



# Consapevolezza e gestione riabilitativa

## **Umberto Bivona**

**Dirigente Psicologo di I Livello - Psicoterapeuta**

**Servizio di Psicologia Clinica**

*Fondazione Santa Lucia*

**Docente a contratto – Ab.ne Professore Associato (11/E1-E4)**

*LUMSA Università*

*Università Tor Vergata*

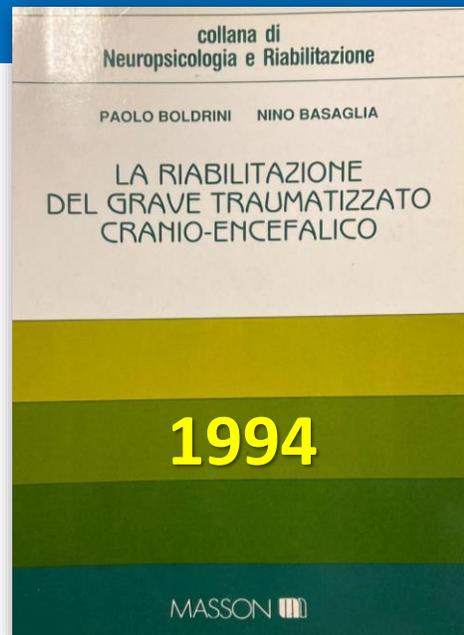
*Sapienza Università*

**Past-President GIRN (Gruppo Interprofessionale di Riabilitazione in Neuropsicologia)**



Perché parlare di  
**consapevolezza**  
(e di anosognosia?)

---



**Anosognosia: cit. 0!**  
**Consapevolezza di sé: cit. 0!**



**Anosognosia:**

- ✓ **capitoli/paragrafi dedicati: 0**
- ✓ **voci nell'indice analitico: 1** (non trovata nel testo)

**Consapevolezza di sé:**

- ✓ **8 righe** (in rif. al **paziente frontale**, intesa come «**incapacità di continuità nella programmazione e nell'azione**»)
- ✓ **nessun cenno all'ISA**

---

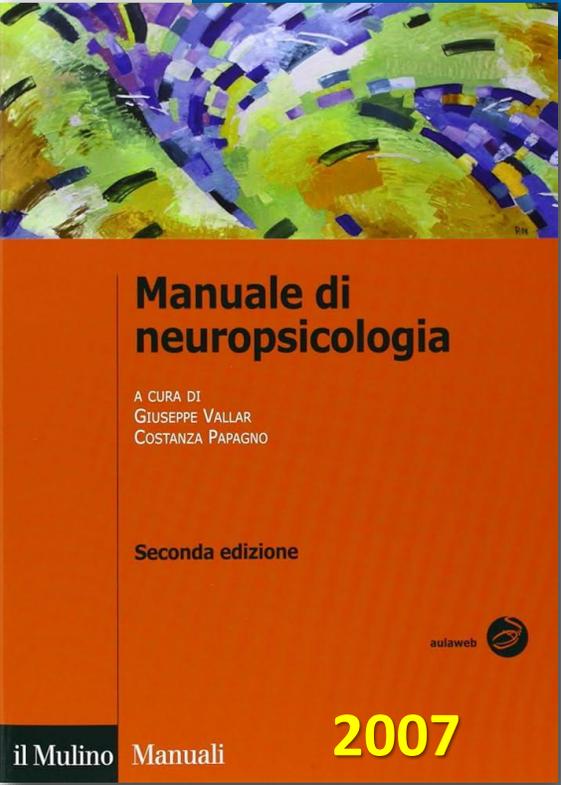


## **Anosognosia:**

- ✓ voci nell'**indice analitico: 5**
- ✓ **1 paragrafo** dal titolo «**Eminattenzione e anosognosia**» (9 righe)
- ✓ **1 sotto-paragrafo** nel paragrafo della **sindrome frontale**
- ✓ **1 sotto-paragrafo** sul **trattamento** (1 pagina)

Cit. di **Crosson e coll. (1989): 0!**

---



## Manuale di neuropsicologia

A CURA DI  
GIUSEPPE VALLAR  
COSTANZA PAPAGNO

Seconda edizione

aulaweb 

2007

il Mulino Manuali

### Anosognosia:

- ✓ **1 capitolo dedicato**
- ✓ **Diverse voci nell'indice analitico**
  
- ✓ **Cit. di Crosson e coll. (1989): 0**
- ✓ **Cit. di Toglia e Kirk (2000): 0**

# La riabilitazione neuropsicologica

QUARTA EDIZIONE

2020

## Anosognosia:

- ✓ **paragrafi/capitoli** dedicati: **0**
  - ✓ voci nell'**indice analitico**: **9**
  - ✓ **2 voci** in rif. al **Neglect**
  - ✓ **1 voce** in rif. ai **Disturbi Comportamentali** (cit. spot in tabella)
  - ✓ **2 voci spot** in rif. ai **disturbi dell'affettività e di ansia** e alla **valutazione**
  - ✓ **3 voci spot** nel paragrafo sulla **Riabilitazione del TCE**
  - ✓ **1 voce spot** nell'ambito dell'**amnesia**
  - ✓ **1 sottoparagrafo** all'interno del paragrafo sulla **riabilitazione delle Funzioni Esecutive**, dedicato alla «**rieducazione della consapevolezza di sé**» (in cui si parla del **Modello di Crosson**, **peraltro con un errore rispetto ai primi due livelli**)
- 
- ✓ Cit. di **Crosson e coll.**: **sì**
  - ✓ Cit. di **Toglia e Kirk**: **0** (Modello pubblicato 20 anni prima!)
-



## Anosognosia:

- ✓ **1 sottoparagrafo**
- ✓ voci nell'indice analitico: **8**
  
- ✓ Cit. di **Crosson e coll.:** **0**
- ✓ Cit. di **Toglia e Kirk:** **0**



e dunque...  
perché parlare di  
**consapevolezza**  
(e di anosognosia?)

---

## Frequenza dei deficit di consapevolezza

Un numero significativo di **soggetti con grave danno cerebrale, dal 45% al 97%**, presenta disturbi di consapevolezza.

*Sherer et al. 1998; Anderson & Tranel, 1989*

NB: I deficit di consapevolezza **non** si riscontrano, invece, così frequentemente in caso di **danno lieve o moderato.**

*Prigatano, 2003*

---

## Frequenza dei deficit di consapevolezza

La prevalenza di tali deficit varia, ma **almeno il 30%** di soggetti con **grave TCE** mostra residui disturbi **mesi** - se non **anni** - dopo l'insorgenza del danno.

*Prigatano & Altman, 1990*

In alcuni casi il **danno è permanente**.

*Prigatano, 1999*

---

## Il costrutto di consapevolezza

- ✓ **è difficile da individuare e definire**

È soggetto a molteplici interpretazioni (es., anosognosia vs **diniego**, o **coscienza** vs **consapevolezza**).

- ✓ **è difficile da comprendere**

A livello **semantico** (del significato);

A livello **operazionale** (concetti osservabili e ripetibili).

---

# Consapevolezza di malattia...

- ✓ Un processo attraverso cui un individuo è capace di **valutare le proprie risposte comportamentali** (fisiche, somatiche, cognitive e affettive), **in accordo con una valutazione oggettiva standard** (solitamente da parte di chi conosce bene il soggetto)

*Bach e David, 2006*

- ✓ La capacità di **percepire il sé in termini relativamente oggettivi** mentre si mantiene un senso di **soggettività**

*Prigatano e Schachter, 1991*

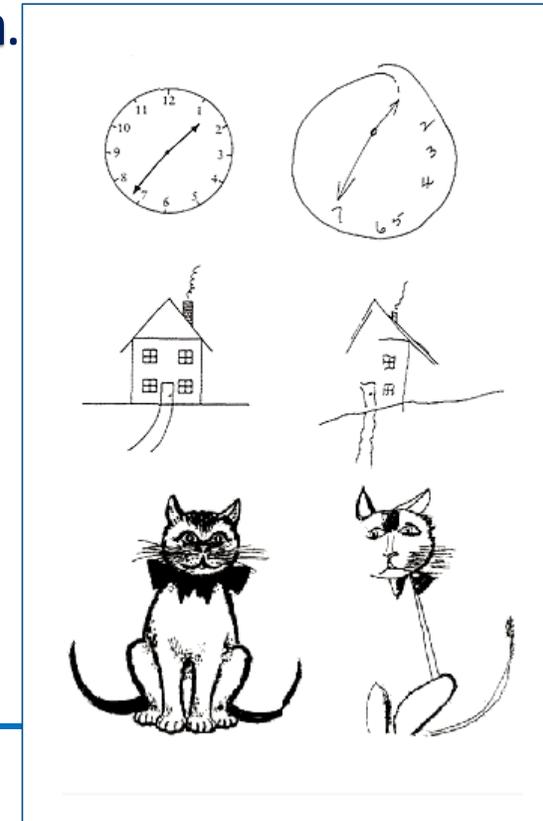


**...o CONSAPEVOLEZZE a diversi livelli...?!**

# Il deficit di consapevolezza: Anosognosia o «Impaired self-awareness (ISA)»

L'**anosognosia** è una grave forma di agnosia; la persona **dimentica** del tutto che **una parte deficitaria del corpo sia mai esistita**.

La sindrome classica deriva da un grave danno del lobo **parietale destro**, che lascia il paziente **confuso** e **inconsapevole** di aver mai posseduto le parti **dell'emi-soma sinistro**, così come rimane inconsapevole e ignaro **dell'ambiente attorno allo stesso emi-soma** (Bisiach et al., 1986).



# Definizioni di Anosognosia/Impairment of Self-Awareness (ISA)

- ✓ Il deficit di consapevolezza è un **disturbo neuropsicologico** che consiste nell'**incapacità** del paziente di **riconoscere e riferire di avere problemi** neurologici e/o neuropsicologici.

*Prigatano et al., 1991*

- ✓ Incapacità del paziente di **riconoscere le difficoltà causate** dall'alterato funzionamento cerebrale.

*Crosson, 1989*



**...o ANOSOGNOSIE a diversi livelli?**

**Uno sguardo alla scala LCF per capire  
il rapporto tra  
*coscienza e consapevolezza***

---

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

Permette di **inquadrare** un paziente in un determinato livello **(da 1 a 10)** rispetto al **funzionamento cognitivo-comportamentale** osservato, dall'insorgenza del **coma** sino alla fase di **stabilizzazione degli esiti**.



a) **non tutti i pazienti** percorrono necessariamente **tutte le fasi**;

b) possono essere contemporaneamente presenti alcune **caratteristiche prevalenti di un livello**, insieme ad **altre appartenenti a livelli diversi**.

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

Punteggio	Significato	Livello di assistenza richiesto
1	Nessuna risposta	Assistenza <b>totale</b>
2	Risposta <b>generalizzata</b>	Assistenza <b>totale</b>
3	Risposta <b>localizzata</b>	Assistenza <b>totale</b>
4	Paziente <b>confuso-agitato</b>	Assistenza <b>massima</b>
5	Paziente <b>confuso-inappropriato</b>	Assistenza <b>massima</b>
6	Paziente <b>confuso-appropriato</b>	Assistenza <b>moderata</b>
7	Paziente <b>automatico-appropriato</b>	Assistenza <b>minima per le ADL</b>
8	Paziente <b>finalizzato-appropriato</b>	<b>Supervisione</b>
9	Paziente <b>finalizzato-appropriato</b>	<b>Supervisione su richiesta</b>
10	Paziente <b>finalizzato-appropriato</b>	<b>Paziente indipendente, con strategie di compenso</b>

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

## LCF-R 2: RISPOSTA GENERALIZZATA: ASSISTENZA TOTALE

Paziente in SV, che può già accedere alle strutture di riabilitazione

- ❑ Il paziente risponde agli **stimoli esterni** attraverso **modificazioni fisiologiche generalizzate, movimenti** del corpo grossolani e aspecifici e/o **vocalizzazioni** non finalizzate.
- ❑ Tali risposte possono essere uguali, **indipendentemente dallo stimolo presentato** e dalla **localizzazione** della stimolazione.
- ❑ ...

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

## LCF-R 3: RISPOSTA LOCALIZZATA: ASSISTENZA TOTALE

Paziente in SMC, che può già accedere alle strutture di riabilitazione

- Il paziente reagisce a **stimoli uditivi**, **ruotando il capo** verso lo stimolo o dalla parte opposta.
- Insegue con gli occhi** oggetti in movimento che attraversano il campo visivo.
- Risponde **ad ordini semplici**, ma **in modo discontinuo**.
- Le risposte sono **direttamente legate al tipo** di stimolo.
- Può mostrare **differenza nelle risposte**, rispondendo ad alcune persone (specie **familiari e amici**) ma non ad altre.
- ...

## Limite superiore SMC

### Recupero dei movimenti più complessi

- ✓ esecuzione di ordini semplici
- ✓ risposte verbali intelligibili o
  - ✓ risposte verbali sì/no o gestuali

SMC +

SMC -

### Recupero dei movimenti non riflessi

- ✓ localizzazione di stimoli nocicettivi
- ✓ movimenti oculari in risposta a stimoli in movimento
- ✓ emozioni o movimenti appropriati in relazioni ad importanti stimoli ambientali
  - Episodi di **pianto**, **sorriso**, in risposta a stimoli esterni
  - **Vocalizzazioni** o **gesti** in risposta a domande esterne
  - “**Reaching**” e **manipolazione di oggetti**
  - **Inseguimento con lo sguardo** o **fissazione di stimoli esterni**

SV

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

## LCF-R 4: CONFUSO-AGITATO: ASSISTENZA MASSIMA

Paziente confuso e agitato, difficile da gestire in reparto

- Il paziente è **vigile** ed in **stato di iperattività**.
- Può eseguire **attività motorie automatiche**, ad es. sedersi, camminare, prendere qualcosa, ma non in modo intenzionale o su richiesta.
- Il paziente **non** ha capacità di **memoria a breve termine**.
- Può **piangere** o **gridare** in modo sproporzionato rispetto agli stimoli, anche quando questi vengono rimossi.
- Può manifestare **comportamenti aggressivi** o di **fuga**.
- Non** è in grado di **cooperare** nei trattamenti.
- ...

