Psicoeducazione ma non solo: il lavoro con i familiari dei giovani a rischio o all'esordio psicotico

Giovanni Patelli°*, Nicoletta Pafumi*, Andrea Alpi°*, Angelo Cocchi°, Anna Meneghelli°*

°Programma 2000 – DSM – A. O. Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
**ASIPSE Milano*

RIASSUNTO

In accordo con le evidenze cliniche e della ricerca, il trattamento rivolto ai familiari è diventato una parte imprescindibile dei programmi di intervento precoce delle psicosi. Il riconoscimento del ruolo dei caregiver nell'evoluzione del disturbo pone i familiari come alleati preziosi del percorso di recovery del paziente, ma anche come destinatari di cure dirette al proprio benessere.

Il modello di trattamento, che fa corrispondere l'intervento diretto alle famiglie alle fasi evolutive dell'esordio psicotico del paziente (esordio, remissione, benessere sostenuto), e che è in atto da 15 anni all'interno di un programma multimodale di intervento precoce delle psicosi e degli stati di alto rischio (Programma 2000), ha l'obiettivo di migliorare il funzionamento adattivo dei caregiver riducendo il rischio di sviluppare sensi di colpa, stress e carico emozionale, e quindi di modificare l'interazione tra la famiglia e la malattia attraverso: a) la condivisione di informazioni sul disturbo e sulle possibilità di cura; b) l'assunzione di un ruolo attivo nel percorso del paziente; c) l'acquisizione di maggiori competenze di gestione dei problemi di vita quotidiana e di una comunicazione più efficace. Si tratta di un percorso individualizzato che tiene conto delle numerose differenze sintomatologiche, cliniche e sociali che accompagnano l'esordio e gli stati a rischio, la scarsa conoscenza dei disturbi mentali e le consistenti differenze delle risposte al disturbo da parte dei singoli familiari.

SUMMARY

According to scientific evidence from clinical experience and research, treatment addressed to families has become an essential part of early intervention programs for psychoses. The acknowledgement of caregivers' role in the disorder's development identifies parents and relatives as key figures to build an alliance with the aim of facilitating patients' recovery. For this reason, it is definitely worthwhile building and realizing intervention programs addressed to relatives, who are considered allies in the treatment process as well as people who need support to better deal with difficulties associated to caring of a person with psychosis. This treatment model for families is based on the development phases of psychotic onset (onset, remission, sustained well-being). This type of intervention is being done at Programma 2000 in Milan for over than 14 years, in the frame of a multimodal intervention program for patients with a psychotic onset or who are at high risk of psychotic onset. The main aims of the programme are: a) improving families' capability of dealing with their relative's disorder; b) strengthening functional and adaptive behaviors; c) reducing their sense of guilt, stress and emotional overwhelming.

This allows a positive interaction between the family and the disorder, sharing information about the disturbance and treatment options, the importance for families of playing an active role in the patient's treatment process, the acquisition of better communicative and daily-life problems solving competences. It is an individual-targeted intervention program which takes into account differences regarding symptoms, social background and clinical characteristics related to psychotic onset and psychotic risk condition. Other aspects considered by the program are the poor knowledge about mental disorders and the significant differences among families related to response to treatment.

INTRODUZIONE

L'esordio di un disturbo mentale ad alto impatto, come la psicosi, determina nella persona che ne viene colpita l'emergere di importanti alterazioni sensoriali, cognitive, emotive, comportamentali e relazionali che non rimangono limitate all'esperienza individuale. Trattandosi nella maggior parte dei casi di un disturbo che incide su una fascia di popolazione giovane, l'ambito della famiglia in cui la persona è inserita viene profondamente coinvolto in maniera diretta e indiretta, dal momento che si trova a sostenere il carico maggiore per l'assistenza e il supporto, pratico e psicologico, del congiunto[1]. I deficit funzionali correlati al disturbo psicotico rappresentano in genere l'aspetto più stressante per i familiari, innescando dinamiche involontarie che rischiano di avere a loro volta effetti negativi sul paziente stesso, come evidenziato dagli studi sull'Emotività Espressa.

