a capire come le persone a cui è stata diagnosticata la schizofrenia incontrino le sfide in modi così diversi.

Come semplice esempio, nel percorso dai sintomi alla motivazione alla permanenza lavorativa, la relazione tra sintomi e motivazione può essere probabilmente influenzata dal tipo di senso che le persone fanno dei sintomi e dalle loro decisioni su come rispondere a loro. Questo percorso può anche influenzare la permanenza lavorativa; reciprocamente, la permanenza lavorativa può quindi influenzare i sintomi, mentre la comprensione e la risposta della persona alle sfide influenzano anche la loro motivazione.

La visione della metacognizione nella schizofrenia come un modo misurabile per studiare le alterazioni dell'esperienza di sé e come nodo centrale in una rete di comportamenti, emozioni e cognizione ha diverse implicazioni immediate e pratiche. In primo luogo, se la metacognizione rappresenta una causa prossimale di disabilità, può offrire un obiettivo terapeutico relativamente accessibile. Indipendentemente dal fatto che siano una causa iniziale di disfunzione, il miglioramento dei deficit metacognitivi può interrompere o alterare la relazione che esiste all'interno della più ampia rete di variabili sociali e biologiche. Il trattamento dei deficit metacognitivi può alterare i sistemi che sostengono la disabilità, con conseguente miglioramento dei fattori causali, senza affrontare direttamente tali cause. Ad esempio, è concepibile che, con una maggiore capacità di formare ed evolvere un senso integrato di sé e degli altri, le persone possano essere in grado di dare un senso al trauma che ha precipitato la psicosi - o al trauma della psicosi stessa. Con una maggiore capacità di formare ed evolvere un

senso integrato di sé e degli altri, le persone potrebbero allo stesso modo essere in grado di dare un senso alle esperienze anomale caratteristiche dei sintomi schneideriani di primo rango. Con una maggiore capacità metacognitiva, potrebbero diventare più in grado di gestire le difficoltà che incontrano quando cercano di rispondere a situazioni sociali complesse. Se dare un senso all'esperienza è un aspetto chiave dell'appartenenza alla comunità umana, anche le persone con gravi disturbi nei pensieri, nelle emozioni e nel comportamento che sviluppano le loro capacità metacognitive possono diventare più in grado di vedersi come parte di strutture sociali più grandi, nonché combattere lo stigma che limita l'appartenenza alla comunità (Lysaker et al., 2019b).

È importante sottolineare che il posizionamento della metacognizione come obiettivo terapeutico non richiede la creazione di una nuova serie di interventi. Oltre ai nuovi trattamenti in fase di sviluppo che si rivolgono specificamente alla metacognizione, tra cui MERIT (Lysaker e Klion, 2017), esiste una serie di interventi convalidati empiricamente che portano a risultati desiderabili, come una migliore funzione lavorativa, supporto sociale, auto-compassione e riduzioni di sintomi, stigma o ansia (Ascone et al., 2017; Bredemeier et al., 2018; Yanos et al., in stampa).

La visione della metacognizione come nodo centrale in una rete di fenomeni psicosociali suggerisce che alcuni trattamenti esistenti possono esercitare il loro effetto attraverso il loro impatto sulla capacità metacognitiva. Ad esempio, Cella et al. (2018) hanno anche recentemente evidenziato una relazione di feedback bidirezionale tra auto-riflessione (un elemento di metacognizione) e neurocognizione in uno studio di trattamento naturalistico e orientato al recupero. Altri hanno suggerito che diversi approcci, tra cui la psicoterapia psicodinamica e umanistica, potrebbero anche promuovere la salute attraverso i loro effetti sulla metacognizione (Knauss et al., 2018; Lysaker et al., 2019a).

La correzione cognitiva e la terapia cognitiva, così come i più vecchi approcci psicoterapeutici sopra suggeriti, possono non solo influenzare le abilità isolate, ma aiutare le persone a pensare in modo più flessibile e positivo e formare un senso di sé più ricco e meno frammentato. Forse con maggiori capacità cognitive e una solida

alleanza terapeutica, le persone possono diventare più in grado di riconoscere e perseguire ciò che vogliono da sé stesse, dagli altri e dalla vita in generale (Hamm e Lysaker, 2018).

Questo lavoro fornisce un'altra prova che gli interventi che migliorano la capacità metacognitiva possono consentire alle persone con schizofrenia di muoversi verso il recupero aiutandole a dare un senso personalmente significativo alle loro sfide psicosociali, a riconoscere i loro punti di forza e abilità e a utilizzare tale conoscenza per gestire efficacemente la loro vita.

Comunque questo studio presenta delle limitazioni. La maggior parte degli studi sono stati trasversali e di dimensioni relativamente modeste. Gli studi hanno anche utilizzato singole valutazioni dei costrutti chiave. Il lavoro è quindi chiaramente nelle sue fasi iniziali ed è necessaria una ricerca futura. È necessario lavorare con campioni più diversi, tra cui persone che rifiutano il trattamento e persone nei paesi in via di sviluppo in Asia, Africa e America Latina. Sono necessari studi longitudinali che misurano più risultati per periodi di tempo più lunghi. L'esatta relazione di valutazioni più ampie della metacognizione con valutazioni più mirate dei giudizi cognitivi (Gould et al., 2015) è poco compresa e la ricerca e il lavoro teorico sono necessari per capire come questi metodi si sovrappongono e divergono. Anche i deficit di metacognizione sono considerati indipendentemente dalla loro causalità; è necessario lavorare per determinare se i deficit metacognitivi, ad esempio quelli principalmente legati ai traumi rispetto a quelli legati al compromesso neurocognitivo, siano effettivamente equivalenti. Sono necessari test approfonditi dei potenziali meccanismi metacognitivi di vari trattamenti, compresi quelli progettati per colpire la metacognizione (Lysaker e Klion, 2017) per confermare queste ipotesi.

2.3 Le competenze decisionali dei pazienti schizofrenici: uno studio della meta-analisi e meta-regressione

La schizofrenia è una malattia che causa compromissioni nelle relazioni interpersonali, funzionamento sociale e occupazionale con compromissione delle funzioni cognitive (neurocognizione e cognizione sociale) a causa di disturbi neuroanatomici e neurochimici (Hegarty et al, 1994; Perkins et al., 2006; Hafner, der Heiden, 2008).

Insieme al fatto che il trattamento medico è l'essenza del trattamento della schizofrenia, i trattamenti psicosociali (psico-educazione, formazione delle competenze, terapia cognitivo comportamentale, riabilitazione cognitiva, formazione metacognitiva, gestione dei casi, interventi familiari, trattamento assertivo della comunità, lavoro sostenuto, ecc.) hanno un posto significativo come interventi complementari. Vari studi hanno dimostrato che i trattamenti psicosociali (PST) hanno effetti positivi sui sintomi della malattia, sulla conformità al trattamento, sui tassi di tregua, sulla qualità della vita, sulla cognizione sociale e sul funzionamento sociale (Granholm, Loh, 2009; Birchwood, Spencer, 2002; Dickerson, Lehman, 2016; Kurtz, 2016; Ali et al., 2017; Menon et al., 2017). Gli interventi PST contribuiscono a diverse funzioni psicosociali per migliorare in base alla loro area di interesse e alle tecniche utilizzate. Per questo motivo, varie PTS possono essere implementate in sequenza con modelli articolari o ibridi nel rispetto delle esigenze dei pazienti (Roder et al., 2011; Bowie et al., 2012; Kurtz et al., 2015).