# Agitazione post-traumatica

- ❑ È caratterizzata da **eccessi comportamentali**, che includono una combinazione di **aggressività, acatisia, disinibizione e disturbi emozionali**.
- ❑ L'AGITAZIONE POST-TRAUMATICA è un **fattore prognostico sfavorevole** per l'out-come finale (Formisano, 2005).
- ❑ L'AGITAZIONE POST-TRAUMATICA dura da 1 a 14 gg (Levy, 2005), ma in molti casi dura più a lungo (Bellus,1996), può essere **resistente al trattamento farmacologico** (Brooke,1992) e può essere un **reale ostacolo per la riabilitazione** e la **gestione infermieristica**.
- ❑ L'incidenza dopo TCE dell'AGITAZIONE POST-TRAUMATICA varia **dal 33% al 50%** (Sandel, 1996).

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

## LCF-R 5: CONFUSO-INAPPROPRIATO: ASSISTENZA MASSIMA

Paziente ancora confuso, ma non agitato e dunque più facilmente gestibile

- ❑ **Vigile, non irrequieto**, ma potrebbe **girovagare** per il reparto senza meta o con la vaga intenzione di andare a casa.
- ❑ E' **disorientato** rispetto al tempo, al luogo e alla persona.
- ❑ La **memoria** è **gravemente compromessa**, fa confusione tra passato e presente in relazione alle attività in corso.
- ❑ Spesso è **incapace** di **utilizzare correttamente gli oggetti** se non vi è un aiuto esterno.
- ❑ ...

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

## LCF-R 6: CONFUSO-APPROPRIATO: ASSISTENZA MODERATA

Paziente ancora confuso e scarsamente consapevole dei deficit, con un orientamento tempo/luogo/persona ancora fluttuante. Ancora in APT. Iniziali capacità attentive che permettono di avviare un primo bilancio neuropsicologico attraverso prove standard

- ❑ L'**orientamento** rispetto al tempo, al luogo e alla persona **non è costante**.
- ❑ La **memoria** per gli avvenimenti del **passato** è **migliore** rispetto a quella per gli eventi **recenti**.
- ❑ Ha una **migliore consapevolezza di sé, dei familiari** e dei **propri bisogni**.

**Permane Amnesia post-traumatica**

# Amnesia Post-Traumatica

Periodo di tempo che intercorre tra il momento del trauma e il momento in cui il paziente dimostra di **saper rievocare episodi verificatesi nelle 24 ore precedenti.**

*Lishman, 1978*

Periodo di tempo, dopo il risveglio dal coma, in cui il paziente è **confuso, amnesico** rispetto agli eventi che accadono quotidianamente e con **possibili disturbi comportamentali.**

*Lishman, 1978*

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

## **LCF-R 7: AUTOMATICO-APPROPRIATO: ASSISTENZA MINIMA PER LE ABILITA' QUOTIDIANE**

Paziente **non più confuso** e **più adeguato** in contesti familiari, con disturbi prevalentemente di **attenzione, memoria e funzioni esecutive**, che necessita di minima assistenza in contesti familiari.

# Level of Cognitive Functioning Scale (LCF-R)

## **LCF-R 8: FINALIZZATO-APPROPRIATO: SUPERVISIONE**

Paziente **più adeguato** anche in contesti non familiari, che può avere **disturbi neuropsicologici specifici** per i quali comincia ad utilizzare strategie di compenso

## **LCF-R 9: FINALIZZATO-APPROPRIATO: SUPERVISIONE SU RICHIESTA**

Paziente che ha raggiunto un livello di autonomia cognitivo-comportamentale tale da richiedere **solo una supervisione in situazioni non familiari**

## **LCF-R 10: FINALIZZATO-APPROPRIATO: INDIPENDENTE CON STRATEGIE DI COMPENSO**

Paziente che ha raggiunto la **piena autonomia**, seppur cosciente di alcune caratteristiche diverse rispetto alla fase pre-morbosa

# Iter diagnostico secondo LCF score

## LCF-R $\geq 7$

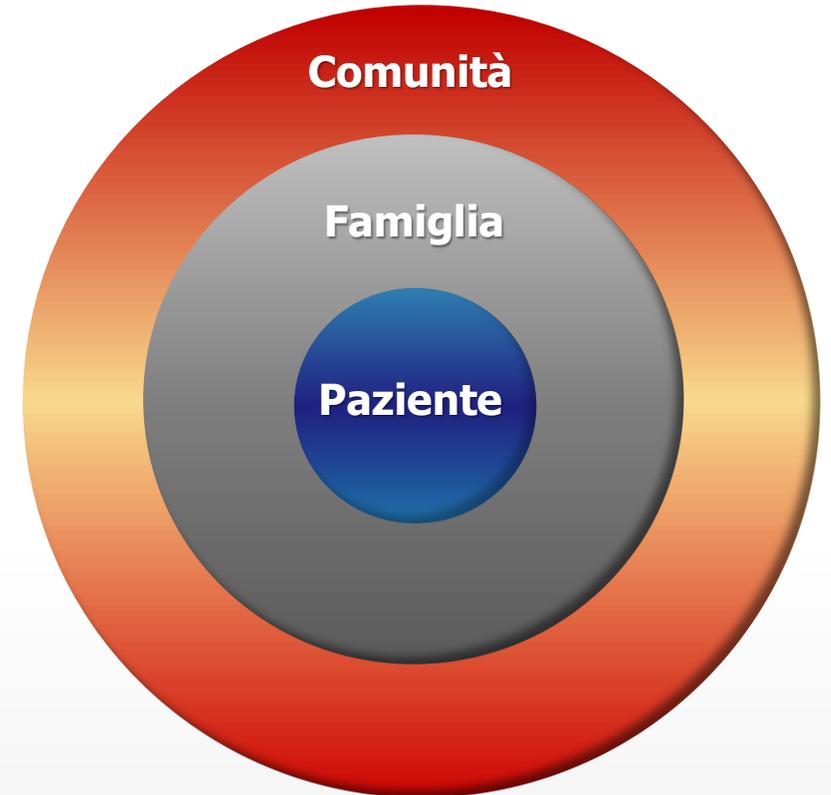
- Disturbi **cognitivi specifici**
- Disturbi **comportamentali specifici**

## LCF-R 4-6

- Stato confusionale - APT**
- disturbi **cognitivo-comportamentali aspecifici**

## LCF-R 2-3

- Livello di **coscienza**

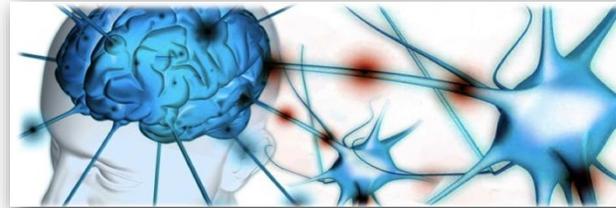


# Tre principali frameworks

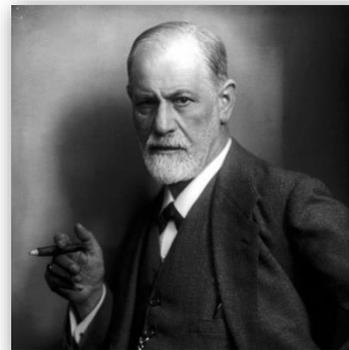
**1. Cognitivo/Neuropsicologico**



**2. Neurofisiologico**



**3. Psicodinamico**



# 1. Il modello COGNITIVO

Il deficit di consapevolezza sarebbe riferibile a un **distinto sistema cognitivo**, o a un sotto-sistema che include l'**attenzione**, la **memoria** o le **funzioni esecutive**.





## Alcuni studi supportano la relazione tra ISA e sistema esecutivo:

- ✓ **Bogod et al., 2003**
  - ✓ **Hart et al., 2005**
  - ✓ **Noé et al., 2005**
  - ✓ **Bivona et al., 2008**
  - ✓ **Ciurli et al., 2010**
  - ✓ **Zimmermann et al., 2018**
-

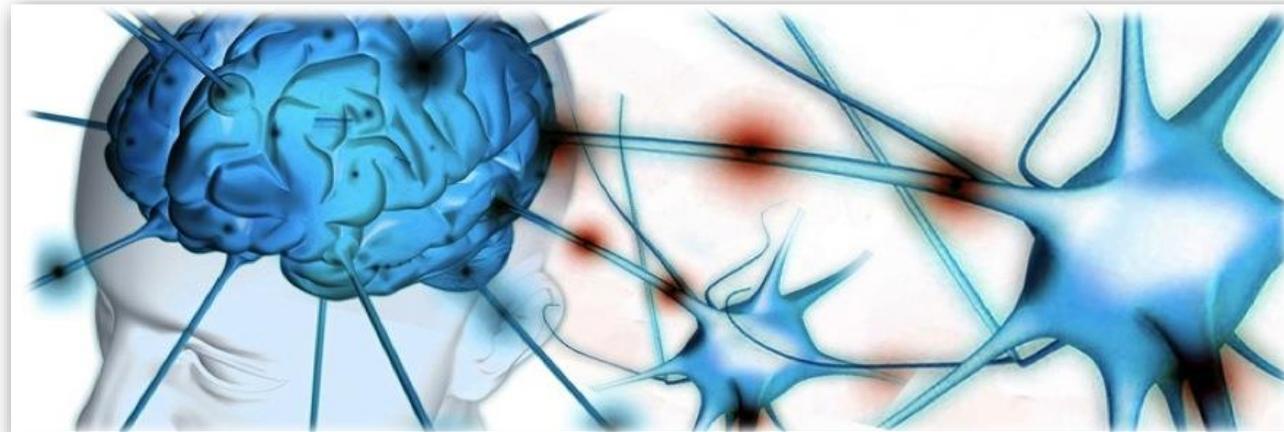
# Altri studi non supportano tale relazione

- ✓ Molti pazienti con scarsa consapevolezza per i propri disturbi comportamentali/sociali, **non** mostrano **deficit esecutivi** (Stuss & Levine, 2002)
- ✓ **Non** sono stati identificati **pattern neuropsicologici specifici** (Lanham et al., 2000; Prigatano et al., 1998; Ranseen et al., 1990)



## 2. Il modello NEUROFISIOLOGICO

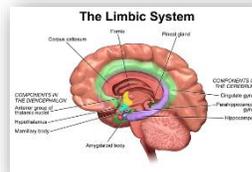
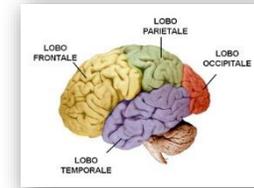
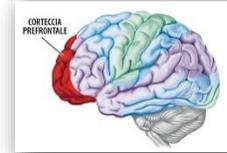
I deficit di consapevolezza sarebbero specifici e relativi al sito della lesione.



## 2. Il modello NEUROFISIOLOGICO

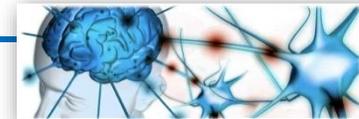
### Sedi lesionali correlate ai disturbi di consapevolezza

- ✓ Lobi **frontali**-corteccia **prefrontale** (Stuss, 1991)
- ✓ **Sommità lobi temporali** (Malec e Moessner, 2000; Ownsworth et al., 2002; Prigatano, 1991; Stuss, 1991)
- ✓ Lesioni unilaterali **emisferiche destre** (Anderson e Tranel, 1989; Sherer et al., 1998)
- ✓ Circuito **cortico-limbico**, area **prefrontale**, area **cingolo posteriore** e **talamo** (Johnson et al., 2002)



È molto difficile ricondurre il deficit di consapevolezza al solo danno neuronale dopo TCE, considerata la presenza di **lesioni diffuse**, associate a **deficit di personalità e neuropsicologici** di vario genere (in primo luogo esecutivi, di memoria e di velocità di elaborazione delle informazioni)

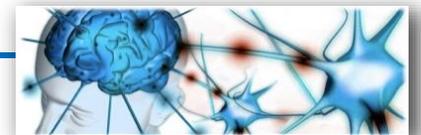
*Prigatano, 2005*



Studi sui correlati neuroanatomici dei deficit di consapevolezza, hanno mostrato che un **alto numero di lesioni** cerebrali, **non specificatamente localizzato**, è associato ad una **maggiore compromissione della consapevolezza**.

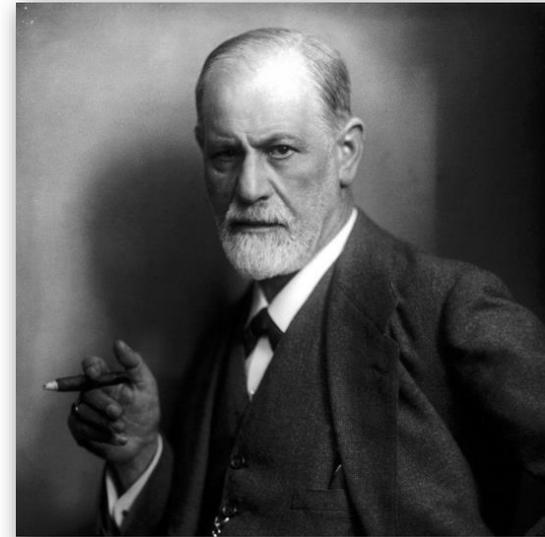
In particolare, **deficit persistenti** di consapevolezza sembrano maggiormente associati a **lesioni bilaterali diffuse**.

*Prigatano e Altman, 1990; Lehathem e coll., 1998; Prigatano, 1999; Sherer e coll., 2005.*



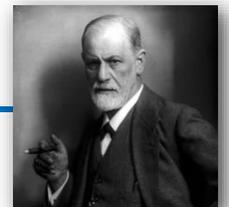
### 3. Il modello PSICODINAMICO

Il deficit di consapevolezza può essere concepito come **meccanismo di difesa**?



Come **meccanismo di difesa** dell'lo, il diniego è un **processo psicologico automatico che protegge** l'individuo dall'ansia e dalla consapevolezza di stressor interni o esterni, o da pericoli.

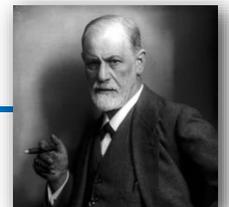
*American Psychiatric Association, 1994, p. 765*



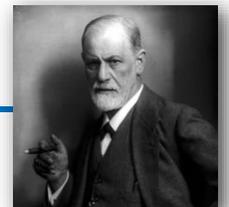
C) «la lesione ha provocato qualche difficoltà nella sua capacità di svolgere le attività della vita quotidiana?»