Da diversi decenni, con l'affermarsi della teoria stress-vulnerabilità[2] e con la concomitante rottura del modello istituzionale, la famiglia del paziente con psicosi si è trovata al centro di un rinnovato interesse teorico e applicativo: dal modello psicoeducativo familiare di Ian Falloon[3] sono stati sviluppati numerosi programmi strutturati per supportare i familiari nel percorso di cura, accomunati nelle diverse forme applicative da tre elementi: una parte informativa, volta ad aumentare le conoscenze di pazienti e familiari sul disturbo; una parte impegnata a migliorare le capacità di comunicazione tra gli appartenenti al nucleo familiare; e l'introduzione del metodo strutturato di risoluzione dei problemi ("Problem Solving") per la riduzione delle situazioni stressanti.

Nonostante la documentata efficacia di molti di questi interventi sul decorso della psicosi nei congiunti[4,5], con forti evidenze sulla riduzione delle ricadute di malattia[6], sul carico familiare e sui costi di assistenza[7], questi interventi stentano a essere offerti con regolarità dai servizi di salute mentale: solo l'8% delle famiglie di pazienti con psicosi, in Italia, dichiara di aver partecipato a un programma psicoeducativo specifico[8]. Vari fattori, come l'organizzazione attuale dei servizi, l'alto livello di stress tra i clinici, la poca chiarezza su quali figure professionali debbano occuparsene e la scarsa diffusione e programmazione di momenti formativi specifici per gli operatori sono certamente implicati in questo apparente divario tra la riconosciuta efficacia e la reale applicabilità clinica[9]. La recente ricerca multicentrica GET Up, coordinata dall'Università di Verona[10], il progetto Stand Up del DSM di Piacenza[11] e le iniziative di formazione di Programma 2000[12] in cui si è dato equivalente peso formativo e applicativo sia all'intervento con i pazienti che a quello con i familiari, rappresentano esempi di una risposta efficace a questo problema. Anche le raccomandazioni delle linee-guida per il trattamento della schizofrenia, come le britanniche NICE[13-15], le Royal Australian Guidelines[16,17] e le linee-guida italiane sugli interventi precoci nella

schizofrenia[18], sono concordi nel porre l'accento sull'intervento familiare, raccomandandone l'utilizzo, anche nel caso di soggetti al primo episodio psicotico[19]. Le recenti linee-guida NICE[20] per giovani al di sotto dei 18 anni dedicano una sezione importante al trattamento dei giovani a rischio di psicosi ("possible psychosis"), prevedendo l'opportunità di unire al raccomandato intervento CBT per i pazienti, un lavoro con i carers secondo l'impostazione del lavoro con le famiglie degli adolescenti al primo episodio.

RAZIONALE ED OBIETTIVI GENERALI DELL'INTERVENTO

I programmi di intervento rivolti ai familiari dei pazienti all'esordio e di quelli ad alto rischio hanno l'obiettivo di: a) condividere informazioni sul disturbo; b) fornire ai caregivers maggiori competenze per la gestione dei problemi quotidiani; c) ridurre il livello di stress e di sofferenza che spesso caratterizzano le risposte dei familiari alla nuova e drammatica situazione di vita[21-23].