L'allenamento delle abilità psicosociali (PSST), un approccio terapeutico interattivo che utilizza tecniche di terapia di gruppo cognitivo-comportamentale basate su moduli di formazione sulle abilità sociali (Lieberman, 1986, 1987, 1988), viene implementato anche in un modo che include la formazione familiare (Yıldız, 2011). Nella PSST, i pazienti hanno lo scopo di diventare competenti nella gestione delle malattie, rafforzare le relazioni interpersonali e aumentare le funzioni sociali. Per quanto riguarda questi obiettivi, la formazione viene fornita in 16 aree di competenze: miglioramento delle capacità comunicative, migliorare le capacità di problem solving, imparare a far fronte a problemi di attenzione e memoria, comprendere psicosi e schizofrenia, imparare la

terapia farmacologica antipsicotica, imparare e far fronte agli effetti collaterali dei farmaci, valutare il trattamento, imparare a far fronte ai sintomi persistenti, riconoscere i segnali di avvertimento e monitorarli, evitare l'uso di alcol e sostanze, stare lontano dalla ricerca di trattamenti inutili, imparare a far fronte allo stress, aumentare la fiducia in se stessi, il tempo libero e le attività quotidiane di vita, sviluppare l'amicizia e la partecipazione alle attività sociali.

Tecniche di trattamento cognitivo-comportamentale come la psicoeducazione, la condivisione di esperienze, il gioco di ruolo, la risoluzione dei problemi, l'esercizio fisico e i compiti a casa vengono utilizzate nell'elaborazione di queste aree di abilità. È dimostrato con studi controllati che il programma PSST implementato su pazienti schizofrenici in Turchia è efficace sulla riduzione della psicopatologia dei pazienti e sull'aumento del funzionamento sociale (Yıldız et al., 2004; Deveci et al., 2008; Söğütü et al., 2017). Tuttavia, l'effetto della PSST sul funzionamento cognitivo non è stato ancora studiato. Si pensa che il programma PSST possa avere un effetto sul funzionamento cognitivo a causa delle pratiche di abilità cognitive nel contesto.

Si stanno facendo esercizi per migliorare le aree della neurocognizione (attenzione, memoria, problem solving, funzioni esecutive) e della cognizione sociale (influenzano la percezione, le abilità della teoria della mente e gli stili di attribuzione) nelle pratiche di riabilitazione cognitiva svolte per eliminare i problemi cognitivi che svolgono un ruolo essenziale nel deterioramento funzionale della schizofrenia. Il funzionamento sociale (vita indipendente, vita sociale e vita lavorativa) mira ad essere incrementato con lo sviluppo delle capacità cognitive (Moritz, Woodward, 2007; Rispaud et al., 2016).

Di recente studio è il *Metacognitive Training* (MCT) è una miscela di approcci di psicoeducazione, riabilitazione cognitiva e trattamento cognitivo comportamentale e si concentra sull'eliminazione dei pregiudizi cognitivi che portano alla continuazione del pensiero delirante (Moritz, Woodward, 2007; Moritz et al., 2014). Si compone interamente di 8 moduli e può essere implementato sotto forma di formazione individuale o di gruppo. Attraverso l'allenamento, ha lo scopo di informare i pazienti

con schizofrenia sui pregiudizi cognitivi, di renderli consapevoli dei pregiudizi cognitivi disfunzionali attraverso esercizi e di cambiare i pensieri di parte che costituiscono la base per lo sviluppo delle false credenze e / o delusioni. All'interno degli esercizi, la presentazione di esperienze correttive, il coping alternativo e lo sviluppo di strategie di elaborazione delle informazioni vengono insegnati ai pazienti. Ogni modulo di MCT mira a migliorare i modi problematici di pensare che sono noti per contribuire allo sviluppo di delusioni attraverso contenuti che includono diversi pregiudizi cognitivi e aree che vengono valutate nel contesto della cognizione sociale. Gli argomenti discussi nei moduli di MCT sono: pregiudizi di attribuzione (modulo 1), salto alle conclusioni (modulo 2 e 7), cambiamento delle credenze (modulo 3), teoria della mente e deficit di cognizione sociale (modulo 4 e 6), memoria (modulo 5) e umore e autostima (modulo 8) (Moritz, Woodward, 2007). I risultati dello studio condotto con MCT hanno dimostrato che il programma di allenamento è efficace nel ridurre la gravità del pensiero delirante, supportare lo sviluppo dell'intuizione, migliorare il salto alla conclusione che è un pregiudizio cognitivo e aumentare il funzionamento sociale (Moritz et al., 2014, 2013, 2011; Favrod et al., 2014; Briki et al., 2014). Sebbene entrambi i programmi PST siano noti per essere efficaci nel ridurre la psicopatologia e migliorare il funzionamento sociale, non ci sono dati sufficienti sui loro effetti sul funzionamento cognitivo.

La ricerca di Yildiz et al. (2019) ha esaminato l'effetto dei programmi PSST e MCT sulla psicopatologia generale, sul funzionamento cognitivo e sul funzionamento sociale nei pazienti con schizofrenia. Lo studio ha visto la partecipazione di 20 pazienti con schizofrenia, di cui 13 maschi e 7 femmine, reclutati presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Kocaeli, con età compresa tra i 18 ed i 60 anni, con diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo secondo il DSM-IV (APA). Altri criteri di inclusione sono stati: assenza di menomazioni fisiche, non aver assunto farmaci nei tre mesi precedenti lo studio, non avere ritardo mentale, non avere dipendenza da alcol e/o sostanza, non avere sindrome cerebrale organica, non aver partecipato ad una terapia di gruppo e non ricevere ECT negli ultimi 6 mesi. Tutti i pazienti hanno completato l'allenamento di gruppo. La formazione è durata un totale di 20 settimane. I pazienti che hanno accettato di partecipare allo studio sono stati

distribuiti casualmente tra due gruppi. Nessuno dei gruppi di pazienti era diverso per quanto riguarda le caratteristiche demografiche e cliniche.

Ogni gruppo di pazienti composto da dieci persone, il primo gruppo ha ricevuto PSST e il secondo gruppo ha ricevuto MCT. L'allenamento dei gruppi si teneva una volta alla settimana in due sessioni, ciascuna della durata di 40-50 minuti. Ogni gruppo era gestito da un formatore e da un co-formatore. La formazione dei gruppi si è tenuta per un totale di 40 sessioni tra gennaio e giugno 2016.