*pz) «**No, non ho alcun problema** rispetto a prima»*

*cg) «**No, mio figlio non ha alcun problema** rispetto a prima»*



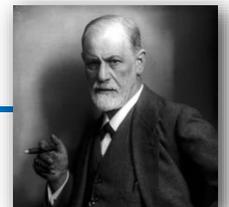
Dopo una danno cerebrale, il diniego sembra essere un **effetto indiretto** della lesione, in quanto riflette il tentativo dell'individuo di **adottare strategie di coping pre-morbose** per **fronteggiare i disturbi che sono solo parzialmente riconosciuti** (in questo senso è considerato un **sintomo positivo**).



La **falsa attribuzione** è un altro **meccanismo di difesa** per cui contenuti rimossi possono **accedere alla coscienza** alla sola **condizione di essere negati**:

*pz) «dimentico le cose, ma **le dimenticavo anche prima!**»*

*cg) «Si. Ha questo problema, ma **ce l'aveva anche prima**»*



## A Clinician's Rating Scale for Evaluating Impaired Self-Awareness and Denial of Disability After Brain Injury\*

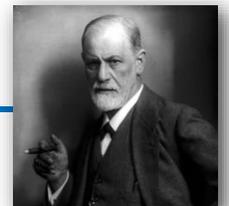
George P. Prigatano<sup>1,2</sup> and Pamela S. Klonoff<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Barrow Neurological Institute, <sup>2</sup>Department of Clinical Neuropsychology, <sup>3</sup>Adult Day Hospital for Neurological Rehabilitation, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ

### ABSTRACT

Disturbances of self-awareness after various brain injuries are difficult to measure. A distinction between impaired self-awareness versus denial of disability following brain injury seems clinically warranted. An experimental rating scale to help clinicians evaluate these two interacting disturbances is presented with interrater reliability data and an initial test of construct validation.

In realtà, secondo Prigatano & Klonoff bisogna distinguere il **deficit di consapevolezza** (deficit neuro-psicologico e dunque **sintomo negativo**) dal **diniego** (strategia psicologica di *coping*, avente funzione adattiva e dunque **sintomo positivo**).



## A Clinician's Rating Scale for Evaluating Impaired Self-Awareness and Denial of Disability After Brain Injury\*

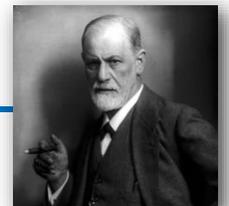
George P. Prigatano<sup>1,2</sup> and Pamela S. Klonoff<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Barrow Neurological Institute, <sup>2</sup>Department of Clinical Neuropsychology, <sup>3</sup>Adult Day Hospital for Neurological Rehabilitation, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ

### ABSTRACT

Disturbances of self-awareness after various brain injuries are difficult to measure. A distinction between impaired self-awareness versus denial of disability following brain injury seems clinically warranted. An experimental rating scale to help clinicians evaluate these two interacting disturbances is presented with interrater reliability data and an initial test of construct validation.

**La distinzione** tra deficit di consapevolezza e diniego è, comunque, **spesso artificiosa** (si può ipotizzare la **coesistenza di entrambi i fenomeni**).



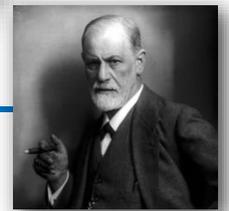
## Come distinguere il diniego dall'anosognosia?

### Anosognosia

1. **assenza di informazioni** sul sé
2. **perplexità cognitiva di fronte al feedback** rispetto alle difficoltà cognitive e comportamentali
3. **prudenza o indifferenza** quando gli viene chiesto di lavorare con le nuove informazioni su di sé
4. spesso in associazione con **apatia-anosodiaforia**

### Diniego

1. **conoscenza parziale o implicita** sul sé
2. **resistenza, se non rabbia, di fronte al feedback**
3. **resistenza attiva** alla richiesta di lavorare su di sé
4. spesso in associazione con **depressione o rabbia**

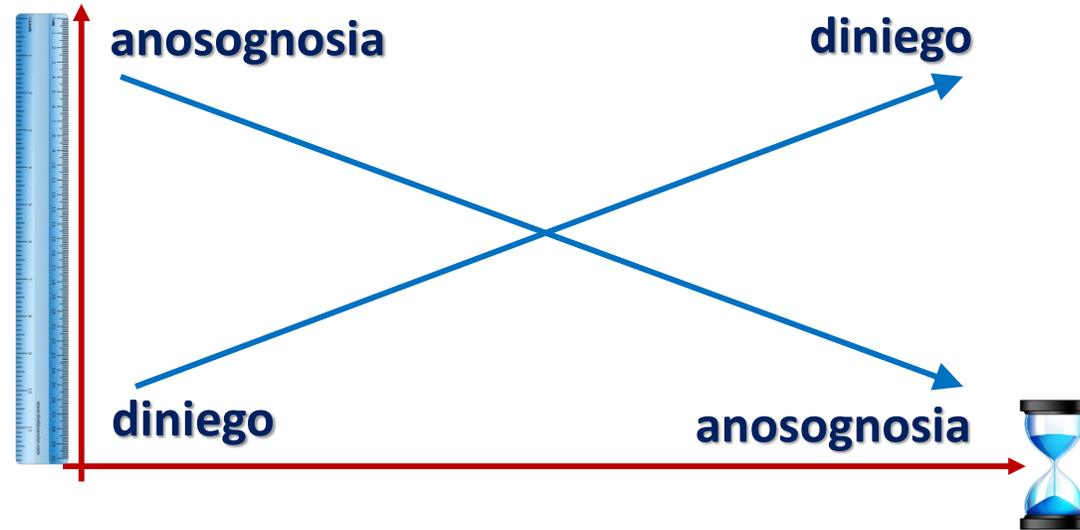


**Ragioniamo insieme sull'associazione tra rabbia e diniego...**





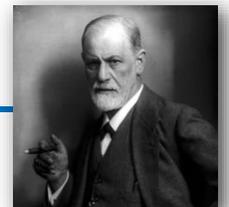
## Come variano nel tempo?



**Diniego** e **anosognosia** sono **variabili continue**, che possono interagire in un individuo in modo diverso nel tempo:

- *nella fase iniziale*: prevale l'*anosognosia*;
- *nelle fasi più tardive*: possono prevalere le *reazioni emotive e comportamentali* che suggeriscono la possibilità del *diniego*.

*Prigatano & klonoff (1998)*



# In merito ai correlati emotivi della scarsa consapevolezza...

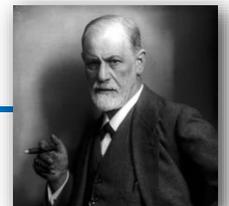
BRAIN INJURY  
<https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1641225>



## Depression, apathy and impaired self-awareness following severe traumatic brain injury: a preliminary investigation

U. Bivona <sup>a</sup>, A. Costa <sup>b</sup>, M. Contrada <sup>a</sup>, D. Silvestro<sup>a</sup>, E. Azicnuda<sup>a</sup>, M. Aloisi<sup>a</sup>, G. Catania<sup>a</sup>, P. Ciurli <sup>a</sup>,  
C. Guariglia <sup>a,b,c</sup>, C. Caltagirone <sup>a,b,c,d</sup>, R. Formisano<sup>a</sup>, and G.P. Prigatano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>IRCCS, Santa Lucia Foundation, Rome, Italy; <sup>b</sup>Unicusano University, Rome, Italy; <sup>c</sup>Sapienza University, Rome, Italy; <sup>d</sup>Tor Vergata University, Rome, Italy; <sup>e</sup>Department of Clinical Neuropsychology, Barrow Neurological Institute, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ, USA



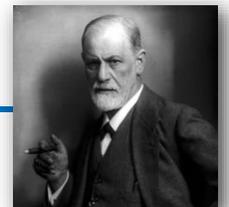
## Depression, apathy and impaired self-awareness following severe traumatic brain injury: a preliminary investigation

U. Bivona <sup>a</sup>, A. Costa <sup>b</sup>, M. Contrada <sup>a</sup>, D. Silvestro<sup>a</sup>, E. Azicnuda<sup>a</sup>, M. Aloisi<sup>a</sup>, G. Catania<sup>a</sup>, P. Ciurli <sup>a</sup>,  
C. Guariglia <sup>a,b,c</sup>, C. Caltagirone <sup>a,b,c,d</sup>, R. Formisano<sup>a</sup>, and G.P. Prigatano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>IRCCS, Santa Lucia Foundation, Rome, Italy; <sup>b</sup>Unicusano University, Rome, Italy; <sup>c</sup>Sapienza University, Rome, Italy; <sup>d</sup>Tor Vergata University, Rome, Italy; <sup>e</sup>Department of Clinical Neuropsychology, Barrow Neurological Institute, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ, USA

## *Metodi*

- ✓ **30 pazienti** con gTCE e **30 controlli sani**
- ✓ Misure di **ISA, depressione, ansia, alessitimia**, sintomi **neuropsichiatrici** e **flessibilità cognitiva**



## Depression, apathy and impaired self-awareness following severe traumatic brain injury: a preliminary investigation

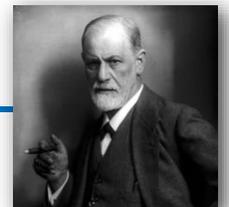
U. Bivona <sup>a</sup>, A. Costa <sup>b</sup>, M. Contrada <sup>a</sup>, D. Silvestro<sup>a</sup>, E. Azicnuda<sup>a</sup>, M. Aloisi<sup>a</sup>, G. Catania<sup>a</sup>, P. Ciurli <sup>a</sup>,  
C. Guariglia <sup>a,b,c</sup>, C. Caltagirone <sup>a,b,c,d</sup>, R. Formisano<sup>a</sup>, and G.P. Prigatano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>IRCCS, Santa Lucia Foundation, Rome, Italy; <sup>b</sup>Unicusano University, Rome, Italy; <sup>c</sup>Sapienza University, Rome, Italy; <sup>d</sup>Tor Vergata University, Rome, Italy; <sup>e</sup>Department of Clinical Neuropsychology, Barrow Neurological Institute, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ, USA



## *Obiettivi*

- ✓ determinare la **frequenza del disturbo di consapevolezza** in pazienti con GCA (TCE) ed i suoi **correlati clinici, neuropsichiatrici e cognitivi**;
- ✓ Valutare la presenza di **depressione** ed **apatia** sulla base del disturbo di consapevolezza.



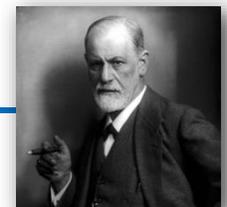
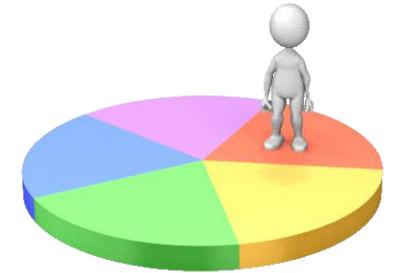
## Depression, apathy and impaired self-awareness following severe traumatic brain injury: a preliminary investigation

U. Bivona <sup>a</sup>, A. Costa <sup>b</sup>, M. Contrada <sup>a</sup>, D. Silvestro<sup>a</sup>, E. Azicnuda<sup>a</sup>, M. Aloisi<sup>a</sup>, G. Catania<sup>a</sup>, P. Ciurli <sup>a</sup>,  
C. Guariglia <sup>a,b,c</sup>, C. Caltagirone <sup>a,b,c,d</sup>, R. Formisano<sup>a</sup>, and G.P. Prigatano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>IRCCS, Santa Lucia Foundation, Rome, Italy; <sup>b</sup>Unicusano University, Rome, Italy; <sup>c</sup>Sapienza University, Rome, Italy; <sup>d</sup>Tor Vergata University, Rome, Italy; <sup>e</sup>Department of Clinical Neuropsychology, Barrow Neurological Institute, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ, USA

## Risultati

- ✓ il **20%** dei pazienti hanno mostrato **grave ISA**, associata a **rigidità cognitiva**;
- ✓ i pazienti con grave ISA, rispetto ai più consapevoli, erano:
  - **meno depressi** e meno **ansiosi**
  - tendevano ad essere **più apatici** ed **alessitimici**



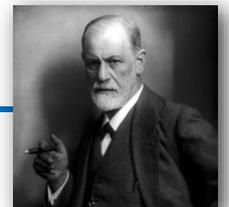
## Depression, apathy and impaired self-awareness following severe traumatic brain injury: a preliminary investigation

U. Bivona <sup>a</sup>, A. Costa <sup>b</sup>, M. Contrada <sup>a</sup>, D. Silvestro<sup>a</sup>, E. Azicnuda<sup>a</sup>, M. Aloisi<sup>a</sup>, G. Catania<sup>a</sup>, P. Ciurli <sup>a</sup>,  
C. Guariglia <sup>a,b,c</sup>, C. Caltagirone <sup>a,b,c,d</sup>, R. Formisano<sup>a</sup>, and G.P. Prigatano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>IRCCS, Santa Lucia Foundation, Rome, Italy; <sup>b</sup>Unicusano University, Rome, Italy; <sup>c</sup>Sapienza University, Rome, Italy; <sup>d</sup>Tor Vergata University, Rome, Italy; <sup>e</sup>Department of Clinical Neuropsychology, Barrow Neurological Institute, St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ, USA

## *Conclusioni*

- ✓ lo studio supporta l'ipotesi di una **stretta associazione tra ISA ed apatia e rigidità cognitiva**, piuttosto che con **depressione ed ansia**



Da un punto di vista anatomico-lesionale

✓ il **diniego** sarebbe correlato a

**lesioni sotto-corticali**

(**talamo e cingolo**)

✓ Il **deficit di consapevolezza**

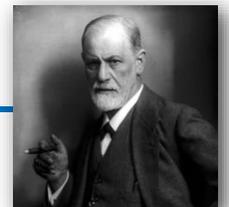
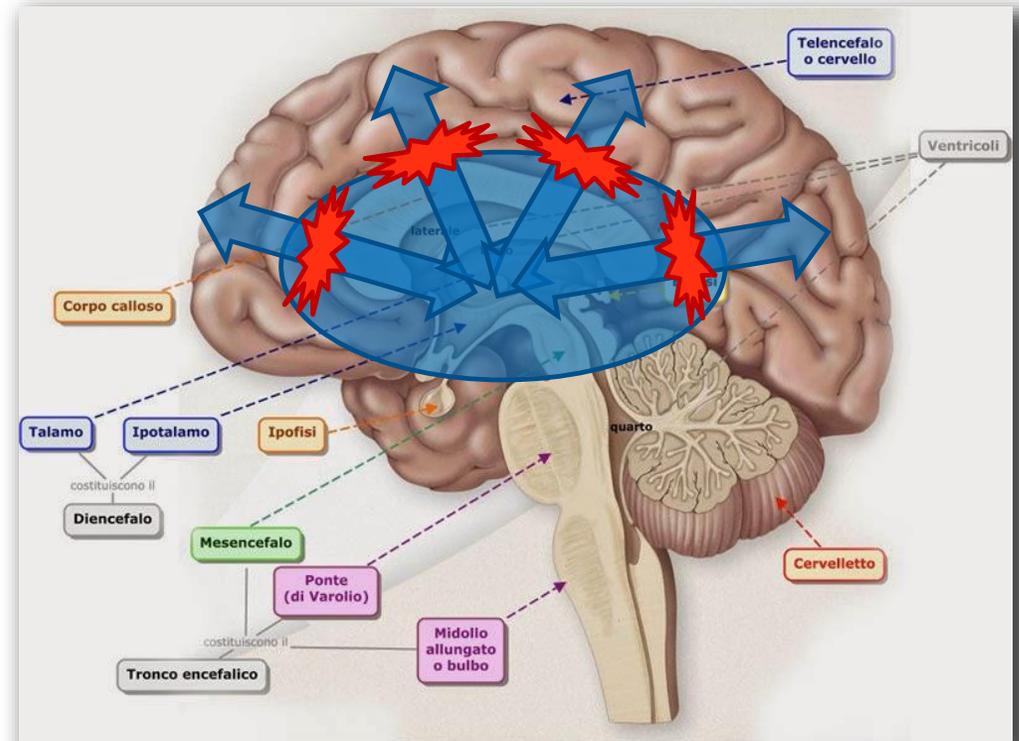
sarebbe invece correlato a

lesioni sia **profonde**, sia di

**connessioni cingolo-corticali.**

Può quindi essere concepito come il risultato di una **interruzione tra pensiero ed**

**emozioni**



## Un problema sul problema...

L'anosodiaforia è una condizione in cui una persona, **pur consapevole** di avere una disabilità motoria, cognitiva o psico-comportamentale a seguito di una lesione cerebrale, sembra **indifferente** e/o **non riconosce l'impatto emotivo** di tali difficoltà.