Le differenze sintomatologiche fra pazienti, il grado di conoscenza dei disturbi mentali e le diverse risposte dei singoli familiari alla malattia indirizzano verso la costruzione di un percorso individualizzato, che deve tener conto della storia personale del paziente, degli eventi che hanno portato alla crisi o che mantengono il disagio e la sofferenza[24] e riduca il rischio di sviluppare sensi di colpa, ansia e depressione nei familiari. Si tratta di un intervento multicomponenziale che mira sia al benessere del paziente che a quello dei propri familiari[20,25,26], ai quali viene chiesta una partecipazione attiva nel percorso terapeutico. Infine, gli studi sul costrutto della Emotività Espressa (EE)[27,28] hanno messo in luce un'associazione significativa tra alta emotività espressa e carico emotivo, stress e depressione sia nei familiari dei giovani al primo episodio, che in quelli dei giovani ad alto rischio[29-31]. Nelle fasi iniziali del disturbo l'ipercoinvolgimento emotivo può essere influenzato dallo stress familiare e essere interpretato come una reazione di adattamento al senso di colpa e alla percezione di "perdita"[32], o anche come una strategia di coping per ridurre il carico e lo stress percepito[33]. Il criticismo sembra essere maggiormente associato alla Duration of Untreated Psychosis (DUP) e all'attribuzione dei sintomi a un locus of control interno del paziente[34]. Inoltre, i pazienti con famiglie ad alta emotività espressa presentano più elevati livelli di ansia e di depressione, ma non di sintomi positivi; il criticismo è associato all'ansia dei pazienti, a una bassa autostima e scarse strategie di coping dei familiari; la bassa autostima del caregiver è correlata a depressione, stress, carico emotivo e a bassa autostima del paziente[33,35,36].

Nei familiari di giovani all'esordio e ad alto rischio, l'alta Emotività Espressa è presente quasi esclusivamente come ipercoinvolgimento emotivo[37,38] mentre il criticismo e l'ostilità, che giocano un ruolo essenzialenello sviluppo e nel mantenimento della sintomatologia positiva, sono quasi del tutto assenti. Una possibile interpretazione può far riferimento al fatto che i costrutti criticismo e ostilità, essendo correlati maggiormente con la sintomatologia positiva, siano scarsamente presenti nelle prime fasi delle psicosi, al contrario delle forme croniche di malattia che vedono i familiari esposti, per un lungo tempo, a sintomi positivi e negativi resistenti. Al contrario, l'ipercoinvolgimento emotivo può essere interpretato come l'espressione dello sconcerto, dell'angoscia e della preoccupazione per gli eventi che accompagnano l'esordio dei disturbi mentali.

Se i familiari a bassa emotività espressa fungono da fattore di protezione mentre quelli ad alta emotività espressa sviluppano interazioni familiari stressanti che incidono significativamente sulla vulnerabilità bio-psicologica dell'individuo, appare evidente che l'intervento precoce deve porsi come obiettivo, in questa tipologia di caregiver, la riduzione o la prevenzione dell'ipercoinvolgimento emotivo e del criticismo. In particolare, con le famiglie con alto ipercoinvolgimento emotivo il trattamento punta alla gestione dei sentimenti di colpa e perdita, mentre per quelle con criticismo l'intervento si concentra sugli aspetti cognitivi legati alle attribuzioni causali dei sintomi[7,39]. Tuttavia, va sottolineato che i familiari a bassa emotività espressa appaiono adeguati nella gestione del disturbo, ma questo risultato nella valutazione della EE può essere interpretato anche come una sottovalutazione dei sintomi, spesso dovuta a una interpretazione banalizzante del problema.

Tabella 1. Obiettivi dell'intervento precoce per i familiari dei pazienti con esordio psicotico

- riduzione dello stress
- riduzione del carico oggettivo e soggettivo
- cambiamento dei fattori associati alla alta Emotività Espressa
- gestione dei sentimenti di colpa e perdita
- ristrutturazione degli aspetti cognitivi legati alle attribuzioni causali dei sintomi
- maggiori conoscenze dei disturbi e del loro trattamento
- prevenzione dello sviluppo di risposte disfunzionali
- incremento della comunicazione efficace
- aumento delle competenze di problem solving