Gli strumenti utilizzati sono stati:

1. Forma socio-demografica: questo modulo è stato preparato per valutare le informazioni sulle malattie dei pazienti e sulle caratteristiche della popolazione. Le informazioni riguardano: età, sesso, istruzione, stato civile, età di esordio, durata della malattia, numero di ricoveri, storia familiare del disturbo psicotico, tentativo di suicidio, se l'ECT viene ricevuto, ecc. I dati sono stati completati facendo riferimento alle cartelle cliniche, alle informazioni fornite dai pazienti e dai loro parenti.
2. Scala della sindrome positiva e negativa (PANSS, Kay et al., 1987): si tratta di una scala di interviste semi-strutturata in 30 punti. La scala PANSS è costituita da 30 sintomi psicologici, 7 dei quali appartengono alla sottoscala dei sintomi positivi, 7 alla sottoscala dei sintomi negativi e 16 alla sottoscala psicopatologia generale.
3. Valutazione globale del funzionamento (GAF): si tratta di una valutazione dell'asse V effettuata nel DSM-IV. In un intervallo di 0-100 per la funzionalità globale, viene valutato l'impatto della malattia sul funzionamento mentale, sociale e professionale. Il punteggio più alto indica che la funzionalità è migliore.
4. Gravità dell'impressione globale clinica (CGI-S, Guy, 1976): è una scala utilizzata per la valutazione globale delle malattie mentali e consiste di 3 sezioni tra cui gravità della malattia, miglioramento e gravità degli effetti collaterali. In questo studio è stata utilizzata solo la sezione di valutazione della gravità. L'intervistatore

segna ogni campo tra 1 (normale) e 7 (il più malato) in base alla loro esperienza globale con la malattia. Il punteggio più alto indica che i sintomi clinici sono gravi.

5. Scala qualità della vita (QLS, Heinrich et al., 1984): si tratta di una misura sviluppata per valutare la qualità della vita dei pazienti con schizofrenia sottoposti a trattamento di mantenimento. La scala viene applicata in un formato di intervista semi-strutturato ed è segnata dall'intervistatore. Ogni articolo è valutato con un punteggio di tipo Likert a 7 punti sulla scala composto da 4 sottomaschere e 21 domande. La scala valuta la ricchezza delle esperienze personali dei pazienti, la qualità delle relazioni interpersonali e la loro produttività nei ruoli professionali.
6. Colloquio di valutazione cognitiva (CAI, Ventura et al., 2010): è uno strumento di misurazione del tipo Likert a 7 punti sviluppato per valutare le funzioni cognitive dei pazienti a cui è stata diagnosticata la schizofrenia. Si compone di 6 sezioni:
 1. memoria di lavoro;
 2. attenzione/vigilanza;
 3. apprendimento verbale e memoria;
 4. ragionamento e *problem solving*;
 5. velocità di lavorazione;
 6. cognizione sociale.

L'intervistatore valuta con le informazioni ottenute sia dal paziente che dal parente del paziente. Il punteggio ricevuto dalla scala mostra il grado di deficit cognitivo e all'aumentare del punteggio, aumenta la gravità del deficit cognitivo.

I risultati hanno evidenziato miglioramenti nella psicopatologia, nel funzionamento sociale e nel funzionamento cognitivo dopo l'allenamento in due diversi gruppi di studio costituiti da pazienti con schizofrenia. L'impressione clinica globale non è cambiata in entrambi i gruppi. Entrambi i programmi includono sessioni per ridurre la gravità dei sintomi e sviluppare informazioni e mirare a migliorare le capacità interpersonali dei pazienti e aumentare la loro qualità di vita e funzionamento, come il livello delle attività quotidiane di vita (Yıldız, 2011; Moritz, Woodward, 2007; Favrod et al., 2014).

La significativa diminuzione dei punteggi totali PANSS può essere spiegata dall'effetto della formazione di gruppo e delle interazioni di gruppo. Il fatto che la formazione sia stata applicata per 20 settimane e 40 sessioni può aver contribuito allo sviluppo delle relazioni interpersonali nei gruppi di pazienti, fidandosi di altre persone attraverso la condivisione di esperienze e lo sviluppo di *insight* attraverso la psicoeducazione. Nonostante la diminuzione dei livelli di psicopatologia e l'aumento della qualità della vita, l'immutabile CGI può essere spiegato dal livello moderato di gravità clinica in entrambi i gruppi. È chiaro che è necessario un allenamento e un trattamento più estesi per avere un cambiamento clinico significativo.

Sebbene la valutazione complessiva del funzionamento sia aumentata in entrambi i gruppi dopo la formazione, il raggiungimento di un significato statistico nel gruppo PSST può essere spiegato dal fatto che in questo gruppo sono stati eseguiti più giochi di ruolo ed esercizi. Tuttavia, la significatività statistica può essere ignorata perché la valutazione CGI è una valutazione più generale rispetto al QLS. Il fatto che vi sia stato un aumento di entrambi i gruppi e che non vi sia stata alcuna differenza tra i gruppi sia all'inizio che dopo la formazione supporta questa argomentazione.

Gli interventi MCT convenzionali durano generalmente 8 settimane, ma per fornire un numero uguale di sessioni, è stato applicato in conformità con le linee guida di pratica per 20 settimane in concordanza con il gruppo PSST nel modo di aumentare gli esercizi. Tra gli studi di MCT, questo studio è il primo ad essere applicato per più di quattro mesi. L'effetto terapeutico delle terapie di gruppo sui pazienti è ben noto (Yalom, 1985; Kanas, 1996). Entrambi i gruppi di formazione possono aver contribuito alle caratteristiche terapeutiche con i fattori di guarigione forniti dalle interazioni di gruppo.

Quando le pratiche di abilità dell'MCT come lo sviluppo della flessibilità cognitiva, il non saltare alle conclusioni, il pensiero alternativo e la comprensione dei pensieri e dei sentimenti degli altri vengono valutate insieme a pratiche come il gioco di ruolo, la risoluzione dei problemi e gli esercizi di sviluppo delle relazioni nella PSST, è comprensibile che le interazioni di gruppo abbiano migliorato le relazioni interpersonali e quindi il funzionamento sociale. PSST è un programma a lungo termine basato sullo

sviluppo delle competenze. Mentre il programma MCT si basa prevalentemente sul cambiamento del pensiero delirante, può essere spiegato come trovare la possibilità di sviluppare capacità relazionali attraverso l'aumento del livello di funzionalità dei pazienti che partecipano al programma, essendo in un programma prolungato e quindi più interazione.

Entrambi i programmi includevano pratiche di miglioramento cognitivo e contribuivano positivamente al funzionamento cognitivo. In questo studio, il funzionamento cognitivo è stato valutato con uno strumento di misurazione (Ventura et al., 2010) basato su interviste piuttosto che su misurazioni basate sulle prestazioni. Poiché CAI valuta direttamente il funzionamento cognitivo con riflessioni sociali, potrebbe aver mostrato un miglioramento delle funzioni cognitive in parallelo con l'aumento del funzionamento sociale e della qualità della vita. Sebbene sia stata dimostrata la relazione di questo strumento di valutazione con i test neurocognitivi e il funzionamento sociale Ventura et al., 2010; (Soygür et al., 2000), i risultati di questo studio dovrebbero essere considerati come risultati da esaminare con test neurocognitivi basati sulle prestazioni.