*Prigatano et al., 1991*

---



**Quali implicazioni**  
ha il deficit di consapevolezza  
nei pazienti con grave danno  
cerebrale?

- ✓ Scarsa **motivazione**
  - ✓ **Scarsa attitudine al cambiamento**
  - ✓ Scarsa **compliance** - Ostilità nei confronti della terapia - e **maggiore durata del ricovero**
  - ✓ **Aumento del distress** (disagio relazionale tra paziente e terapeuta)
  - ✓ Messa in atto di **strategie compensatorie inefficaci**
  - ✓ **Rischio di insuccesso** della terapia riabilitativa
-

OXFORD  
UNIVERSITY PRESS

Archives of Clinical Neuropsychology 00 (2020) 1–10

Archives  
of  
CLINICAL  
NEUROPSYCHOLOGY

## Self-Awareness Moderates the Association Between Executive Dysfunction and Functional Independence After Acquired Brain Injury

Dolores Villalobos<sup>1,2,7</sup>, José M. Caperos<sup>3,4</sup>, Álvaro Bilbao<sup>5</sup>, Umberto Bivona<sup>6</sup>, Rita Formisano<sup>6</sup>,  
Javier Pacios<sup>2,7,\*</sup>

**In pazienti con GCA, l'auto-consapevolezza **modera** la relazione **tra sistema esecutivo e indipendenza funzionale.****

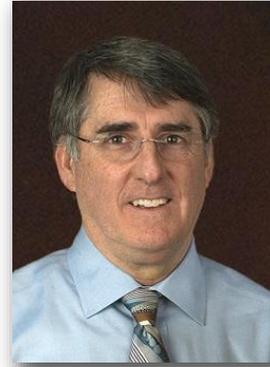
---

- ✓ Messa in atto di **comportamenti pericolosi** (scarsa capacità di valutazione del rischio) **o inefficaci**
  - ✓ Limitato **reinserimento sociale e lavorativo**
  - ✓ **Ripercussioni negative su tutta la Famiglia** (sia **dopo TCE** che nei pazienti con **AD**, i caregivers più stressati sono coloro che assistono i pazienti meno consapevoli)
-

Molti studi dimostrano che i pazienti con TCE **più consapevoli** sono quelli che hanno avuto i **risultati riabilitativi migliori** (Deaton, 1986) e un **miglior reinserimento lavorativo** (Ben-Yishay et al., 1987; Ezrachi et al., 1991).

---

✓ **Crosson et al., 1989**

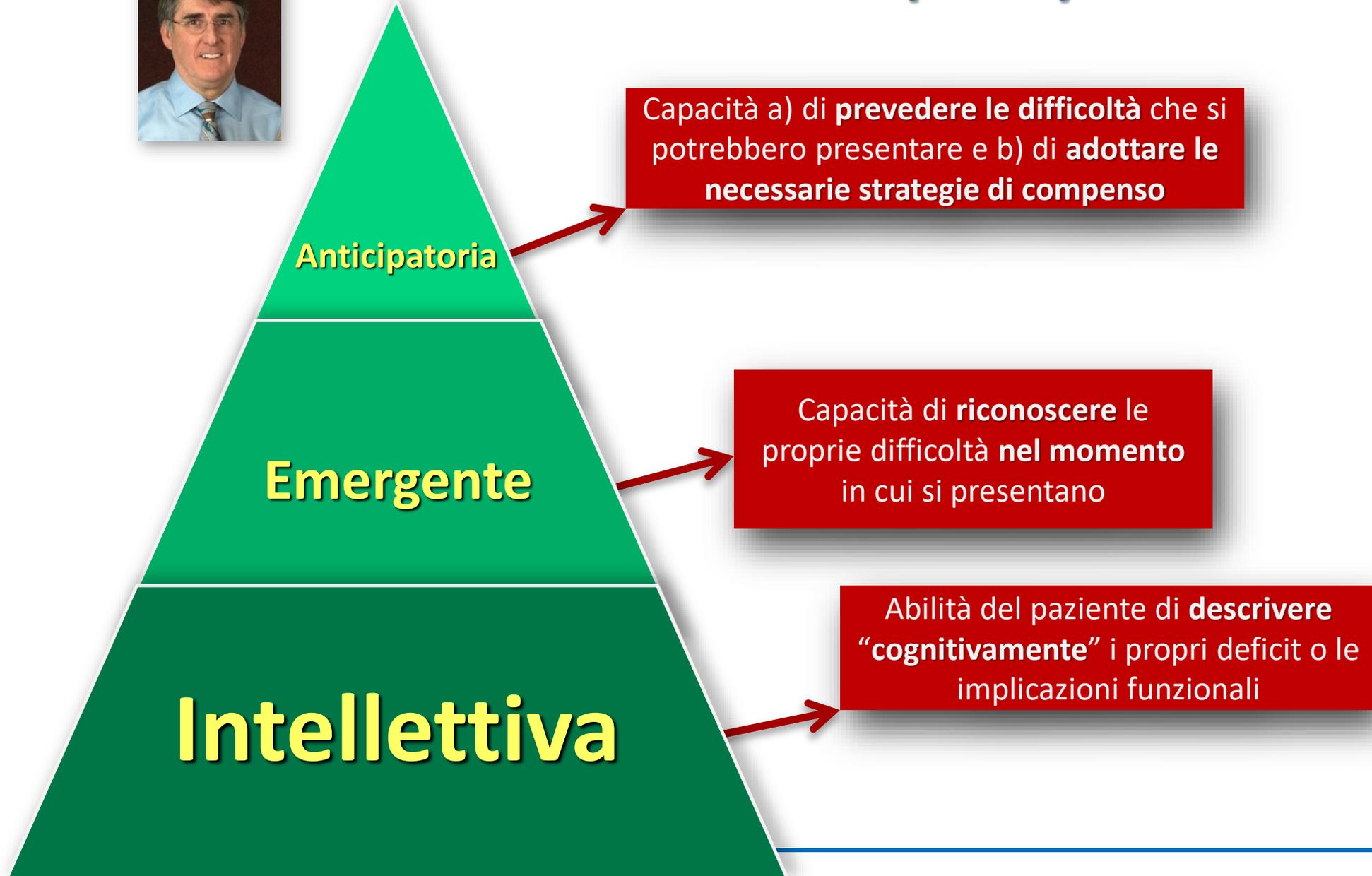


✓ **Toglia e Kirk, 2000**



✓ **Prigatano e Johnson (2003)**





# Il Dynamic Comprehensive Model of Awareness (DCMA) di Toglia e Kirk (2000)



Conoscenza **metacognitiva** (o **dichiarativa**) delle proprie abilità

- ✓ è una conoscenza **offline** che esiste **prima della performance a un compito**
  - ✓ incorpora elementi della **consapevolezza intellettuale** di Crosson
  - ✓ prevede una conoscenza delle **caratteristiche del compito**
  - ✓ Include la conoscenza delle **proprie capacità cognitive**
-



## DCMA

### **Monitoraggio online** della performance durante il compito

- ✓ Si attiva nel contesto di una **situazione o un compito specifici**
  - ✓ Implica un **giudizio sulle proprie abilità e limiti** rispetto alla situazione corrente
  - ✓ Consiste in:
    - 1. auto-monitoraggio**: riconoscimento dell'errore  
(*consapevolezza emergente* del modello di Crosson)
    - 2. valutazione** delle richieste del compito  
(*consapevolezza anticipatoria* di Crosson)
-



## DCMA

### **Benché dinamicamente interrelati...**

1. la **SA DICHIARATIVA**: è relativamente **stabile** e **cambia lentamente** **attraverso esperienze** di difficoltà ripetute e di successi;
  2. il **MONITORAGGIO ONLINE** è **variabile** ed è **fortemente dipendente** da fattori **cognitivi, emotivi**, dalla **personalità** e da altri fattori (caratteristiche del compito in termini di **complessità, familiarità** e **significato; culturali; e contestuali**)
-



## DCMA

**Discrepanze** tra autovalutazione, aspettative e i risultati effettivi delle prestazioni **modificano la SA online**, che a sua volta **aggiorna e ristrutturata** la **consapevolezza metacognitiva** e **conduce ad aggiustamenti delle prestazioni**.



L'**incapacità di aggiornare la consapevolezza metacognitiva** sulla base delle esperienze del compito **riduce l'uso efficace delle strategie** e può **ridurre l'autoefficacia o il senso di controllo** percepito.





## DCMA

Il modello DCMA attinge anche al concetto di **Bandura** di "**padronanza guidata**" (Bandura, 2019) e suggerisce che **il trattamento** dovrebbe essere **basato su domande guidate** ed **esperienze di attività familiari strutturate** per **consentire alla persona di scoprire autonomamente gli errori**.

---



## Il modello di Prigatano e Johnson (2003)

**Vettore 1**



Ciclo sonno-veglia  
(tronco encefalico superiore, ipotalamo posteriore e talamo)

**Vettore 2**



L'emergere dell'auto-consapevolezza  
(o consapevolezza personale)  
(cingolo anteriore e posteriore - strutture limbiche)



Deficit di consapevolezza  
(Zeman, 2001; Prigatano e Johnson, 2003)

**Vettore 3**



La capacità di entrare nel campo fenomenologico  
dell'Altro, e di sentirne l'esperienza (ToM)  
(corteccia eteromodale)

# Il modello di Prigatano e Johnson (2003)

*J Head Trauma Rehabil*

Copyright © 2013 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

## Low Self-Awareness of Individuals With Severe Traumatic Brain Injury Can Lead to Reduced Ability to Take Another Person's Perspective

*Umberto Bivona, PhD; Angela Riccio, PsyD; Paola Ciurli, PsyD;  
Giovanni Augusto Carlesimo, PhD; Valentina Delle Donne, PsyD; Elisa Pizzonia, PsyD;  
Carlo Caltagirone, MD; Rita Formisano, PhD; Alberto Costa, PhD*

---

## Low Self-Awareness of Individuals With Severe Traumatic Brain Injury Can Lead to Reduced Ability to Take Another Person's Perspective

*Umberto Bivona, PhD; Angela Riccio, PsyD; Paola Ciurli, PsyD;  
Giovanni Augusto Carlesimo, PhD; Valentina Delle Donne, PsyD; Elisa Pizzonia, PsyD;  
Carlo Caltagirone, MD; Rita Formisano, PhD; Alberto Costa, PhD*



### Obiettivi dello studio

- ✓ Verificare se la presenza di disturbi di auto-consapevolezza può condurre a difficoltà di Social Cognition in pazienti con TCE
- ✓ ....