CARATTERISTICHE GENERALI DEL MODELLO DI INTERVENTO FAMILIARE NELLE ATTIVITA' CLINICHE DI PROGRAMMA 2000

Il Programma 2000, avviato nel 1999 a Milano, si occupa sia di esordi psicotici (FEP) che di situazioni ad alto rischio (UHR) di evoluzione psicotica[40-42], e ha l'obiettivo – in accordo e collaborazione con le esperienze internazionali – di fornire un assessment multidimensionale e un intervento multicomponenziale, in un luogo specifico a bassa soglia con flessibilità di setting, da parte di una équipe dedicata e con uno stile di lavoro assertivo e amichevole. Le azioni sono orientate ad accompagnare il giovane nel suo progetto di vita, a coinvolgerlo sia sul piano della valutazione che su quello dell'intervento, a evitargli ogni contatto con condizioni di disabilità stabilizzata ed a trovare risposte tempestive[43].

Una volta effettuata la presa in carico, le strategie di trattamento multicomponenziale sono rivolte alla persona, alla sua famiglia e al suo contesto di vita, e consistono essenzialmente in interventi psicologici (psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale, gruppi di gestione dell'ansia, interventi sulla competenza sociale e interventi di psicoeducazione), trattamenti farmacologici, procedure di sostegno all'integrazione sociale, interventi con la famiglia e contatti attivi con altre agenzie e risorse del "territorio" (scuola, lavoro, NPI, MMG, volontariato e tempolibero).

Il modello a tre fasi che utilizziamo nelle attività di Programma 2000 e che presentiamo in questo contributo fa corrispondere l'intervento familiare al decorso e all'evoluzione della malattia del paziente: Fase 1 - primo episodio e crisi. Aggancio e Psicoeducazione generale. Fase 2 - la stabilizzazione e le fasi di remissione (Recovery). Psicoeducazione specifica, problem solving e comunicazione efficace. Fase 3 - remissione a lungo termine. Mantenimento del benessere, problem solving e prevenzione delle ricadute.

Il modello si rivolge ai familiari di pazienti con esordio psicotico ma, modificando alcuni contenuti specifici della psicoeducazione, può essere applicato con facilità ai

familiari dei pazienti ad alto rischio.

Con i familiari di pazienti ad alto rischio, laddove prevale la sintomatologia ansiosa e depressiva, il lavoro psicoeducativo punta prevalentemente sulla vulnerabilità biopsicologica e sul rischio di sviluppare un disturbo più grave, sulla modificazione dei comportamenti di mantenimento e di generalizzazione dei disturbi, con l'obiettivo di ridurre il carico familiare e prevenire risposte disfunzionali. Per quanto riguarda la capacità di soluzione dei problemi (problem solving) e la comunicazione efficace (assertività), appare ovvio che, pur di fronte a situazioni diverse dai familiari di pazienti all'esordio, anche questi traggono vantaggio nel migliorare le proprie competenze sociali. Le fasi sono metodologicamente strutturate, ma l'applicazione dell'intervento deve essere flessibile e adattabile alle specifiche caratteristiche di ciascuno dei componenti della famiglia. Le prime due fasi richiedono un numero maggiore di sessioni rispetto alla terza dove, se il processo di recovery è avviato e raggiunto in modo soddisfacente, il ruolo degli operatori diventa soprattutto quello di consulenti. Dal 2008, l'intervento ha una durata di tre anni, mentre precedentemente i pazienti e i familiari venivano seguito per un periodo di cinque anni. La nostra esperienza sul campo e il confronto con altre esperienze internazionali ha portato, nel corso del tempo, a modificare la struttura del trattamento e ad adattarlo maggiormente alle caratteristiche dell'utenza e del nostro sistema sanitario.