Questa ricerca è essenziale in termini di valutazione degli effetti di due diversi programmi di allenamento volti a migliorare il funzionamento cognitivo e sociale nel trattamento della schizofrenia. Tuttavia, i risultati dello studio dovrebbero essere valutati entro i seguenti limiti. Il fatto che lo studio sia stato condotto in un unico centro e con pochi pazienti ha reso difficile generalizzare i dati. Inoltre, anche l'assenza del gruppo di controllo è un inconveniente significativo. Ripetere lo studio includendo diversi centri con campionamento più ampio ci servirà per ottenere risultati più convincenti. Il fatto che i medicinali presi dai pazienti non siano confrontati in termini di tipo e dose è un altro inconveniente. La valutazione cognitiva effettuata con uno strumento di valutazione basato su interviste piuttosto che con test neurocognitivi basati sulle prestazioni può essere considerata una limitazione. Nonostante tutto, questo studio ha dimostrato che entrambi i programmi sono due strumenti importanti che possono essere utilizzati nella gestione della schizofrenia insieme al trattamento medico.

Capitolo III

Paziente psichiatrico autore di reato: esperienza di un intervento

3.1 Introduzione

L'ingresso di persone con sofferenza psichica, autori di reato, nelle strutture residenziali è un argomento particolarmente articolato. Innanzitutto, dopo l'indagine nazionale condotta nel 2000, dopo la chiusura dei manicomi (de Girolamo et al., 2004), non sono state condotte ricerche sull'inserimento dei sofferenti psichici autori di reati nelle strutture residenziali (SR).

Sono definite strutture residenziali: le strutture non ospedaliere, le residenze protette, le comunità protette, le comunità terapeutiche, che si caratterizzano per diversi aspetti, tant'è che, ad oggi, non è stato possibile definire una univoca tipologia che garantisca un trattamento efficiente (Fossa et al., 2012).

I soggetti affetti da una malattia psichica, che hanno commesso reato, in passato venivano internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, di recente rappresentano una estesa categoria di individui che, prosciolti penalmente, a causa del vizio di mente, dalla responsabilità penale ovvero che si trovano nella condizione che attesti il loro stato psichico, non vengono internati nell'ospedale psichiatrico giudiziario, perché possono essere ospitati nelle strutture residenziali.

Un tema importante che esce fuori dalla poca letteratura è quello della sicurezza, in generale, e quello della pericolosità sociale, in particolare, ma anche della pericolosità per sé stessi. Nel nostro Paese i sofferenti psichici autori di reato non ricascano in condotte violente o minacciose, che si configurano come reato, in percentuale maggiore rispetto ai sofferenti psichici, che non hanno commesso reati (de Girolamo et al., 2004; Preti et al., 2008; Fioritti et al., 2001).

Ciò non di meno, in campo istituzionale, di convinzione pubblica ed a livello specialistico, rimane alta l'apprensione verso una teoria della “*de-istituzionalizzazione totale degli internati dell’ospedale psichiatrico giudiziario*” (Fossa et al., 2012, p. 90).

Altri, invece, immaginano soluzioni alla de-istituzionalizzazione, le quali prendano in considerazione soggetti/pazienti, ritenuti difficili, cercando di rilevare un punto di incontro tra i fattori individuali di tutela della salute psichica e la garanzia di sicurezza (Catanesi e Carabellese 2011).

L’obiettivo della ricerca di Fossa et al. (2012) è quello di rilevare alcuni dati empirici, che contribuiscono a chiarire meglio il tema della sicurezza, collocandolo nel confronto tra il percorso comunitario dei sofferenti psichici, che non hanno commesso reato e quello dei sofferenti psichici autori di reato.

3.2 Metodologia

La ricerca di Fossa et al. (2012) è stata condotta nella Residenza Protetta Pra’ Ellera, nella provincia di Savona. La struttura è suddivisa in tre moduli abitativi ed ospita circa 60 pazienti, per la maggioranza autori di reato, provenienti dal Nord Italia, in particolare dalla Liguria e dalla Lombardia. I pazienti vengono seguiti da tre *équipes* a impostazione psicodinamica.

Lo studio è stato articolato in più fasi. Nella prima sono stati raccolti i dati dei pazienti e le loro caratteristiche in una scheda. Successivamente tutte le schede, gestite con il programma Epidata, hanno dato vita ad un archivio dei pazienti. Poi, è stato necessario esaminare il materiale cartaceo presente all’interno della struttura, al fine di risalire a taluni i pazienti, dimessi anteriormente all’introduzione del sistema informativo o con schede incomplete. Alla conclusione della terza fase (maggio 2011) il campione di studio era composto da 147 soggetti (di cui 66 autori di reato) ospiti della comunità dal gennaio 2005 all’ottobre 2010.

L'utilizzo del metodo quantitativo ha portato alla luce dei limiti. Innanzitutto, la gran parte dei pazienti non vengono valutati in *follow up*, ma solo all'interno della comunità. Pertanto, risulta difficile, ricostruire la loro storia perché vengono meno delle informazioni. A livello qualitativo, inoltre, i sistemi di registrazione utilizzati, risultano finalizzati ad esigenze sanitario-terapeutiche, con limitate capacità di offrire informazioni pertinenti sul piano epidemiologico e psichiatrico sociale. Quindi è necessario ridefinire il set di dati da raccogliere, alla luce di tutti gli interessi in gioco. Recentemente, nell'ambito del disegno di un nuovo sistema informativo sanitario nazionale è stato previsto anche l'avvio del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM6).

3.3 I disturbi dell'Asse I e II

La ricerca ha evidenziato grande interesse nel verificare se i sofferenti psichici autori di reato manifestino delle caratteristiche particolari in riferimento alle turbe mentali sofferte, rispetto agli altri pazienti. Lo studio di Fossa et al. (2012) ha rilevato che l'86% degli ospiti della struttura residenziale, dove è stata condotta l'indagine, presenta un disturbo clinico dell'Asse I, correlato da disturbi della personalità ovvero da ritardo mentale. L'immagine che segue è meglio esplicativa dei dati (Fossa et al., 2012, p. 100).

Tab. VIII Disturbi mentali secondo la condizione di autore di reato
(valori % relativi a AdR=66, non Adr=81 e Totale=147)

	autori di reato	non autori di reato	Totale
Disturbi clinici (Asse I)	84,5	86,4	86,8
Disturbi della personalità e ritardi mentali (Asse II)	40,9	45,6	43,6
Totale	125	132	130,4
La somma delle % è superiore a 100 perché una parte di pazienti soffre di più disturbi che rientrano in entrambe le categorie			

I disturbi dell'Asse II sono meno frequenti e si accompagnano per la maggioranza dei casi ai disturbi dell'Asse I. Questi dati evidenziano che sono pochi i pazienti, che soffrono esclusivamente di disturbi della personalità ovvero di ritardo mentale, ricoverati nelle strutture residenziali.