## Low Self-Awareness of Individuals With Severe Traumatic Brain Injury Can Lead to Reduced Ability to Take Another Person's Perspective

Umberto Bivona, PhD; Angela Riccio, PsyD; Paola Ciurli, PsyD;  
Giovanni Augusto Carlesimo, PhD; Valentina Delle Donne, PsyD; Elisa Pizzonia, PsyD;  
Carlo Caltagirone, MD; Rita Formisano, PhD; Alberto Costa, PhD

### Metodi

#### *Partecipanti*

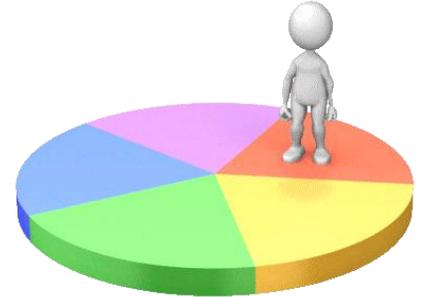
- ✓ 28 pazienti con GCA (TCE grave)
    - 14 pazienti con adeguata auto-consapevolezza
    - 14 pazienti con scarsa auto-consapevolezza
  
  - ✓ 28 controlli sani
-

## Low Self-Awareness of Individuals With Severe Traumatic Brain Injury Can Lead to Reduced Ability to Take Another Person's Perspective

Umberto Bivona, PhD; Angela Riccio, PsyD; Paola Ciurli, PsyD;  
Giovanni Augusto Carlesimo, PhD; Valentina Delle Donne, PsyD; Elisa Pizzonia, PsyD;  
Carlo Caltagirone, MD; Rita Formisano, PhD; Alberto Costa, PhD

### Risultati

- ✓ I pazienti poco consapevoli, rispetto ai più consapevoli:
  - mostravano maggiori difficoltà di ToM
  - avevano una frequenza maggiore di lesioni frontali (7/13 vs 0/12)
  - Avevano peggiori prestazioni al WCST
  - Erano più apatici

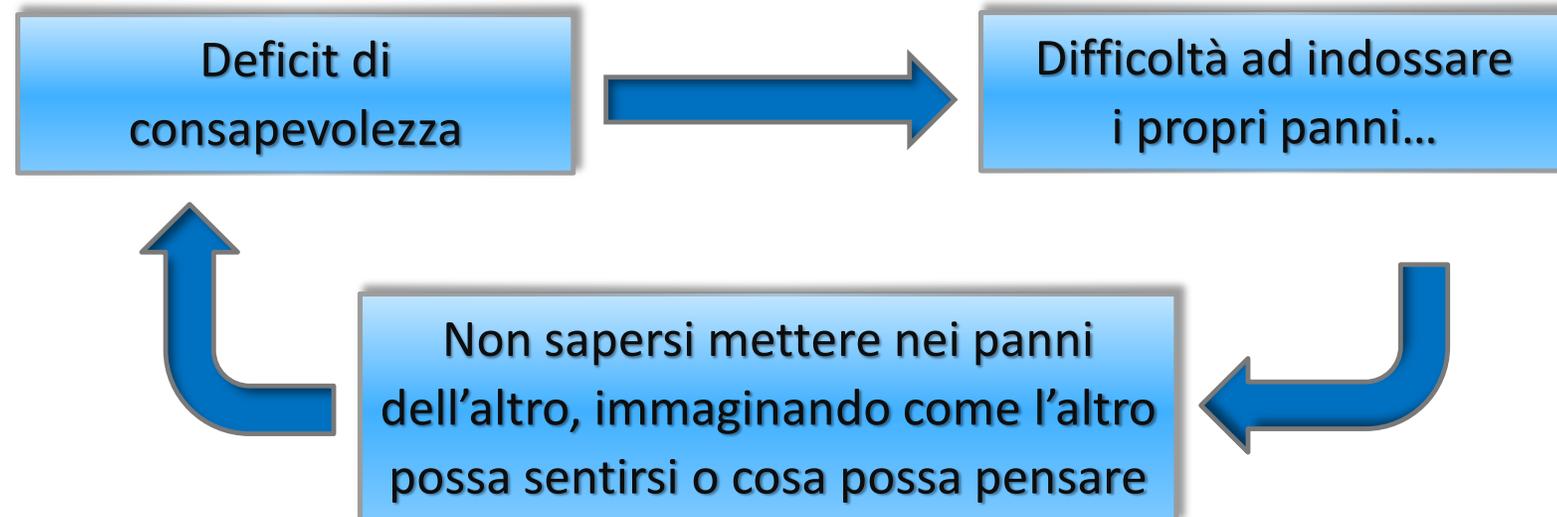


## Low Self-Awareness of Individuals With Severe Traumatic Brain Injury Can Lead to Reduced Ability to Take Another Person's Perspective

Umberto Bivona, PhD; Angela Riccio, PsyD; Paola Ciurli, PsyD;  
Giovanni Augusto Carlesimo, PhD; Valentina Delle Donne, PsyD; Elisa Pizzonia, PsyD;  
Carlo Caltagirone, MD; Rita Formisano, PhD; Alberto Costa, PhD

### Conclusioni

- ✓ Sembra fondamentale che, prima di poter indossare i panni altrui, l'individuo sia in grado di indossare congruamente i propri



COLLANA MEDICO-PSICO-PEDAGOGICA



UMBERTO BIVONA  
ALBERTO COSTA  
(a cura di)



# EMPATIA DANNO CEREBRALE RICOSTRUZIONE DEL SÉ



ARMANDO  
EDITORE

<i>Prefazione</i>	7
CARLO CALTAGIRONE	
<b>PARTE PRIMA: TEORIA E METODOLOGIA DELLA SOCIAL COGNITION, NELL'ADULTO SANO E NEL PAZIENTE CON DANNO CEREBRALE</b>	11
<i>Capitolo primo</i>	
<b>Circuiti cerebrali dell'empatia</b>	13
MASSIMILIANO OLIVERI	
<i>Capitolo secondo</i>	
<b>Il ruolo delle neuroimmagini nello studio dei processi empatici nel paziente neurologico</b>	33
NICOLA CANESSA, STEFANO CAPPA	
<i>Capitolo terzo</i>	
<b>Il trauma cranio-encefalico grave con disordini della coscienza: elementi di neurologia clinica, riabilitazione e farmacoterapia</b>	53
RITA FORMISANO, MARTA ALOISI, MARIANNA CONTRADA	
<i>Capitolo quarto</i>	
<b>Teoria della Mente nel paziente con Grave Cerebrolesione Acquisita: una definizione all'interno della prospettiva delle neuroscienze cognitive</b>	107
ALBERTO COSTA, LUDOVICA MASTRILLI, UMBERTO BIVONA	
<i>Capitolo quinto</i>	
<b>Empatia e Grave Cerebrolesione Acquisita: aspetti metodologici e correlati neuropsicologici</b>	147
ANGELA RICCIO, UMBERTO BIVONA, ALBERTO COSTA	



*PARTE SECONDA: ASPETTI CLINICI E RIABILITATIVI  
DEL DEFICIT DI SOCIAL COGNITION IN SEGUITO  
A GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA* 165

*Capitolo sesto*

**I disturbi dell'empatia nel trauma cranio-encefalico  
grave: aspetti clinici e riabilitativi** 167

MARINA ZETTIN, VALENTINA GALETTO

*Capitolo settimo*

**Neuropsicoterapia per persone con Grave  
Cerebrolesione Acquisita: un'esperienza di gruppo  
relazionale** 205

MARIA PAOLA CIURLI, ROBERTA MASSICCI

*Capitolo ottavo*

**L'esperienza clinica nel setting riabilitativo del paziente** 243

GIULIA FERRI, CRISTIANA LUCARELLI

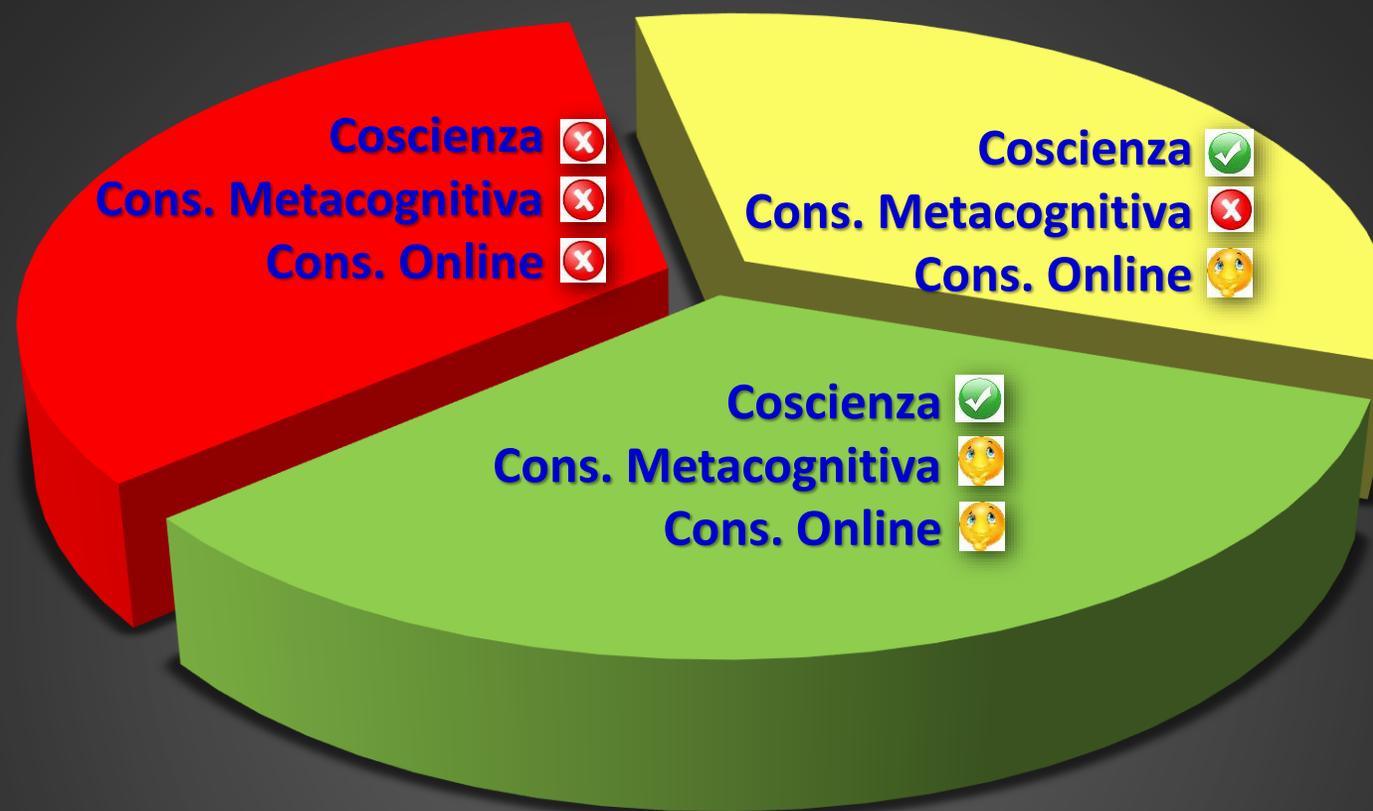
*Capitolo nono*

**Gli effetti diretti sulla famiglia del disturbo  
di empatia del paziente: esperienze cliniche** 263

EVA AZICNUDA, MARIAGRAZIA D'IPPOLITO, DANIELA SILVESTRO

*Appendice* 283

# Possibili livelli di SA in funzione della Scala LCF

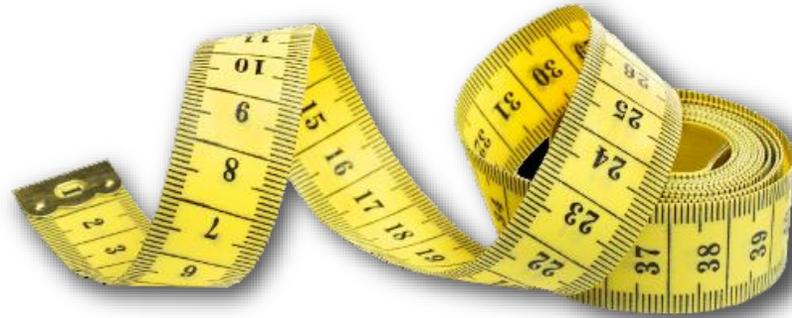


■ LCF= 1÷3: Disordini della coscienza

■ LCF= 4÷6: Confusione (APT)

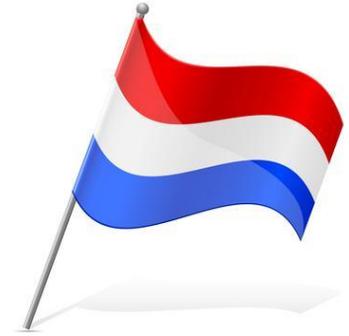
■ LCF ≥ 7: Risuluzione della APT (deficit cognitivi specifici)

# Come fare diagnosi di ISA?



# Impaired Self-Awareness After Acquired Brain Injury: Clinicians' Ratings on Its Assessment and Importance for Rehabilitation

*Ieke Winkens, PhD; Caroline M. Van Heugten, PhD; Johanna M. A. Visser-Meily, PhD;  
Hileen Boosman, MSc*



## Obiettivi della Survey

Sondare l'**opinione dei clinici sull'importanza dell'ISA** nella neuro-riabilitazione e dell'uso di **adeguati strumenti di assessment**.

---

## Impaired Self-Awareness After Acquired Brain Injury: Clinicians' Ratings on Its Assessment and Importance for Rehabilitation

Ieke Winkens, PhD; Caroline M. Van Heugten, PhD; Johanna M. A. Visser-Meily, PhD;  
Hileen Boosman, MSc



### Partecipanti

**163** clinici dei **3** principali organizzazioni di NeuroPsicologi in Olanda

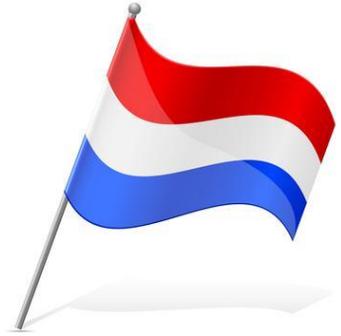
### Misure

**Survey online** mirata a indagare:

- ✓ ***i fattori considerati importanti per il successo della riabilitazione***
  - ✓ ***se i livelli di autoconsapevolezza fossero valutati***
  - ✓ ***gli strumenti eventualmente utilizzati***
-

## Impaired Self-Awareness After Acquired Brain Injury: Clinicians' Ratings on Its Assessment and Importance for Rehabilitation

*Ieke Winkens, PhD; Caroline M. Van Heugten, PhD; Johanna M. A. Visser-Meily, PhD;  
Hileen Boosman, MSc*

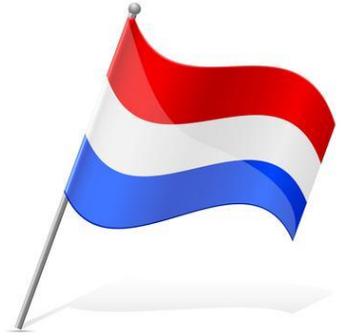


### Risultati

- ✓ dei 163 partecipanti, 116 (**71.2%**) considerava la SA **importante per il processo** riabilitativo (113 - il **69.3%** - anche **per il suo successo**);
  - ✓ 156 clinici (**95.7%**) hanno dichiarato di **valutare la SA**, ma solo 12 (**7.4%**) usavano **strumenti standardizzati**;
  - ✓ gli strumenti standardizzati più frequentemente usati erano l'**Awareness Questionnaire** e la **Patient Competency Rating Scale**.
-

## Impaired Self-Awareness After Acquired Brain Injury: Clinicians' Ratings on Its Assessment and Importance for Rehabilitation

*Ieke Winkens, PhD; Caroline M. Van Heugten, PhD; Johanna M. A. Visser-Meily, PhD;  
Hileen Boosman, MSc*



### Conclusioni

- ✓ è **difficile cogliere i diversi aspetti** dell'autoconsapevolezza in **modo standardizzato**;
  - ✓ **servono strumenti** che siano **validi, affidabili e utili sul piano clinico**.
-

### ✓ **Osservazione Clinica**

*Langer e Samuels, 2008; Prigatano e Klonoff, 1998; Bivona et al., 2020*

### ✓ **Interviste** strutturate e semi-strutturate

*Fleming et al., 1996; Owsnworth et al., 2000; Anderson e Tranel, 1989; Kottorp, 2006*

### ✓ **Confronto** tra autovalutazione del **paziente** e giudizio del **clinico/familiare**

*Prigatano et al., 1990; Sherer et al., 1998*

---

✓ Clinician's Rating Scale

*Prigatano e Klonoff, 1998*

---

## Scala clinica di valutazione di anosognosia e negazione del deficit in seguito a danno cerebrale

### Subscala di autoconsapevolezza del deficit

(Impaired Self Awareness Scale – Subscala ISA)

Prigatano GP, Klonoff PS\*

Ogni item è costituito da un comportamento osservato dal medico in varie situazioni (esame neurologico, somministrazione di test neuropsicologici, colloquio clinico, ecc.). Segnare se la caratteristica comportamentale è presente (sì) o meno (no). Se essa è presente assegnare un punteggio da 1 a 10, tenendo presente che: 1-3 = lieve, 4-6 = moderato, 7-10 = grave. Se la caratteristica non è presente assegnare direttamente 0.