Le manifestazioni sintomatologiche, cliniche e sociali che accompagnano l'esordio, e quelle maggiormente diversificate dell'alto rischio, le scarse conoscenze dei disturbi mentali e le differenti risposte dei familiari agli eventi critici hanno privilegiato un trattamento individualizzato rispetto a quello multifamiliare. L'intervento familiare viene quindi costruito sulla storia e le caratteristiche personali, cliniche e sociali di ciascun paziente, e delle risposte emozionali, cognitive e comportamentali di ciascun familiare. Inoltre, un trattamento multifamiliare, pur non essendo da escludere[44], metterebbe insieme persone con storie personali, conoscenze e risposte al disturbo così diverse fra loro da causare, probabilmente più sgomento e angoscia che vantaggi[45].

Il trattamento è rivolto ai "familiari" e non alla "famiglia", e quindi non occorre che siano presenti contemporaneamente tutti i componenti familiari, ma vengono dedicati incontri specifici ai singoli membri in risposta a bisogni personali sia oggettivi che soggettivi.

Tutti i membri della famiglia possono partecipare agli incontri valutando il coinvolgimento di persone molto giovani, come i fratelli, secondo criteri che salvaguardino il rispetto dei minori e i possibili vantaggi.

La partecipazione del paziente è generalmente prevista solo in sessioni di problem solving specifico dove sia necessaria una contrattazione fra le parti per trovare e attuare una soluzione efficace. Gli incontri hanno una durata compresa fra una e due ore al massimo.

La conduzione delle sedute è generalmente affidata a due operatori, il primo esperto di psicoeducazione e il secondo scelto fra gli operatori che hanno in carico il paziente. La presenza di due operatori garantisce, oltre a una competenza specifica, maggiore equilibrio nella gestione di informazioni personali del paziente e nella tutela delle diverse parti.

MODELLO DI INTERVENTO FAMILIARE A TRE FASI NEL PROGRAMMA 2000: ASPETTI SPECIFICI

La prima fase del lavoro con i familiari consente di avviare una valutazione del caso e degli eventi che hanno preceduto l'esordio, di raccogliere informazioni sulle conoscenze rispetto i disturbi mentali, di sondare le prime reazioni dei membri della famiglia all'esordio o all'esposizione della situazione a rischio e di avviare una significativa relazione terapeutica.

Dopo avere ricevuto la segnalazione dello stato di rischio o dell'esordio, il Programma 2000 avvia l'assessment con paziente e familiari, con un'intervista ampia e approfondita sulla storia personale del paziente, avvalendosi anche di strumenti standardizzati che concorrono a valutare se esistano o meno i criteri per la presa in carico da parte del servizio.

Nello specifico, la valutazione strumentale è diretta a approfondire il clima familiare attraverso la Camberwell Family Interview (CFI)[27], il carico oggettivo e soggettivo con la somministrazione del Questionario sui Problemi Familiari (QPF)[46] e il funzionamento sociale del paziente con l'uso della Disability Assessment Schedule (DAS II)[47]. La validazione delle spiegazioni che i familiari si danno per spiegarsi eventi cui non sono preparati costituisce il punto di partenza per fornire una prima psicoeducazione generale e iniziare la ristrutturazione delle idee disfunzionali sul disturbo, che possono contribuire a sviluppare reazioni emozionali disadattive e ad influenzare negativamente il decorso della malattia.

Riteniamo cruciale, sin dai primi incontri, focalizzare l'intervento sulle possibilità di cura e sull'importanza di un coinvolgimento attivo dei familiari nel percorso, senza trascurare possibili spiegazioni (modello vulnerabilità-stress), seppur ancora piuttosto generiche, dell'episodio critico o dello stato di alto rischio al fine di prevenire ansia, depressione, rabbia, colpevolizzazioni e interpretazioni personali, rimandando il trattamento di questi sintomi alla seconda fase. In questa parte del lavoro è cruciale che i terapeuti:

- raccolgano la storia del paziente e dei fatti che hanno portato all'esordio;
- infondano fiducia e trasmettano l'idea che la situazione è complessa ma affrontabile;
- indaghino eventuali false attribuzioni di malattia, accettandole e riformulandole con informazioni psicoeducative generali;
- spieghino il primo episodio, la psicosi o la situazione di alto rischio attraverso il modello stress/vulnerabilità;
- diano informazioni chiare ma generali sui trattamenti farmacologici, rimandando ulteriori spiegazioni a una fase più avanzata del percorso di cura.