3.3.1 Disturbi mentali di Asse I

Nel paragrafo precedente è stato già detto che la maggior parte dei pazienti presenti nelle strutture residenziali soffrono di disturbi mentali, che rientrano nell'Asse I. Tra questi i più compromettenti sono le psicosi, i disturbi dell'umore ed i disturbi dell'ansia. In questo gruppo, i ricercatori hanno evidenziato che a 3 soggetti su 5 è stato diagnosticato il disturbo schizofrenico o altro disturbo psicotico (vedi immagine che segue tratta da Fossa et al., 2012, p. 100).

Tab. IX Disturbi mentali di Asse I secondo la condizione di autore di reato
(val. % relativi a AdR=56, non AdR=70, Totale=126)

	autore di reato	non autore di reato	Totale
Schizofrenie e altri disturbi psicotici	51,8	68,6	61,1
Disturbi dell'umore	28,6	14,3	20,6
Altri disturbi (Controllo degli Impulsi n.c. altrove, Disturbi d'ansia, altro)	19,6	17,1	18,3
Totale	100	100	100
associazione statisticamente non significativa ($p < .10$)			

I dati evidenziano che 1 paziente su 5 manifesta disturbi dell'umore e, sempre 1 paziente su 5 manifesta altri disturbi, come i disturbi d'ansia e i disturbi del controllo degli impulsi n.c. altrove.

3.3.2 Disturbi mentali di Asse II

Fossa et al. (2012) hanno rilevato la presenza minoritaria di soggetti affetti da disturbi mentali dell'Asse II nelle strutture residenziali. Comunque, gli autori hanno evidenziato che la maggior parte dei sofferenti psichici presenti nella struttura evidenziavano i disturbi della personalità del *cluster B*, con particolare riferimento al disturbo borderline, istrionico e antisociale, seguiti da sporadici casi ritardi mentali e dai disturbi del *cluster C*, con rilevanza del disturbo ossessivo-compulsivo, dipendente ed evitante, e del *cluster A*, con rilevanza del disturbo schizoide e paranoide. L'immagine è meglio esplicativa dei dati raccolti dagli autori (Fossa et al., 2012, p. 100).

Tab. XI Disturbi mentali di Asse II secondo la condizione di autore di reato
(val. % relativi a AdR=27, non AdR=37, Totale=64)

Disturbi di personalità con almeno un caso, in ordine di maggior frequenza	Raggruppamento	autore di reato	non autore di reato	Totale
Borderline, Istrionico, Antisociale	cluster B - Emotivi o drammatici	55,6	64,9	60,9
Ossessivo-Compulsivo, Dipendente, Evitante	cluster C - Ansiosi o paurosi	18,5	5,4	10,9
Paranoide, Schizoide	cluster A - Strani o paranoici	11,1	8,1	9,4
	Ritardi mentali	14,8	21,6	18,8
	Totale	100	100	100

3.4 Risultati

L'opportunità riconosciuta ai soggetti, autori di reato, di scontare parte della misura di sicurezza all'esterno dell'OPG, in regime di libertà vigilata, risale al 1975, anno nel quale la legge n. 354 sull'ordinamento penitenziario, all'art. 53, co. 1, ha previsto: "*agli internati può essere concessa una licenza di sei mesi nel periodo immediatamente precedente alla scadenza fissata per il riesame della pericolosità.*"; si tratta della cosiddetta "*licenza esperimento*".

Successivamente, con il nuovo regolamento di esecuzione della legge 354/1975 (D.P.R. 230/2000, art. 20) è stato sancito che i servizi psichiatrici territoriali devono farsi carico dell'internato sin dal suo ingresso in ospedale psichiatrico giudiziario, in accordo con il personale penitenziario, in vista dell'individuazione di strutture esterne utili al loro successivo reinserimento sociale. Nel 2003 e nel 2005, due sentenze della Corte Costituzionale ed una della Corte di Cassazione hanno consentito l'avvio di un graduale processo di inserimento dei pazienti autori di reato nelle residenze psichiatriche territoriali. A tal proposito, a partire dal 2003 il giudice dell'esecuzione può adottare, per il reo autore di reato non imputabili per vizio totale di mente, una diversa misura di sicurezza in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario. Nel 2004, successivamente, nei confronti di soggetti in attesa di giudizio, è possibile applicare una misura di sicurezza provvisoria non detentiva in luogo dell'OPG. Dal 2005, infine, ai fini del riconoscimento del vizio di mente, totale o parziale, possono essere considerati dal giudice di cognizione anche i gravi "disturbi di personalità", accrescendo così gli assolti per infermità psichica (art. 530 c.p.p.), cui sono applicabili le misure di sicurezza, previo successivo accertamento della persistenza della pericolosità sociale su disposizione del magistrato di sorveglianza, nel momento in cui dette misure dovrebbero trovare esecuzione (Caprioli, Vicoli, 2010, p. 203).

La ricerca di Fossa et al. (2012) ha evidenziato che gli autori di reato nelle strutture residenziali sono aumentati di circa un terzo nel giro di cinque anni, diventando la componente più importante dell'utenza della comunità. I risultati fanno riferimento ad un insieme di soggetti più ristretto, con la conseguenza che la maggioranza dei pazienti autori di reato sono nella struttura residenziali, in applicazione di una misura di sicurezza non detentiva, la libertà vigilata, ordinata dal giudice di cognizione e confermata dal magistrato di sorveglianza, previo accertamento della pericolosità sociale. Circa un paziente su quattro, inoltre, fruisce della cosiddetta licenza finale esperimento applicabile nel periodo conclusivo della misura di sicurezza applicata in ospedale psichiatrico giudiziario. Una quota significativa di pazienti, infine, è in comunità in seguito a provvedimenti cautelari, quindi senza che sia stato ancora

espresso un giudizio. Si tratta prevalentemente di arresti domiciliari e in minor misura di libertà vigilata provvisoria.

Inoltre, in seguito alle sentenze della Corte Costituzionale, una parte dei pazienti autori di reato giunge in comunità senza aver conosciuto l'ospedale psichiatrico giudiziario e il carcere. I ricercatori, esaminando la provenienza dei pazienti hanno rilevato che circa un terzo dei soggetti in libertà vigilata giunge dall'ospedale (SPDC), oppure da strutture territoriali (DSM, altra comunità terapeutica). Anche tra la limitata quota di soggetti entrati in comunità con un provvedimento cautelare e quindi ancora in attesa di giudizio, alcuni casi non provengono dal carcere o dall'OPG. Sulla scorta di questi dati è stato possibile ipotizzare la formazione di un doppio circuito di provenienza degli autori di reato, composto da una parte da pazienti che provengono dall'OPG e/o dal carcere, e, dall'altra, da pazienti che provengono direttamente dalle strutture territoriali.