	Sì	No	(0-10)
1. Il paziente non riferisce spontaneamente alcun problema neuropsicologico dall'esordio del danno cerebrale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se interrogato, il paziente afferma di non avere problemi, oppure se qualche difficoltà viene parzialmente ammessa, il paziente la percepisce come meno grave di quanto riferito dal caregiver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il paziente mostra una scarsa reazione emotiva nel corso dell'intervista nel sentire che ha maggiori problemi di quanto lui sia consapevole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il paziente appare perplesso quando viene informato sulla sua condizione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il paziente, se interrogato sulle incongruenze nelle sue percezioni rispetto a quelle dei medici e del caregiver, non offre argomentazioni logiche a sostegno del proprio punto di vista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il paziente non sembra comprendere l'impatto interpersonale o sociale del deficit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il paziente spesso mostra comportamenti indicativi di difficoltà nell'iniziare, controllare, pianificare e in altre funzioni cerebrali superiori mediate dai sistemi frontale e limbico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il caregiver nota che il paziente non sembra comprendere appieno una evidente difficoltà comportamentale, nonostante le informazioni dategli e nonostante il passare del tempo (ciò può essere espresso mediante un commento spontaneo o dietro esplicita domanda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il paziente può avere difficoltà nell'avviare e controllare autonomamente un comportamento, tuttavia è in grado di lavorare su un compito qualora gli venga fornito uno stimolo da un operatore di sua fiducia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il paziente mostra una "perplessità cognitiva" e/o nessuna reazione emotiva quando non riesce a risolvere delle prove neuropsicologiche nel corso della riabilitazione o dei test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Riprodotto da Prigatano GP, Klonoff PS (1998) A clinician's rating scale for evaluating impaired self-awareness and denial of disability after brain injury. Clin Neuropsychol 12:66 [traduzione di Orfei MD e Spalletta G].

## Scala clinica di valutazione di anosognosia e negazione del deficit in seguito a danno cerebrale

### Subscala di negazione del deficit (Denial of Disability Scale - DD)

Prigatano GP, Klonoff PS\*

Ogni item è costituito da un comportamento osservato dal medico in varie situazioni (esame neurologico, somministrazione di test neuropsicologici, colloquio clinico, ecc.). Segnare se la caratteristica comportamentale è presente (SI) o meno (NO). Se essa è presente assegnare un punteggio da 1 a 10, tenendo presente che: 1-3 =lieve, 4-6 = moderato, 7-10 =grave. Se non è presente assegnare direttamente 0.

- |   | Sì                       | No                       | (0-10)                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il paziente riferisce spontaneamente di aver notato qualche cambiamento nelle sue capacità, ma ha difficoltà nel definirle esattamente.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Il paziente ammette, se interrogato, dei disturbi nelle funzioni cerebrali superiori, ma subito aggiunge che i deficit non hanno alcun impatto significativo sulla sua vita quotidiana.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Il paziente mostra una reazione emotiva negativa quando gli viene fatto notare di essere portatore di un deficit più grave di quanto lui ammetta.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Il paziente non appare perplesso quando sente i commenti dei parenti o del caregiver, ma controbatte tentando di dimostrare che essi sono in errore.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nelle argomentazioni che il paziente tenta di fornire a sostegno del suo punto di vista, vi è una parvenza di logica, ma in realtà mancano dei nessi fondamentali.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Il caregiver afferma che prima della malattia il paziente era generalmente restio nell'ammettere di avere una qualche difficoltà, e questo atteggiamento non sembra essere sostanzialmente cambiato dopo la malattia.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Il caregiver afferma che il paziente avanza delle scuse per i suoi fallimenti, nonostante le informazioni fornitegli e il passare del tempo.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Il paziente può mostrare delle moderate difficoltà nell'iniziare, pianificare o controllare le proprie prestazioni quando viene sottoposto a test neuropsicologici, pur non essendo gravemente deficitario in queste aree. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Il paziente, quando viene sottoposto a test neuropsicologici, spesso fornisce delle spiegazioni per gli esiti deficitari nelle prove. Tali spiegazioni fanno riferimento per lo più a cause esterne al soggetto. Il paziente fa anche spesso commenti sarcastici o negativi sull'utilità dei test neuropsicologici.

10. Nel corso dell'esame neuropsicologico o della riabilitazione, il paziente tende ad avere una reazione catastrofica quando confrontato direttamente con un fallimento nelle prove.

Punteggio totale \_\_\_\_\_

\* Riprodotto da Prigatano GP, Klonoff PS (1998) A clinician's rating scale for evaluating impaired self-awareness and denial of disability after brain injury. Clin Neuropsychol 12:67 [traduzione di Orfei MD e Spalletta G].

✓ Self-Awareness Deficits Interview - SADI

*Fleming et al., 1996*

✓ Self Regulation Skills Interview - SRSI

*Owsnworth et al., 2000*

✓ Assesement of Awareness Disability - AAD

*Anderson e Tranel, 1989; Kottorp, 2006*

---

## S.A.D.I.

(Self Awareness Deficit Interview, Fleming, Strong and Ashton, 1996)

Nome \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

### ● **Consapevolezza dei deficit**

E' diverso adesso in qualche cosa rispetto a come era prima dell'incidente? In che modo? Sente che qualcosa di lei o delle sue capacità è cambiato?

---

---

---

---

---

Le persone che la conoscono bene notano qualcosa di diverso da dopo l'incidente? Cosa potrebbero notare?

---

---

---

---

Quelli che lei considera i suoi problemi, se ci sono, dipendono dall'incidente? Qual'è la cosa più importante su cui deve lavorare/che vorrebbe migliorasse?

---

---

---

---

### ● **Consapevolezza delle implicazioni funzionali dei deficit**

Il trauma cranico ha avuto conseguenze sulla sua vita di tutti i giorni? In che modo?

---

---

---

#### Suggerimenti

Capacità di vivere indipendentemente?

Gestire le finanze?

Occuparsi della famiglia/della cura della casa?

Guidare?

Lavorare/studiare?

Tempo libero/vita sociale?

Ci sono altre aree della sua vita che sente che sono cambiate o potrebbero cambiare?

---

### ● **Capacità di formulare obiettivi realistici**

Cosa spera di realizzare nei prossimi 6 mesi? Ha qualche obiettivo?

Quali sono?

---

---

---

Tra 6 mesi cosa pensa che starà facendo? Dove pensa che sarà?

Crede che il trauma cranico avrà ancora effetti sulla sua vita tra 6 mesi? Se sì, come?

Se no, ne è sicuro?

## PUNTEGGIO

### 1. Consapevolezza dei deficit

0	problemi motori psicologici e/o cognitivi (se rilevanti), sono riportati dal paziente in risposta a domande generali, o prontamente riconosciuti in risposta a domande specifiche
1	solo alcuni problemi motori, cognitivi e/o psicologici sono riportati, mentre altri sono negati o minimizzati
2	solo deficit fisici (ad es. motori, o di vista, ecc.) sono riconosciuti; nega, minimizza o è insicuro rispetto ai cambiamenti psicologici /cognitivi. Riconosce i deficit che sono comparsi in una prima fase, mentre non ammette la presenza di deficit residui, o può asserire che per le persone estranee sono deficit, mentre lei/lui non li ritiene tali
3	non si riesce ad ottenere nessun riconoscimento dei deficit ( <i>a parte ovvi deficit fisici</i> ), o ammette i problemi che gli sono stati in qualche modo "appiccicati" dai medici (per esempio gli hanno impedito di guidare)

### 2. Consapevolezza delle implicazioni funzionali dei deficit

0	il paziente descrive accuratamente lo status funzionale attuale (nella vita quotidiana, nel lavoro/studio, nella gestione del tempo libero, nelle faccende domestiche, nel guidare), e specifica come i problemi insorti in seguito al trauma cranico (dove rilevanti) abbiano implicazioni funzionali nella propria vita familiare e personale, e/o aggiunge quali strategie compensatorie ha imparato ad utilizzare per superare i problemi
1	Alcune implicazioni funzionali sono riportate in seguito a domande o esempi di problemi possibili riscontrati nella vita quotidiana, nel lavoro/studio, nella gestione del tempo libero, nelle faccende domestiche, nel guidare, ecc. Il paziente può non essere sicuro di altri probabili problemi funzionali (es: è incapace di dire perché non ha ancora ricominciato a lavorare, o a riprendere qualsiasi altra attività).
2	il paziente può riconoscere alcune implicazioni funzionali dei deficit ma minimizza l'importanza dei problemi identificati. Altre probabili implicazioni funzionali possono essere attivamente negate
3	può essere ottenuta solo una minima consapevolezza delle conseguenze funzionali ; il paziente non riconosce i propri problemi, eccetto per il fatto che non gli è permesso eseguire certe attività. Può attivamente ignorare e svalutare i consigli dati dall' equipe riabilitativa

### 3 **Abilità nello stabilire obiettivi realistici**

0	Il paziente stabilisce obiettivi ragionevolmente realistici e (dove rilevante) ammette che le conseguenze del trauma cranico continueranno probabilmente ad avere un impatto su alcune aree del proprio funzionamento (es: gli obiettivi per il futuro sono stati in qualche modo modificati dal momento dell'incidente)
1	Il paziente stabilisce obiettivi che sono in qualcosa irrealistici, o è incapace di identificare obiettivi specifici, ma riconosce che potrà avere ancora problemi in alcune aree del suo funzionamento in futuro (es: vede che i vecchi obiettivi per il futuro possono aver bisogno di una modifica, anche se non li ha ancora modificati)
2	Il paziente stabilisce obiettivi irrealistici o è incapace di identificare un obiettivo, e non sa come "se la caverà" tra sei mesi, ma spera che possa tornare come prima del trauma (es: non c'è stata nessuna modifica degli obiettivi per il futuro)
3	Il paziente si aspetta senza alcuna incertezza che tra sei mesi funzionerà precisamente come prima del trauma (o ad un livello superiore)

## **Self Regulation Skills Interview - SRSI**

- ✓ Contiene **6 domande** che valutano altrettante **abilità metacognitive** o di **autoregolazione** (es., **memoria, attenzione e concentrazione, depressione, scarsa gestione della rabbia, difficoltà di linguaggio, scarsa motivazione, ansia** e scarse **abilità comunicative**);
  - ✓ valuta tre fattori: **consapevolezza, disponibilità al cambiamento e comportamento strategico**;
  - ✓ ogni domanda viene valutata attraverso una **scala Likert a 10 punti**;
  - ✓ valuta la **consapevolezza dichiarativa**.
-

## Assesement of Awareness Disability - AAD

- ✓ Fornisce una metodologia standardizzata per misurare l'autoconsapevolezza dei pazienti in merito allo svolgimento di **alcune attività della vita quotidiana**;
  - ✓ Consiste in un'intervista, condotta dal Terapista Occupazionale, che include **7 domande** che vengono poste **direttamente dopo l'esecuzione di alcune attività quotidiane**;
  - ✓ valuta dunque la **consapevolezza emergente (subito dopo lo svolgimento del compito)**, benché limitatamente ad alcune attività.
-

✓ Patient Competency Rating Scale – PCRS

*Prigatano et al. 1986; Borgaro and Prigatano, 2003*

✓ Awareness Questionnaire – AQ

*Sherer, 1998*

---

## PCRS

- ✓ versione per **paziente e familiare**
  - ✓ questionario ad **auto-somministrazione**
  - ✓ composto da **30 item**
  - ✓ punteggio su scala **Likert**, che va **da 1** (“no, non riesco”) **a 5** (“si riesco, senza problemi”)
-

## Patient Competency Rating Scale (Versione per il paziente)

(Prigatano G.P. et al. 1986; trad. it. di U. Bivona, J. Rigon e R. Formisano – non pubbl.)

Nome del paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### Istruzioni

Il seguente questionario ti chiede di valutare le tue abilità nel fare una serie di compiti molto pratici. Alcune domande potrebbero non riguardare direttamente cose che fai spesso, ma ti chiediamo di rispondere a ciascuna domanda come se si trattasse di qualcosa che tu comunque dovresti fare. Per ciascuna domanda valuta quanto facilmente o difficilmente riesci a svolgere una particolare attività e segna una X nel quadratino corrispondente.

	Non riesco	Riesco, ma con molta difficoltà	Riesco, ma con qualche difficoltà	Riesco, abbastanza facilmente	Riesco, con facilità
1. Quante difficoltà ho nel prepararmi i pasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quante difficoltà ho nel vestirmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quante difficoltà ho nel prendermi cura della mia igiene personale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quante difficoltà ho nel lavare i piatti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quante difficoltà ho nel fare il bucato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quante difficoltà ho nel gestire i miei soldi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quante difficoltà ho nel rispettare gli orari degli appuntamenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quante difficoltà ho nell'iniziare una conversazione in un gruppo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quante difficoltà ho nel continuare a svolgere le attività lavorative anche quando sono annoiato o stanco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quante difficoltà ho nel ricordare cosa ho mangiato a cena ieri sera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quante difficoltà ho nel ricordare i nomi delle persone che vedo spesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quante difficoltà ho nel ricordare il programma della giornata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quante difficoltà ho nel ricordare cose importanti che devo fare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quante difficoltà ho nel guidare l'auto, quando è necessario farlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quante difficoltà ho nel chiedere aiuto se sono confuso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Quante difficoltà ho nell'adattarmi ad un cambiamento inaspettato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Confronto paziente vs caregiver/clinico

	Non riesco	Riesco, ma con molta difficoltà	Riesco, ma con qualche difficoltà	Riesco, abbastanza facilmente	Riesco, con facilità
17. Quante difficoltà ho nel tenere una conversazione con le persone che conosco bene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quante difficoltà ho nell' accettare le critiche che mi vengono fatte dagli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Quante difficoltà ho nel controllare il pianto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quante difficoltà ho nel comportarmi in modo appropriato quando sono con amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Quante difficoltà ho nell' esprimere i miei sentimenti alle persone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Quante difficoltà ho nel partecipare alle attività di gruppo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Quante difficoltà ho nel riconoscere se qualcosa che ho detto o fatto ha turbato qualcun altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quante difficoltà ho nel programmare le attività giornaliere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Quante difficoltà ho nel comprendere nuove istruzioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Quante difficoltà ho nel far fronte in modo costante alle mie responsabilità quotidiane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Quante difficoltà ho nel controllare la mia collera se qualcosa mi irrita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Quante difficoltà ho nell' evitare di deprimermi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Quante difficoltà ho nel fare in modo che le mie emozioni non condizionino la mia capacità di gestire le attività giornaliere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Quante difficoltà ho nel controllare la mia risata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Patient Competency Rating Scale (Versione per il FAMILIARE)-POST

(Prigatano G.P. et al. 1986; trad. it. di U. Bivona, J. Rigon e R. Formisano – non pubbl.)