La seconda fase, che fa riferimento al periodo, a volte lungo, che segue la dimissione dal ricovero, e nel quale generalmente si assiste a una riduzione della sintomatologia positiva, e che costituisce il "core" dell'intervento, ha il duplice obiettivo di favorire il benessere del paziente e degli altri familiari. In questo periodo è importante comprendere le reazioni alla malattia dei singoli membri della famiglia: spesso la scomparsa dei sintomi viene interpretata come la risoluzione del disturbo, o la sintomatologia negativa persistente favorisce risposte disfunzionali da parte dei familiari che chiedono cambiamenti importanti a persone altamente vulnerabili (periodo critico) o sottovalutano i segnali di rischio di ricaduta (psicoeducazione specifica).

Occorre mantenere alta la motivazione al trattamento e velocemente fornire un modello più sofisticato di lettura e spiegazione della patologia (modello cognitivo della psicosi), che non fornisca informazioni generiche e concetti astratti sui disturbi mentali.

Parallelamente a spiegazioni sul disturbo, i familiari necessitano di supporto emotivo e pratico nella gestione dei sintomi negativi e positivi. Le tecniche di problem solving rappresentano un'opportunità economica ed efficace per affrontare e trovare soluzioni a situazioni difficili di vita quotidiana, aumentando le capacità di coping dei familiari e modificando l'attribuzione di ruolo del caregiver, con conseguente riduzione della sofferenza e del carico emotivo[48-50].

Gli obiettivi essenziali di questa seconda fase del trattamento sono:

- condividere il razionale degli interventi precoci nella psicosi e del senso del trattamento negli stati di alto rischio;
- valutare gli eventuali nuovi bisogni e cambiamenti dei familiari;
- fornire spiegazioni sul modello di malattia, spiegare i sintomi negativi e positivi, i segnali di rischio e il decorso del disturbo;
- condividere il modello cognitivo della psicosi;
- utilizzare il metodo del problem-solving per la risoluzione dei problemi;
- spiegare il ruolo dei farmaci nel processo di guarigione;
- introdurre il concetto di ricaduta facilitando il riconoscimento dei segnali di allarme, che, nel caso degli esordi, spesso sono gli stessi dei segnali prodromici.

Infine, supportato da una ampia raccolta di evidenze sulla importanza e sul ruolo della competenza sociale nella gestione di situazioni stressanti, il lavoro familiare punta a migliorare le abilità di comunicazione all'interno della famiglia focalizzando l'attenzione sull'aumento dell'espressione dei sentimenti positivi, sulla riduzione dei sentimenti negativi e su un'espressione più adeguata di questi sentimenti.

La terza ed ultima fase del trattamento, quella del mantenimento a lungo termine del benessere, che prevede un monitoraggio sistematico del clima emotivo familiare e che può differenziarsi per intensità e contenuti a seconda dell'andamento del disturbo, è sempre caratterizzata dal problem solving, con particolare attenzione alla prevenzione delle ricadute, stimolando la capacità di riconoscimento delle situazioni stressanti e dei segnali di rischio, e predisponendo un piano di lavoro qualora si verificasse una situazione a rischio oppure una ricaduta.