L'immagine che segue (Fossa et al., 2012, p. 99) evidenzia i soggetti che risiedono nella struttura residenziale.

Tab. III Principale reato secondo la categoria (val. %, casi=64)

Reati contro la persona, di cui:			Reati contro il patrimonio	Droga, armi	Totale
Omicidio	altri reati	Totale			
18,8	39,1	57,9	35,9	6,3	100

Come è possibile notare, la struttura residenziale ospita, maggiormente, pazienti, che hanno commesso reati contro la persona; seguono coloro che hanno commesso delitti contro il patrimonio ed infine ci sono coloro che sono coinvolti in reati di droga o di possesso di armi. Altro dato significativo che è possibile cogliere è che un terzo dei reati contro la persona riguarda omicidi e stragi: si registrano casi di parricidio, uxoricidio, tentato omicidio della madre o del partner e di tentata strage. Seguono casi, rarissimi, di pedofilia e violenza sessuale. Più frequentemente, i pazienti si rendono responsabili di lesioni o maltrattamenti (percosse e aggressioni) nei confronti dei genitori o di terze

persone, spesso accompagnate da minacce o estorsioni. Si registra infine qualche limitato caso di molestie sessuali (stalking).

Per quanto attiene i pazienti, che hanno commesso delitti contro il patrimonio, i reati riguardano incendi dolosi, danneggiamenti o furti, condotte antisociali con episodi di vandalismo. Sono residuali, infine, i casi di abuso di sostanze e di possesso di armi.

In conclusione, confrontando la distribuzione generale dei reati, la casistica dei pazienti autori di reato in comunità si rivela aggravata dalla prevalenza dei delitti contro la persona.

L'esperienza nelle strutture residenziali terapeutiche assume per i pazienti caratteristiche e significati differenti a seconda del momento di vita durante il quale ciascuna storia personale la incrocia.

Generalmente all'andamento numerico di pazienti dimessi da una struttura residenziale ha un significato positivo, se l'andamento è in crescita, diversamente se è in decrescita, è considerato negativo. Conseguentemente, il basso *turnover* di pazienti che si registra in una parte rilevante delle strutture residenziali italiane per mancanza di dimissioni, costituisce una rilevante fonte di preoccupazione, in quanto segnale di cronicizzazione degli interventi (Gruppo Nazionale Progres, 2001). Quindi per evitare tale fenomeno la permanenza nelle strutture residenziali non deve essere molto lunga.

Nella comunità osservata, i pazienti trascorrono circa tre anni, ma in alcuni casi il tempo è maggiore.

L'inserimento dei malati psichici autori di reato nella struttura residenziale analizzata ha generato notevoli mutamenti delle caratteristiche dell'utenza. Il doppio circuito di provenienza dei rei, dall'ospedale psichiatrico giudiziario/carcere e dai servizi territoriali, ha definito una componente maggioritaria di pazienti autori di reato, inserita al fine di disporre di una alternativa alla carcerazione e/o per avviare/proseguire un percorso di reinserimento sociale.

Conclusioni

La presente tesi ha portato alla luce come i sofferenti psichici autori di reato possano trarre giovamento dalla permanenza nelle strutture residenziali.

L'allontanamento della psichiatria dalle teorie di Lombroso ha permesso di aprire nuove strade sulle turbe mentali, ora considerate connesse ad una eziologia differente, che vede un legame con l'assenza di una fissa dimora, l'esclusione scolastica, la tossicodipendenza dei genitori e l'incapacità di gestire i conflitti che possono sorgere nel contesto familiare di appartenenza. Anche il DSM-V ha evidenziato che la tendenza a delinquere deve essere contestualizzata all'interno del contesto di vita personale del soggetto.

Gli studi hanno evidenziato una maggiore frequenza a delinquere da parte di soggetti schizofrenici, anche se questo rischio deve essere valutato da paziente a paziente. Quindi riveste carattere soggettivo.

Nel corso dell'esposizione è stato trattato un caso di esperienza di intervento di soggetti schizofrenici autori di reato. La ricerca ha evidenziato che gli autori di reato nelle strutture residenziali sono aumentati di circa un terzo nel giro di cinque anni, diventando la componente più importante dell'utenza della comunità.

I risultati fanno riferimento ad un insieme di soggetti più ristretto, con la conseguenza che la maggioranza dei pazienti autori di reato sono nella struttura residenziale, in applicazione di una misura di sicurezza non detentiva, la libertà vigilata, ordinata dal giudice di cognizione e confermata dal magistrato di sorveglianza, previo accertamento della pericolosità sociale. Circa un paziente su quattro, inoltre, fruisce della cosiddetta licenza finale esperimento applicabile nel periodo conclusivo della misura di sicurezza applicata in ospedale psichiatrico giudiziario. Una quota significativa di pazienti, infine, è in comunità in seguito a provvedimenti cautelari, quindi senza che sia stato ancora

espresso un giudizio. Si tratta prevalentemente di arresti domiciliari e in minor misura di libertà vigilata provvisoria.

I ricercatori, esaminando la provenienza dei pazienti hanno rilevato che circa un terzo dei soggetti in libertà vigilata giunge dall'ospedale (SPDC), oppure da strutture territoriali (DSM, altra comunità terapeutica). Anche tra la limitata quota di soggetti entrati in comunità con un provvedimento cautelare e quindi ancora in attesa di giudizio, alcuni casi non provengono dal carcere o dall'OPG. Sulla scorta di questi dati è stato possibile ipotizzare la formazione di un doppio circuito di provenienza degli autori di reato, composto da una parte da pazienti che provengono dall'OPG e/o dal carcere, e, dall'altra, da pazienti che provengono direttamente dalle strutture territoriali.

I pazienti schizofrenici che hanno commesso reato non si differenziano significativamente dagli altri pazienti, perché la loro permanenza nelle strutture residenziali non accresce la criticità, già esistente nelle SR, quale la cronicizzazione degli interventi.

Bibliografia

- Agazzi, E. (1999). La spiegazione causale di eventi individuali (o singoli). *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 393.
- Ali, A., Carre, A., Orri, M., Urbach, M., Barry, C., Hassler, C., ... & Nordon, C. (2017). The real-life effectiveness of psychosocial therapies on social autonomy in schizophrenia patients: Results from a nationwide cohort study in France. *Psychiatry research*, 247, 97-104.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 43(12), 1721-1728.
- Arseneault, L., Cannon, M., Murray, R., Poulton, R., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Childhood origins of violent behaviour in adults with schizophreniform disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 520-525.
- Ascone, L., Sundag, J., Schlier, B., Lincoln, T.M., 2017. Feasibility and effects of a brief compassion-focused imagery intervention in psychotic patients with paranoid ideation: a randomized experimental pilot study. *Clin. Psychol. Psychother.* 24, 348–358.
- Bertolino, M. (2005). L'infermità mentale al vaglio delle Sezioni Unite.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2002). Psychotherapies for schizophrenia: A review. *WPA Series in Evidence and Experience in Psychiatry*, 2, 153-220.
- Bleuler, E. (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias.
- Bonfils, K. A., Haas, G. L., & Salyers, M. P. (2020). Emotion-specific performance across empathy tasks in schizophrenia: influence of metacognitive capacity. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100139.