### Dati informativi

Nome del paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

*Grado di relazione con il paziente (cerchiare 1 sola risposta)*

- |                     |                          |                                 |                          |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. madre            | <input type="checkbox"/> | 8. Nipote                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. padre            | <input type="checkbox"/> | 9. Cugino                       | <input type="checkbox"/> |
| 3. Coniuge          | <input type="checkbox"/> | 10. Amico                       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Figlio           | <input type="checkbox"/> | 11. Parente acquisito (suoceri) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fratello/sorella | <input type="checkbox"/> | 12. Tutore                      | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nonno            | <input type="checkbox"/> | 13. Altro                       | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zio o zia        | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |

*Sesso*

Maschio:

Femmina:

*Quanto bene conosce il comportamento del paziente?*

1. Lo conosco appena
2. Non così bene
3. Abbastanza bene
4. Piuttosto bene
5. Molto bene

### Istruzioni

Il seguente questionario Le chiede di giudicare le abilità del paziente nel fare una serie di cose pratiche, nell'ultima settimana. Alcune domande potrebbero non riguardare cose che il/la paziente fa spesso, ma Le chiediamo di rispondere a ciascuna domanda come se si trattasse di qualcosa che comunque il/la paziente dovesse fare. Per ciascuna domanda giudichi quanto facilmente o difficilmente riesce a svolgere una particolare attività e segni una X nel quadratino corrispondente.

## Confronto paziente vs caregiver/clinico

	No, non riesce	Lo fa, ma con molta difficoltà	Lo fa, con qualche difficoltà	Lo fa, abbastanza facilmente	Lo fa, facilmente
1. Quante difficoltà ha nel prepararsi i pasti?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quante difficoltà ha nel vestirsi?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quante difficoltà ha nel prendersi cura della sua igiene personale?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quante difficoltà ha nel lavare i piatti?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quante difficoltà ha nel fare il bucato?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quante difficoltà ha nel gestire i suoi soldi?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quante difficoltà ha nel rispettare gli orari degli appuntamenti?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quante difficoltà ha nel iniziare una conversazione in un gruppo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quante difficoltà ha nel continuare a svolgere le attività lavorative anche quando è annoiato o stanco?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quante difficoltà ha nel ricordare cosa ha mangiato a cena ieri sera?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quante difficoltà ha nel ricordare i nomi delle persone che vede spesso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quante difficoltà ha nel ricordare il programma della giornata?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quante difficoltà ha nel ricordare cose importanti che deve fare?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quante difficoltà ha nel guidare l'auto, quando è necessario farlo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quante difficoltà ha nel chiedere aiuto se è confuso? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Quante difficoltà ha nell'adattarsi ad un cambiamento inaspettato?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quante difficoltà ha nel tenere una conversazione con le persone che conosce bene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quante difficoltà ha nell'accettare le critiche che gli vengono fatte dagli altri?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Quante difficoltà ha nel controllare il pianto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sottoscale PCRS

- ✓ Area **attività della vita quotidiana (ADL)**
  - ✓ Area **cognitiva**
  - ✓ Area **interpersonale**
  - ✓ Area **emotiva**
-

## Come calcolare i punteggi

Secondo Prigatano non è il *punteggio discrepante* (DS: paziente – familiare) in sé che permette di misurare il grado di consapevolezza del paziente, ma piuttosto la **grandezza delle differenze** osservate.

**Punteggio PCRS paziente  $\geq 100$  (su 150) (*Bivona et al., 2019*)**

- 
- ✓ **DS <10**: disturbo di consapevolezza **clanicamente non rilevante**
  - ✓ **10÷19**: disturbo di consapevolezza **lieve**
  - ✓ **20÷34**: disturbo di consapevolezza **moderato**
  - ✓  **$\geq 35$** : disturbo di consapevolezza **grave**
-

## AQ

- ✓ costituito da **17 items**
- ✓ versione per **paziente** e **caregiver/clinico**
- ✓ confronta le abilità **pre-post GCA**
- ✓ punteggio su scala a **5 punti** (da 1 "peggiorato di molto", a 5 "migliorato di molto")
- ✓ il punteggio può variare **da 17 a 85**, un punteggio di **51** indica che le funzioni del paziente sono le **stesse di prima** dell'evento morboso
- ✓ Il **punteggio discrepante** può variare da **-68 a 68**

## Awareness Questionnaire (forma per il paziente)

(Sherer et al., 1998; trad. it. di U. Bivona, J. Rigon e R. Formisano – non pubbl.)

Nome del paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### Istruzioni

Il seguente questionario ti chiede di giudicare la tua abilità nel fare una serie di compiti. Per ciascuna domanda segna la risposta che meglio rappresenta la tua situazione attuale, scrivendo una X nel quadratino corrispondente.

	Peggiorata, di molto	Peggiorata, un po'	La stessa di prima	Migliorata un po'	Migliorata di molto
1. Come ritieni che sia la tua capacità di vivere in modo indipendente, ora rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
2. Come ritieni che sia la tua capacità di gestire il denaro rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
3. Come ritieni che sia la tua capacità di andare d'accordo con le altre persone, ora rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
4. Come ritieni che sia la tua abilità di svolgere i test che misurano le tue capacità di ragionamento e memoria, rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
5. Come ritieni che sia la tua capacità di fare le cose che vuoi fare nella vita, ora rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
6. Come ritieni che sia la tua vista, ora rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
7. Come ritieni che sia il tuo udito, ora rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
8. Come ritieni che sia la tua capacità di muovere braccia e gambe, rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
9. Come ritieni che sia la tua capacità di coordinazione rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
10. Come ritieni che sia la tua capacità di ricordarti l'ora e la data, rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
11. Come ritieni che sia la tua capacità di concentrarti, rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				

## Confronto paziente vs caregiver/clinico

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Come ritieni che sia la tua capacità di esprimere le tue idee agli altri, rispetto a prima del trauma?..... | <input type="checkbox"/> |
| 13. Come ritieni che sia la memoria per eventi recenti, rispetto a prima del trauma?.....                       | <input type="checkbox"/> |
| 14. Come ritieni che sia la tua capacità di pianificare le cose, rispetto a prima del trauma?...                | <input type="checkbox"/> |
| 15. Come ritieni che sia la tua capacità di organizzarti, rispetto a prima del trauma?.....                     | <input type="checkbox"/> |
| 16. Come ritieni che sia la tua capacità di controllare le tue emozioni, rispetto a prima del trauma?.....      | <input type="checkbox"/> |
| 17. Come ritieni che sia la tua capacità di essere adeguato emotivamente, rispetto a prima del trauma?.....     | <input type="checkbox"/> |
-

## Awareness Questionnaire (forma per il CAREGIVER)

(Sherer et al., 1998; trad. it. di U. Bivona, J. Rigon e R. Formisano – non pubbl.)

Nome del paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

*Grado di relazione con il paziente (cerchiare 1 sola risposta)*

- |                     |                          |                                 |                          |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. madre            | <input type="checkbox"/> | 8. Nipote                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. padre            | <input type="checkbox"/> | 9. Cugino                       | <input type="checkbox"/> |
| 3. Coniuge          | <input type="checkbox"/> | 10. Amico                       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Figlio           | <input type="checkbox"/> | 11. Parente acquisito (suoceri) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fratello/sorella | <input type="checkbox"/> | 12. Tutore                      | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nonno            | <input type="checkbox"/> | 13. Altro                       | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zio o zia        | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |

### Istruzioni

Il seguente questionario Le chiede di giudicare l'abilità del/la paziente nel fare una serie di compiti. Per ciascuna domanda segni la risposta che meglio rappresenta la situazione attuale del/la paziente, scrivendo una X nel quadratino corrispondente.

	Peggiorata, di molto	Peggiorata, un po'	La stessa di prima	Migliorata un po'	Migliorata, di molto
1. Come ritiene che sia la capacità del/la paziente di vivere in modo indipendente, ora rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
2. Come ritiene che sia la capacità del/la paziente di gestire il denaro, rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
3. Come ritiene che sia la capacità del/la paziente di andare d'accordo con le altre persone, ora rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				
4. Come ritiene che sia la abilità del/la paziente di svolgere i test che misurano le sue capacità di ragionamento e memoria, rispetto a prima del trauma?.....	<input type="checkbox"/>				

## **Sottoscale AQ**

- ✓ **fisica** (motoria/sensoriale)
  - ✓ **cognitiva**
  - ✓ **comportamentale/affettiva**
-

## Come calcolare i punteggi

Si basano sul **punteggio discrepante** paziente-caregiver. Il confronto tra stima del pz e stima del familiare permette di valutare quanto realistica è la valutazione del pz relativamente alle proprie limitazioni.

- ✓ **DS < 20**: inconsapevolezza **lieve o nulla**
- ✓ **DS 20 ÷ 29**: inconsapevolezza **moderata**
- ✓ **DS > 29**: inconsapevolezza **grave**

Sherer et al., 2003

---

## Quando i punteggi (PCRS o AQ) discrepanti sono negativi...

Possono indicare:

- ✓ una **sovrastima** da parte del **paziente** dei **propri deficit** attuali (probabilmente a causa di un **alto distress emotivo**)
  - ✓ **sottostima** dei deficit da parte del **familiare** (probabilmente a causa di meccanismi di difesa come il **diniego**)
-

## Adesso vediamo il video di Andrea...

Immaginate di somministrare la **SADI** e la **PCRS**

- **quali punteggi** potrebbero emergere dalla SADI?
  - **quali punteggi** potrebbero emergere dalla PCRS?
  - Quali **limiti diagnostici** rispetto agli strumenti utilizzati?
-

# Principali CRITICITÀ



**nell'indagine del fenomeno**

---



## Come valutare la consapevolezza nella sua complessità?

Di fatto, ad oggi, tra i vari metodi elencati, **nessuno si è dimostrato come l'unica misura efficace.**

*Sherer et al., 2003*

Tuttavia, tra tutti, il **confronto paziente/altro-significativo** sembra essere quello **più attendibile.**

*Barco et al., 1991; Rebmann & Hannon, 1995; Chittum et al., 1996; Sherer et al., 1998; Youngjohn & Altman, 1989*

---



## Come valutare la consapevolezza nella sua complessità?

Gli studi che hanno investigato la consapevolezza **emergente** (Ownsworth et al., 2000, 2002; Abreu et al., 2001; O’Keeffe et al., 2007; Krasny-Pacini et al., 2014; Dockree et al., 2015) o **anticipatoria** (Fleming et al., 1996; O’Keeffe et al., 2007) sono limitati **solo a specifiche funzioni** cognitive o comportamentali.

---



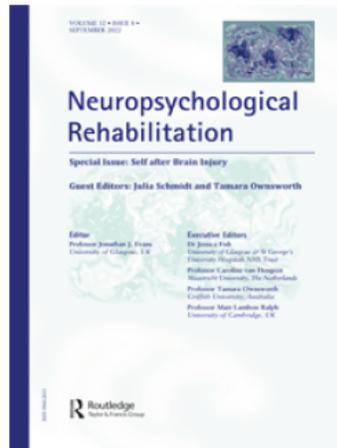
## Come valutare la consapevolezza nella sua complessità?

NB: poiché la consapevolezza **anticipatoria** permette di adattarsi efficacemente alle proprie difficoltà post-lesionali, essa dovrebbe essere ***valutata oggettivamente*** (Bivona et al., 2020).

Infatti, un self-report *offline* del paziente riflette solo una **consapevolezza dichiarativa sulle possibili difficoltà future!**

Solo un **report oggettivo esterno** (es., tramite il **caregiver**) sul ***comportamento reale*** del paziente può, invece, essere la prova di una reale consapevolezza anticipatoria (Stuss, 1991; Flashman et al., 1998).

---



# Neuropsychological Rehabilitation

## An International Journal

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/pnrh20>

# Revisiting the dynamic comprehensive model of self-awareness: a scoping review and thematic analysis of its impact 20 years later

Joan Toglia & Yael Goverover



«Le **misure della consapevolezza basate su un punteggio complessivo** non considerano la sua multidimensionalità e, pertanto, sono **troppo generiche per essere utili**.

La valutazione della consapevolezza necessita di metodi sistematici per esaminare la percezione delle proprie abilità **nel contesto di un compito o di una situazione**.