CONCLUSIONI

La necessità e l'efficacia di un intervento a forte contenuto psicoeducativo con le famiglie dei giovani nelle fasi iniziali delle psicosi, così come sostenuto anche dai risultati della nostra esperienza, è ormai un punto fermo e consolidato nella letteratura internazionale. Alcune variabili applicative, riscontrabili nei diversi contesti, non possono modificare sostanzialmente i contenuti chiave indicati dalle evidenze. Di grande interesse e sviluppo sono oggi gli studi e le riflessioni sulle caratteristiche del funzionamento e del clima emotivo familiare anche prima del disturbo, sul rapporto tra i costrutti dell'EE (in particolare il criticismo) e i sintomi, tra le credenze dei familiari, le loro capacità di fronteggiamento e di controllo delle situazioni problematiche e il loro carico emozionale.

Questo filone di ricerca che, soprattutto per quanto riguarda gli alti rischi è ancora in progress, apre la strada ad una sempre più approfondita conoscenza delle interazioni tra patologia nascente ed ambiente familiare e, di conseguenza, a possibilità di intervento e di prevenzione sempre più puntuali e vincenti.

BIBLIOGRAFIA

1) McFarlane W R. Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento dei disturbi psicotici. In: Hagen R, Turkington D, Berge T & Grave RW (a cura di) Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi. Ed. it. Eclipsi. Firenze, 2012.

2) Zubin J, Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol. 1977; 86(2): 103-126.

3) Falloon I, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 1985; 42(9): 887-896.

4) Falloon I. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. World Psychiatry. 2003; 2 (1):20-28.

5) Bird V, Premkumar P, Kendall T, et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psychiatry. 2010; 197 (5): 350-356.

6) Kuipers E. Cognitive behavioural therapy and family intervention for psychosis – evidence-based but unavailable? The next steps. Psychoanalytic Psychotherapy. 2011; 25 (1): 69–74.

7) McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J Mar Fam Ther. 2003; 29 (2): 223-45.

8) Fiorillo A, Bassi M, De Girolamo G, Catapano F, Romeo F. The impact of a psychoeducational intervention on family member's views about schizophrenia: results from the OASIS Italian multi-centre study. Int J Soc Psychiatry. 2011; 57(6): 596-603.

9) Prytys M, Garety PA, Jolley S, Onwumere J, Craig T. Implementing the NICE Guideline for schizophrenia – recommendations for psychological therapies: a qualitative analysis of the attitudes of CMHT staff. Clin Psych Psychother. 2011; 18 (1): 48-59.

10) Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, et al. A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. Trials. 2012; 13-73.

11) Aramini G, Bettinardi O, Casana E, et al. Verso STAND-UP. Un modello di formazione al trattamento dell'esordio psicotico e le sue ricadute sull'autoefficacia degli operatori. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2013; volume 8.

12) Meneghelli A, Pisano A, Coronelli I, Cocchi A. Programma 2000: un apripista con molte funzioni. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2013; volume 8.

13) NICE: National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London, 2003.

14) NICE: National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary. London, 2009.