- Bowie, C. R., McGurk, S. R., Mausbach, B., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2012). Combined cognitive remediation and functional skills training for schizophrenia: effects on cognition, functional competence, and real-world behavior. *American Journal of Psychiatry*, *169*(7), 710-718.
- Bredemeier, K., Beck, A.T., Grant, P.M., 2018. Exploring the temporal relationship between cognitive insight and neurocognition in schizophrenia: a prospective analysis. *Psychol. Sci.* *6* (1), 76–89.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General psychiatry*, *57*(5), 494-500.
- Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J., Netillard, C., ... & Bonin, B. (2014). Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, *157*(1-3), 99-106.
- Catanesi, R., & Carabellese, F. (2011). Pericolosità sociale, cura e controllo. *I diritti dei soggetti deboli. Nuovi scenari e nuove tutele*, 201-211.
- Cella, M., Reeder, C., Wykes, T., 2015. Lessons learnt? The importance of metacognition and its implications for cognitive remediation in schizophrenia. *Front. Psychol.* *6*,12–59.
- Centonze, F. (2005). L'imputabilità, il vizio di mente ei disturbi di personalità.
- Collica, M. T. (2012). Il riconoscimento del ruolo delle neuroscienze nel giudizio di imputabilità.
- Costantini, G., Epskamp, S., Borsboom, D., Perugini, M., Möttus, R., Waldorp, L.J., Cramer, A.O., 2015. State of the art personality research: a tutorial on network analysis of personality data. *R. J. Res. Pers.* *54*, 13–29.
- De Girolamo, G., Morosini, P., & Picardi, A. (2004). Prefazione. *Epidemiologia e psichiatria sociale. Monograph Supplement*, *13*(S7), 1-2.

- Deveci, A., Esen-Danaci, A., Yurtsever, F., Deniz, F., & Gürlek-Yüksel, E. (2008). The effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg*, *19*, 266-273.
- Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *The Journal of nervous and mental disease*, *199*(8), 520-526.
- Eisenberger, N. I., Way, B. M., Taylor, S. E., Welch, W. T., & Lieberman, M. D. (2007). Understanding genetic risk for aggression: clues from the brain's response to social exclusion. *Biological psychiatry*, *61*(9), 1100-1108.
- Epskamp, S., Borsboom, D., Fried, E.I., 2018. Estimating psychological networks and their accuracy: a tutorial paper. *Behav. Res. Methods* *50* (1), 195–212.
- Esteroff, S.E., 1989. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr. Bull.* *15* (2), 189–196.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., ... & Bonsack, C. (2014). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: a randomized-controlled study. *European Psychiatry*, *29*(5), 275-281.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, *301*(19), 2016-2023.
- Fioritti, A., Melega, V., Ferrigni, E., Rucci, P., Venco, C., Scaramelli, A. R., & Santarini, F. (2001). Una finestra sul buio: i primi tre anni del progetto Monitoraggio Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. *Rapporti Istisan*, (27), 82-85.
- Fornari, U. (2004). *Trattato di Psichiatria Forense. III edizione.*
- Forza, A. (2010). *La psicologia nel processo penale. Pratica forense e strategie.* Giuffrè Editore.

- Fossa, G., Zanelli, E., & Verde, A. (2012). Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali: una ricerca in una comunità terapeutica. *ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY*, 6(2), 88-102.
- Fried, E.I., van Borkulo, C.D., Cramer, A.O., Boschloo, L., Schoevers, R.A., Borsboom, D., 2017. Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* 52 (1), 1–10.
- Fusar-Poli, P., 2018. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatr* 17 (1), 49–66.
- Galderisi, S., Rucci, P., Kirkpatrick, B., Mucci, A., Gibertoni, D., Rocca, P., ... & Bellomo, A. (2018). Interplay among psychopathologic variables, personal resources, context-related factors, and real-life functioning in individuals with schizophrenia: a network analysis. *JAMA psychiatry*, 75(4), 396-404.
- Gosden, N. P., Kramp, P., Gabrielsen, G., Andersen, T. F., & Sestoft, D. (2005). Violence of young criminals predicts schizophrenia: a 9-year register-based followup of 15-to 19-year-old criminals. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 759-768.
- Gould, F., McGuire, L. S., Durand, D., Sabbag, S., Larrauri, C., Patterson, T. L., ... & Harvey, P. D. (2015). Self-assessment in schizophrenia: Accuracy of evaluation of cognition and everyday functioning. *Neuropsychology*, 29(5), 675.
- Granholm, E., & Loh, C. (2009). Evidence-based psychosocial interventions for schizophrenia. In *Schizophrenia* (pp. 283-295). CRC Press.
- Grann, M., & Fazel, S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *Bmj*, 328(7450), 1233-1234.
- Greco, O., & Maniglio, R. (2007). Malattia mentale e criminalità. *ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY*, 1(1), 111-131.
- Guy W, editor. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised, Rockville MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1976.

- Häfner, H., & DER HEIDEN, W. A. (2008). Course and outcome. *Clinical handbook of schizophrenia*, 100.
- Hamm, J. A., Leonhardt, B. L., Ridenour, J., Lysaker, J. T., & Lysaker, P. H. (2018). Phenomenological and recovery models of the subjective experience of psychosis: discrepancies and implications for treatment. *Psychosis*, 10(4), 340-350.
- Hamm, J., Lysaker, P.H., 2018. Integrative metacognitive psychotherapy for serious mental illness: applications to diverse clinical needs and its processes that promote recovery. *Am. J. Psychother.* 71 (4), 122–127.
- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Wateraux, C., & Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of psychiatry*, 151(10), 1409-1416.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter Jr, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia bulletin*, 10(3), 388-398.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- James, A. (1998). Stigma of mental illness: Foreword. *The Lancet*, 352(9133), 1047-1047.
- Jones, M. T., Deckler, E., Lurrari, C., Jarskog, L. F., Penn, D. L., Pinkham, A. E., & Harvey, P. D. (2020). Confidence, performance, and accuracy of self-assessment of social cognition: a comparison of schizophrenia patients and healthy controls. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100133.
- Joyal, C. C., Dubreucq, J. L., Gendron, C., & Millaud, F. (2007). Major mental disorders and violence: a critical update. *Current psychiatry reviews*, 3(1), 33-50.
- Kahn, R., Sommer, I., Murray, R.M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D., Cannon, T., O'Donovan, M., Correll, C.U., Kan, J.M., van Os, J., Insel, T., 2015. Schizophrenia. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 12 (1).