Il modello DCMA implica anche che la valutazione della consapevolezza **dovrebbe includere misure di stima sia globali che specifiche**, attraverso **diversi compiti e livelli di difficoltà** (Toglià & Kirk, 2000, p. 68)»

---



**Quattro studi** hanno esaminato specificamente l'uso di **strumenti di valutazione clinica sviluppati sulla base del DCMA:**

1. **Doig** et al., 2017
  2. **Krasny-Pacini** et al., 2015
  3. **Plutino** et al., 2020
  4. **Bivona** et al., 2020
-



### **Doig et al., 2017:**

- ha indagato un **nuovo approccio analitico al compito** per valutare l'autoconsapevolezza online che coinvolge l'**osservazione** e la **classificazione degli errori** durante **attività significative** (ad es., cucinare, preparare bevande, organizzazione del tempo, utilizzo di un'applicazione per iPad, ecc.)
  - la valutazione ha fornito **informazioni importanti sul comportamento e la correzione dell'errore**
  - tuttavia, poiché richiede un investimento di tempo nella formazione e nella pianificazione, è **adatto per essere eseguito nella pratica clinica da terapisti occupazionali.**
-



### **Krasny-Pacini et al., 2015:**

- ha esaminato la fattibilità di tre modi per valutare l'autoconsapevolezza di deficit esecutivi nei **bambini con trauma cranico**



### Plutino et al., 2020:

- indagine sulle differenze in termini di auto-monitoraggio online tra pazienti con **paralisi sopranucleare progressiva (PSP)** e pazienti con **Demenza Frontotemporale nella sua variante comportamentale (bvFTD)**.
  - l'auto-monitoraggio online era l'unica misura in grado di differenziare i gruppi: **maggiore compromissione** nei pazienti con **bvFTD** rispetto a quelli con **PSP**
-



## **Bivona et al., 2020:**

- gli autori propongono un **nuovo strumento clinico** per valutare la consapevolezza di sé ai suoi **vari livelli**, basato sul DCMA: la **Self-Awareness Multi-Level Assessment Scale (SAMAS)**
-



## The Self-Awareness Multilevel Assessment Scale, a New Tool for the Assessment of Self-Awareness After Severe Acquired Brain Injury: Preliminary Findings

*Umberto Bivona<sup>1\*</sup>, Paola Ciurli<sup>1</sup>, Giulia Ferri<sup>1</sup>, Tiziana Fontanelli<sup>1</sup>, Susanna Lucatello<sup>1</sup>, Teresa Donvito<sup>1</sup>, Dolores Villalobos<sup>2,3</sup>, Laura Cellupica<sup>1</sup>, Fabiana Mungello<sup>1</sup>, Paola Lo Sterzo<sup>1</sup>, Amalia Ferraro<sup>1</sup>, Eleonora Giandotti<sup>1</sup>, Giorgio Lombardi<sup>1</sup>, Eva Azicnuda<sup>1</sup>, Carlo Caltagirone<sup>1,4</sup>, Rita Formisano<sup>1</sup> and Alberto Costa<sup>1,5</sup>*

Ann Ist Super Sanità 2022 | Vol. 58, No. 3: 177-182  
DOI: 10.4415/ANN\_22\_03\_06

## Self-Awareness Multilevel Assessment Scale (SAMAS): psychometric analysis of inter-rater reliability

**Umberto Bivona<sup>1</sup>, Giulia Ferri<sup>1</sup>, Maria De Luca<sup>1</sup>, Susanna Lucatello<sup>1</sup>, Marta Aloisi<sup>1</sup>, Marianna Contrada<sup>2</sup>, Paola Ciurli<sup>1</sup>, Valentina Bandiera<sup>1</sup>, Paola Lo Sterzo<sup>1</sup>, Giorgio Lombardi<sup>1</sup>, Rita Formisano<sup>1</sup> and Alberto Costa<sup>1,3</sup>**

Area DICHIARATIVA/INTELLETTIVA		Si (0)	Con c ue (1)	No (2)	N.A.
Inconsapevolezza	<p><b>Riconosce la presenza di difficoltà attuali</b> (specificare le difficoltà già note all'operatore sulla base del <b>referto NPS</b>, evidenziate dall'<b>osservazione clinica</b> o <b>riferite dal caregiver</b>):</p> <p>Motorie: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cognitive: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Psico-comportamentali: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Altre (specificare quali): _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>				
	<p>Riconosce le <b>ripercussioni funzionali</b> delle proprie difficoltà:</p> <p style="text-align: right;">Motorie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Cognitive <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Psico-comportamentali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Altre _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				
Falsa attribuzione	<p><b>Consapevole</b> dei cambiamenti, <b>riconosce un nesso</b> con l'evento morboso per le difficoltà:</p> <p style="text-align: right;">Motorie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Cognitive <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Psico-comportamentali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Altre _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				
Anosodiaforia	<p><b>Evidenzia un coinvolgimento emotivo in relazione alle proprie capacità:</b></p> <p style="text-align: right;">Motorie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Cognitive <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Psico-comportamentali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Altro _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				

Area EMERGENTE		Si (0)	Con cuc (1)	No (2)	N.A.
Inconsapevolezza	<b>Mentre si verificano, riconosce</b> la presenza di <b>difficoltà</b> :				
	<i>Motorie (specificare quali):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cognitive (specificare quali):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Psico-comportamentali (specificare quali):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Altre (specificare quali):</i> _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsa attribuzione	Riconoscendo difficoltà nella performance ai compiti proposti, <b>riconosce anche un nesso con l'evento</b> morboso per le difficoltà:				
	<i>Motorie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cognitive</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Psico-comportamentali</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Altre</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosodiaforia	Evidenzia <i>un coinvolgimento emotivo in relazione alla sua performance attuale</i> , a livello:				
	<i>Motorio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cognitivo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Psico-comportamentale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Altro</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Area ANTICIPATORIA	Si (0)	Con cuc (1)	No (2)	N.A.
<p>È in grado di <b>riconoscere la problematicità</b> di un compito rispetto ai propri deficit a livello:</p> <p style="text-align: right;"><i>Motorio</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cognitivo</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Psico-comportamentale</i></p> <p><i>Altro</i> _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>È in grado di <b>porsi obiettivi realistici</b> in relazione alle proprie difficoltà a livello:</p> <p style="text-align: right;"><i>Motorio</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cognitivo</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Psico-comportamentale</i></p> <p><i>Altro</i> _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Dichiara la necessità di ausili/compensi/strategie</b> per evitare di incorrere nella difficoltà a livello:</p> <p style="text-align: right;"><i>Motorio</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cognitivo</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Psico-comportamentale</i></p> <p><i>Altro</i> _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Si serve effettivamente di ausili/compensi/strategie</b> per evitare di incorrere nella difficoltà a livello:</p> <p style="text-align: right;"><i>Motorio</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cognitivo</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Psico-comportamentale</i></p> <p><i>Altro</i> _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Servendosi di ausili/compensi/strategie nel setting riabilitativo, <b>è in grado di generalizzare a tutti i contesti</b> in cui agisce, a livello:</p> <p style="text-align: right;"><i>Motorio</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cognitivo</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Psico-comportamentale</i></p> <p><i>Altro</i> _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Area ANTICIPATORIA		Si (0)	Con cue (1)	No (2)	N.A.
Falsa attribuzione	Riconoscendo probabili difficoltà nella vita quotidiana connesse ai propri deficit, <b>riconosce un nesso con l'evento morboso rispetto alle difficoltà:</b>  <i>Motorie</i> <input type="checkbox"/> <i>Cognitive</i> <input type="checkbox"/> <i>Psico-comportamentali</i> <input type="checkbox"/> <i>Altre</i> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosodiaforia	Essendo consapevole di probabili future difficoltà nella vita quotidiana, <b>evidenzia un coinvolgimento emotivo congruo</b> in relazione ai deficit evidenziati a livello:  <i>Motorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Cognitivo</i> <input type="checkbox"/> <i>Psico-comportamentale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### **Bivona et al., 2020:**

- la **SAMAS** consente la valutazione dell'autoconsapevolezza **emergente** e **anticipatoria**, purché sia completata **nel contesto di un'accurata osservazione clinica**.
-

## In sintesi...

Scarsa **motivazione**

scarsa **attitudine al cambiamento**

scarsa **compliance**

**maggior durata del ricovero**

aumento del **distress**

**implicazioni primarie**

messa in atto di **strategie compensatorie inefficaci**

**rischio di insuccesso** della terapia riabilitativa!

## **In sintesi...**

messa in atto di **comportamenti pericolosi o inefficaci**

limitato **reinserimento sociale e lavorativo**

**implicazioni secondarie**

**ripercussioni negative su tutta la Famiglia**

## In sintesi...

...sono le **principali implicazioni** di un disturbo di consapevolezza, che si possono **prevenire** solo grazie ad un **adeguato e precoce assessment** a tutti i possibili livelli e domini funzionali che il danno cerebrale ha compromesso!

Assessment che necessita di strumenti:

- a) "**cuciti sulle criticità**" del paziente;
- b) da utilizzare **in diversi setting e momenti** di vita del paziente;
- c) implementati grazie al **lavoro inter-disciplinare**, includendo nella valutazione *non solo i Colleghi del Team NR*, ma anche i **Caregiver primari** del paziente.

# Interventi riabilitativi



La tipologia e la gravità dei disturbi di consapevolezza varia nel tempo. Di conseguenza **non è stato validato un unico metodo** per la loro riabilitazione (Prigatano, 1986, 1999, 2003; Sherer, 2005).

Se la scarsa consapevolezza è connessa a lesioni bilaterali diffuse, la terapia riabilitativa (**riducendo la diaschisi** e quindi favorendo il recupero funzionale dei distretti da essa interessati) dovrebbe **parallelamente favorire un miglioramento della consapevolezza** (Prigatano, 2005).

---

- ✓ **Approcci compensatori e facilitatori**
  - ✓ Programmi neuropsicologici
  - ✓ Esperienze strutturate
  - ✓ Feedback diretti o tramite videotape
  - ✓ Tecniche di confronto
  - ✓ Terapia cognitivo-comportamentale
  - ✓ Giochi
  - ✓ Gruppi di supporto
  - ✓ Approccio bio-psico-sociale
  - ✓ **NeuroPsicoterapia**
-

### **Nel 1942 Goldstein affermava:**

*“Dovremmo aiutare semplicemente il paziente a  **riguadagnare la sua capacità di performance, a funzionare nello stesso modo in cui avveniva prima della lesione cerebrale, o semmai aiutarlo a compensare con altre prestazioni?”** (p. 147)*



**Secondo Crosson et al. (1989) vi sono 4 tipi di compensazione:**

- 1. Esterna**
- 2. Situazionale**
- 3. Da riconoscimento**
- 4. Anticipatoria**



Consapevolezza	Compensazione disponibile
Nessuna	Esterna
Intellettiva	Esterna Situazionale
Emergente	Esterna Situazionale Da riconoscimento
Anticipatoria	Esterna Situazionale Da riconoscimento Anticipatoria



## Compensazione Esterna

- ✓ E' la **meno flessibile**, poiché deve essere **iniziata da un agente esterno**, o coinvolgere **modifiche ambientali**
- ✓ Il terapeuta o il caregiver deve conoscere:
  - la **natura** del deficit
  - gli **effetti** di tali deficit
  - **i dettagli delle tecniche di compensazione**
  - **e come innescare tali tecniche**



### Compensazione Situazionale

- ✓ Può essere stimolata **da uno specifico tipo di circostanza** in cui un deficit probabilmente pregiudica la performance.
- ✓ Dipende dall'**abitudine**, non dal **riconoscimento**
- ✓ Il paziente deve essere consapevole del deficit (**SA intellettiva**) e che la compensazione sarà **utile nel prevenire o minimizzare i problemi**
- ✓ Per stabilire la compensazione come abitudine, **deve essere praticata molte volte nelle circostanze appropriate.**



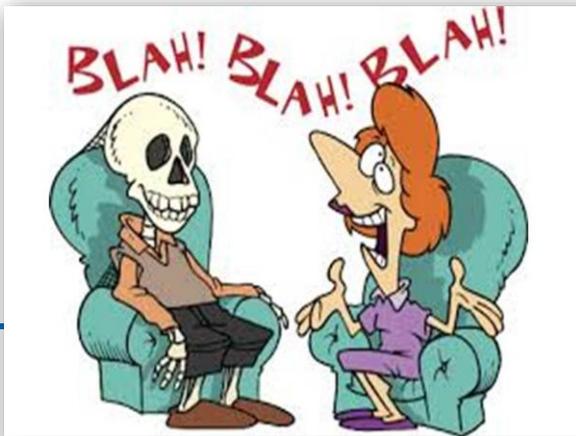
*A un paziente con deficit mnesico dovrebbe essere insegnato a **prendere nota ogni volta** che riceve istruzioni dal suo caregiver, anche quando non è strettamente necessario.*

## Compensazione da Riconoscimento

- ✓ Può essere **innescata da una consapevolezza emergente**
- ✓ Il paziente deve **sapere utilizzare i feedback ambientali** per riconoscere un problema.



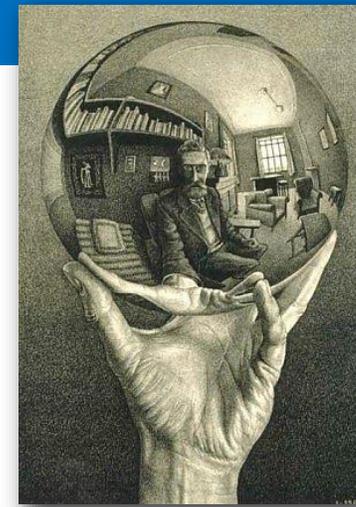
## Esempio



*Il paziente può sapere **riconoscere i segnali sociali non verbali** come segno che una conversazione sta diventando **tangenziale**. Quindi, può implementare una strategia appropriata per modulare la propria conversazione.*

### Compensazione Anticipatoria

- ✓ Il paziente può imparare a implementare una tecnica compensativa **anticipando che si verificherà un problema, se non compensasse**
- ✓ È la compensazione più **desiderabile**, considerato che può essere **applicata solo se, e quando, necessario**



*Un paziente con un problema di MBT  
inizia a prendere nota in alcune  
circostanze tramite l'ausilio*

Incorporano nella riabilitazione cognitiva il trattamento dei deficit di consapevolezza attraverso il **feedback del terapeuta**.

Il terapeuta fornisce **un feedback al paziente durante la sua performance**, aiutandolo a riconoscere le proprie difficoltà.

In tal modo si può aiutare il paziente a fare predizioni più realistiche rispetto al proprio futuro, **per diventare più consapevole** delle proprie **risorse** e dei propri **limiti**.

Il feedback può anche essere fornito **in gruppo** o tramite **videoregistrazione della propria performance**.

---

Aiuta il paziente ad **esplorare il significato dei propri deficit** e **ridare un senso alla propria vita** con **obiettivi realistici** (Langer & Padrone, 1992; Prigatano, 1986)

Nei casi di una **totale inconsapevolezza**, il lavoro per poterla migliorare è molto difficile. In questa fase, è molto importante per il terapeuta **creare un'alleanza terapeutica**, "entrando nel campo fenomenologico" del paziente per **ridurre la sua frustrazione e confusione** (Prigatano, 1991).

Non appena comincia a migliorare la consapevolezza, può parallelamente emergere il **diniego**.

In questa fase è importante che il terapeuta **aiuti** il paziente a **comprendere il ruolo delle proprie difese**, per aiutarlo ad **attuare scelte più funzionali** per la propria vita.

---