15) NICE: National Institute for Clinical Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. London, 2014.
16) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines team for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39 (1-2): 1-30.
17) Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis – A brief summary for practitioner. 2nd edition. Orygen Research Center. Melbourne, 2010.
18) Sistema Nazionale per le Linee Guida. Linee guida. Interventi precoci nella Schizofrenia. Ministero della Salute. Roma, 2007.
19) Alpi A, Cocchi A, Meneghelli A, Pafumi N, Patelli G. Lavorare con le famiglie negli esordi psicotici: un intervento strutturato per i caregiver. Giorn It Med Lav Ergon. 2008; 30(3): B62-B70.
20) NICE: National Institute for Clinical Excellence. Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management. London, 2013.
21) Kuipers L, Onwumere J, Bebbington P. Cognitive model of caregivering in psychosis. Br J Psychiatry. 2010; 196 (4): 259-265.
22) Onwumere J, Bebbington P., Kuipers E. Family Interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. Epidemiol Psichiatr Sci. 2011; 20(2): 113-119.
23) Nilsen L, Frich JC, Friis S, Norheim I, Røssberg JI. Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. Early Interv Psychiatry. 2014, [Epub ahead of print].
24) Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington P. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychol Med. 2001; 31(1): 189-195.
25) Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. Schizophr Res. 2005; 79(1): 77-83.
26) Barrowclough C, Gooding P, Hartley S, Lee G, Lobban F. Factors associated with distress in relatives of a family member experiencing recent-onset psychosis.J Nerv Ment Dis. 2014; 202(1):40-6.
27) Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. Br J Soc Clin Psychol. 1976; 15(2): 157-165.
28) Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the couse of the psychiatric illness. Br J Psychiatry. 1976; 129(8): 421-458.
29) Roick C, Heider D, Bebbington PE, et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. Br J Psychiatry. 2007; 190 (4):333-338.
30) Kuipers L, Bebbington P. Research on burden and coping strategies in families of people with mental disorders: problems and perspectives. In: Sartorius N, Leff J, Lopez J, eds. Families and mental disorder: from burden to empowerment.New York, NY: Wiley; 2005: 217-234.
31) Koutra K, Vgontzas AN, Lionis C, Triliva S. Family functioning in first-episode psychosis: a systematic review of the literature.Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(7):1023-1036.
32) Patterson P, Birchwood M, Cochrane R. Expressed emotion as an adaptation to loss. Prospective study in first-episode psychosis. Br JPsychiatry Suppl. 2005; 48 (8): s59-64.
33) Kuipers L, Bebbington P, Dunn G, et al. Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. Br J Psychiatry. 2006; 188 8(2): 173-179.
34) Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. Annu Rev Clin Psychol. 2007; 3: 329-52.
35) Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Cotton SM, et al. Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. Psychol Med. 2010;40(1):63-72.
36) Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Br J Psych. 1996; 168(5): 580-587.
37) Patelli G, Meneghelli A, Pafumi N, Cocchi A. Expressed Emotion in families of first episode and at risk young people. Which characteristics and which intervention. Schizophr Res. 2006; 86:S48.
38) Meneghelli A, Alpi A, Pafumi N, Patelli G, Preti A, Cocchi A Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: Results from the Programma2000. Psych Res. 2011; 189 (3): 331-338.
39) Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. Schizophr Res. 2005; 79 (1): 77-83.
40) Cocchi A, Meneghelli A. L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio. Torino: Centro Scientifico Editore; 2004.
41) Cocchi A, Meneghelli A, Preti A. Programma 2000: Celebrating Ten Years of Activity of an Italian Pilot Program on Early Intervention in Psychosis. Aust N Z J Psychiatry. 2008; 42 (12): 1003-1012.
42) Meneghelli A, Cocchi A, Preti A. "Programma2000": a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999. Early Interv Psychiatry. 2010; 4 (1): 97-103.
43) Cocchi A, Meneghelli A. Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale di intervento precoce. Milano: Edi-Ermes; 2012.
44) Rossberg JI, Johannessen JO, Klungsoyr O, et al. Are multi family groups appropriate for patients with first episode psychosis? A 5-year naturalistic follow-up study. Acta Psych Scandinav. 2010; 155 (5): 384-394.
45) Goldstein MJ. Psychoeducation and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. Denmark: Conference Proceedings;1996: 1-4.
46) Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. Psychol Med. 1983; 15(2): 383-394.
47) World Health Organisation. Psychiatric Disability Assessment Schedule. Geneva: WHO; 2004.
48) Calvo A, Moreno M, Ruiz-Sancho A, et al. Intervention for adolescents with early-onset psychosis and their families: a randomized controlled trial.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(6):688-696.
49) Jansen JE, Harder S, Haahr UH, et al. The role of metacognitions in expressed emotion and distress: a study on caregivers of persons with first-episode psychosis.Clin Psychol Psychother. 2014; Epub ahead of print.
50) McCann TV, Lubman DI. Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first-episode psychosis.BMC Psychiatry. 2014; 14:168.