- Kanas, N. (1996). Group therapy for schizophrenic patients. Washington: Clinical Practice Series.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *13*(2), 261-276.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W., & Moffitt, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular psychiatry*, *11*(10), 903-913.
- Knauss, D., Ridenour, J., Hamm, J.A., 2018. Emerging psychotherapies for psychosis. *J. Psychiatr. Pract.* *24* (5), 348–353.
- Kurtz, M. M. (2015). *Schizophrenia and its treatment: Where is the progress?*. Oxford University Press.
- Kurtz, M. M., Mueser, K. T., Thime, W. R., Corbera, S., & Wexler, B. E. (2015). Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *162*(1-3), 35-41.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159-174.
- Långström, N., Grann, M., Tengström, A., Woodhouse, A., Lindholm, N., & Kullgren, G. (1999). Extracting data in file-based forensic psychiatric research: Some methodological considerations. *Nordic Journal of Psychiatry*, *53*(1), 61-67.
- Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J., & Lysaker, P. H. (2017). Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *17*(11), 1117-1130.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia bulletin*, *12*(4), 631-647.

Liberman, R. P. (1987). *Social and Independent Living Skills: Recreation for Leisure Module, Trainer's Manual*. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA.

Liberman, R. P. (1988). *Social and Independent Living Skills: Symptom Management Module*. Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation.

Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia bulletin*, 36(2), 331-340.

Lysaker, P. H., Buck, B., & Lysaker, J. T. (2012). Schizophrenia and alterations in the experience of self and agency: Comparisons of dialogical and phenomenological views. *Theory & Psychology*, 22(6), 738-755.

Lysaker, P. H., & Klion, R. E. (2017). *Recovery, meaning-making, and severe mental illness: A comprehensive guide to metacognitive reflection and insight therapy*. Routledge.

Lysaker, P. H., Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Pattison, M. L., & Leonhardt, B. L. (2018). Promoting recovery from severe mental illness: implications from research on metacognition and metacognitive reflection and insight therapy. *World Journal of Psychiatry*, 8(1), 1.

Lysaker, P. H., Zalzal, A. B., Ladegaard, N., Buck, B., Leonhardt, B. L., & Hamm, J. A. (2019). A disorder by any other name: metacognition, schizophrenia, and diagnostic practice. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(1), 26-47.

Lysaker, P. H., Keane, J. E., Culleton, S. P., & Lundin, N. B. (2020). Schizophrenia, recovery and the self: An introduction to the special issue on metacognition. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100167.

Luther, L., Bonfils, K. A., Fischer, M. W., Johnson-Kwochka, A. V., & Salyers, M. P. (2020). Metacognition moderates the relationship between self-reported and clinician-rated motivation in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100140.

MANNA, A. (2006). L'imputabilità tra prevenzione generale e principio di colpevolezza.

- McCarthy-Jones, S., Marriott, M., Knowles, R., Rowse, G., & Thompson, A. R. (2013). What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis*, 5(1), 1-16.
- Menon, M., Balzan, R. P., Harper, K., Kumar, D., Andersen, D., Moritz, S., & Woodward, T. S. (2017). Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) and Metacognitive Training (MCT). *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 11(3), 156-163.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current opinion in psychiatry*, 20(6), 619-625.
- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., ... & Woodward, T. S. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 151-157.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., ... & Andreou, C. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 151(1-3), 61-69.
- 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(4), 358-366.
- Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition—what did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*, 201, 20-26.
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *The Lancet*, 355(9204), 614-617.
- Mullen, P. E. (2006). Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(4), 239-248.

Nelson, B., Parnas, J., & Sass, L. A. (2014). Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: clarification and current status.

Perkins DO, Miller-Andersen L, Lieberman JA. Natural history and predictors of clinical course. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2006

Ponti, G., & Merzagora, I. (1993). *Psichiatria e giustizia*. Cortina.

Preti, A., Picardi, A., Fioritti, A., Cappiello, V., Santone, G., de Girolamo, G., & for the PROGRES group. (2008). A comparison between former forensic and non-forensic patients living in psychiatric residential facilities: A national survey in Italy. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(1), 108-126.

Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J., Reichenberg, A., Phiphophatsanee, N., Amir, T., Thoo, H.Y., Oliver, D., Davies, C., Morgan, C., McGuire, P., Murray, R.M.,

Räsänen, P., Tähönen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J., & Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 437-441.

Rispaud, S. G., Rose, J., & Kurtz, M. M. (2016). The relationship between change in cognition and change in functional ability in schizophrenia during cognitive and psychosocial rehabilitation. *Psychiatry Research*, 244, 145-150.

Roder, V., Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophrenia bulletin*, 37(suppl_2), S71-S79.

Roe, D., 2001. Exploring the relationship between the person and the disorder among individuals hospitalized for psychosis. *Psychiatr* 62, 372–380.

Sass, L.A., Borda, J.P., Madeira, L., Pienkos, E., Nelson, B., 2018. Varieties of self-disorder: a bio-pheno-social model of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 44 (4), 720–727.

SÖĞÜTLÜ, L., ÖZEN, Ş., VARLIK, C., & GÜLER, A. (2017). Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2).

Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., ... & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 393-401.

Svensson, A. C., Lichtenstein, P., Sandin, S., & Hultman, C. M. (2007). Fertility of first-degree relatives of patients with schizophrenia: a three generation perspective. *Schizophrenia research*, 91(1-3), 238-245.

Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*, 41(7), 761-770.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., ... & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 490-499.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Volavka, J., Monahan, J., Stroup, T. S., ... & Lieberman, J. A. (2008). Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 193(1), 37-43.

Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 840-845.

Ventura, J., Reise, S. P., Keefe, R. S., Baade, L. E., Gold, J. M., Green, M. F., ... & Bilder, R. M. (2010). The Cognitive Assessment Interview (CAI): development and validation of an empirically derived, brief interview-based measure of cognition. *Schizophrenia research*, 121(1-3), 24-31.

Wright, A. C., Mueser, K. T., McGurk, S. R., Fowler, D., & Greenwood, K. E. (2020). Cognitive and metacognitive factors predict engagement in employment in individuals with first episode psychosis. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100141.

Yalom, I. D., & Crouch, E. C. (1990). The theory and practice of group psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 157(2), 304-306.

Yanos, P. T., Lysaker, P. H., Silverstein, S. M., Vayshenker, B., Gonzales, L., West, M. L., & Roe, D. (2019). A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(11), 1363-1378.

Yildiz, M., Veznedaroglu, B., Eryavuz, A., & Kayahan, B. (2004). Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 8(4), 219-225.

Yıldız, M. (2011). Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi eğitici elkitabı. *İkinci baskı, Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları*.

Yildiz, M., Özaslan, Z., Incedere, A., Kircali, A., Kiras, F., & İpçi, K. (2019). The effect of psychosocial skills training and metacognitive training on social and cognitive functioning in schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry*, 56(2), 139.

Sitografia

<https://www.diritto.it/le-turbe-mentali-nel-diritto-penale-italiano/>