Interventi psicoeducativi specifici per la promozione e la tutela della salute mentale: l'esperienza e le evidenze del DSM di Campobasso

Franco Veltro[1], Manuel Alejandro Morales-Garcìa[1], Ilenia Nicchiniello[1-2], Ines Oricchio[1], Alessia Pica[1-2], Irene Pontarelli[1-2], Nicola Vendittelli[1]

[1]Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso, ASReM;

[2]Cooperativa Sociale "Nuove Prospettive"

RIASSUNTO

Nel presente contributo gli Autori, dopo un'introduzione generale nella quale viene illustrata una sintetica panoramica della letteratura sull'efficacia degli interventi psicoeducativi, descrivono alcuni di questi approcci erogati in modo routinario presso il Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso, specifici per alcune tipologie di pazienti e per contesto di trattamento. Sono in particolar modo descritti quegli interventi di provata efficacia nell'ottica della sanità pubblica, per rispondere sia all'esigenza di promozione e prevenzione, sia di tutela, vale a dire per la cura, la gestione e la riabilitazione dei pazienti con psicosi. Gli interventi descritti riguardano: a) la promozione del benessere psicologico presso le scuole; b) la gestione del disturbo schizofrenico con un intervento multifamiliare basato sul problem solving; c) la gestione del disturbo bipolare con un intervento di gruppo di pazienti anche in un'ottica di self-help; d) il funzionamento cognitivo dei pazienti affetti da schizofrenia mediante due interventi di gruppo tra loro complementari, quali il problem solving e la riabilitazione emozionale-cognitiva; e) la gestione della cura in SPDC. Per ogni intervento sono riportati i risultati ottenuti attraverso studi "pragmatici nella real-life", in alcuni casi ripetuti, di confronto e/o di follow-up. In tutti i contesti e per tutte le diverse tipologie di utenti, l'adattamento specifico dell'approccio psicoeducativo basato su manuali operativi ha dimostrato, anche per interventi sperimentali e fortemente innovativi, di essere molto efficace.

SUMMARY

In this paper the authors, after a general introduction which discusses a brief overview of the literature of the effectiveness of psychoeducational interventions, describe some of these approaches provided routinely at the Department of Mental Health of Campobasso, specific for types of patients and context of treatment. Effective interventions of a great importance for public health conceived to respond to the need for promotion, prevention, treatment, management and rehabilitation of patients with psychosis are described. They concern: a) the promotion of psychological well-being in schools; b) the management of schizophrenia with a multi-family intervention based on the problem solving; c) the management of bipolar disorder with an intervention group of patients also in terms of self-help; d) the cognitive functioning of patients with schizophrenia by means of two group interventions, such as problem solving and emotional-cognitive rehabilitation; e) the management of care in SPDC. For each intervention the results obtained through "pragmatic studies in the real-life", in some cases repeated comparison and / or follow-up, are shown. In all contexts and for all the different types of users, the specific adaptation of the psychoeducational approach based on operating manuals, even for experimental and and highly innovative interventions, has shown to be very effective.

INTRODUZIONE

Gli interventi psicoeducativi, in origine concepiti soprattutto per il trattamento della schizofrenia[1], si sono rivelati nel tempo efficaci, attraverso adattamenti, per molti altri disturbi, come il disturbo bipolare[2], la depressione[3], i disturbi di personalità[4], il disturbo acuto da stress[5], il disturbo post-traumatico da stress complesso[6], i disturbi d'ansia e il disagio psicologico[7], il "binge eating disorder"[8] ed alcuni disturbi neuropsichiatrici, come la sindrome di Tourette associata a ADHD[9] ed i disturbi dello spettro autistico[10]. Sono necessari ulteriori studi di conferma per tutte le patologie tranne la schizofrenia e i disturbi affettivi, per i quali le prove sono talmente consistenti[11,12] che le linee-guida NICE[13,14] ne suggeriscono l'utilizzo in modo tempestivo soprattutto nelle fasi di esordio[15].

L'adattamento e l'evoluzione dei trattamenti psicoeducativi hanno riguardato molti aspetti dei disturbi e le diverse review mostrano che sono stati applicati con modalità diverse[16]. In Italia sono stati condotti numerosi studi, ai quali si può far riferimento per l'analisi dei risultati ad un follow-up di 11 anni[17], per la completezza della valutazione multidimensionale dell'esito[17,18] e per l'impatto sul cambiamento di opinione sul disturbo da parte dei familiari[19]. Vi sono inoltre diverse rassegne sistematiche sull'efficacia[20], sui fattori ostacolanti e favorenti l'applicazione, così come sulla diffusione di questo approccio nel nostro paese per il trattamento della schizofrenia[21,22] e del disturbo bipolare[23]. Indubbiamente questo approccio favorisce anche l'integrazione con molti interventi psicosociali[24] come il Social Skills Training[25,26], la Cognitive Remediation[27] e il Problem SolvinG[28,29]. Va comunque evidenziato che l'intervento di Falloon[30,31] era stato già in origine concepito in modo da combinare gli elementi informativi con il training di abilità sociali e di problem solving, fino a considerare quest'ultimo come il nucleo centrale del trattamento[32,33]. Un'evoluzione dell'intervento è poi rivolta a gruppi di famiglie con la partecipazione degli utenti[34], introdotta in Italia da Casacchia e Roncone[35].

Da diversi anni nel Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso gli interventi psicoeducativi sono utilizzati in modo diffuso e specifico per setting (reparto, territorio, semiresidenzialità e residenzialità) e in relazione agli obiettivi (di promozione del benessere psicologico, di miglioramento nella gestione del disturbo, di trattamento terapeutico e di riabilitazione). In questo contributo verranno presentati alcuni di questi approcci in uso nel DSM di Campobasso, tra quelli innovativi, strutturati, manualizzati, eper i quali sono disponibili dati di efficacia o sono in corso studi di valutazione dopo averne verificato un positivo impatto su base esperienziale, con indicatori "robusti" quali crisi, riammissioni in reparto, aderenza al trattamento, ecc. Per ogni intervento sono illustrati le caratteristiche fondamentali ed i risultati degli studi valutativi. Sono qui descritti gli approcci per: a) promuovere il benessere psicologico e la salute mentale nelle scuole; b) migliorare la gestione del disturbo schizofrenico con un intervento multifamiliare basato sul problem solving; c) migliorare la gestione del disturbo bipolare con un intervento di gruppo di pazienti anche in un'ottica di self-help; d) migliorare il funzionamento cognitivo dei pazienti affetti da schizofrenia mediante due interventi di gruppo tra loro complementari, quali il problem solving e la riabilitazione emozionale-cognitiva; e) migliorare la gestione delle crisi in SPDC.

Le strategie operative comuni a tutti gli interventi sono in sintesi: a) l'apprendimento attivo "tra pari"; b) l'approccio maieutico o socratico; c) la comunicazione efficace; d) la "normalizzazione"; e) le dimostrazioni pratiche (mediante role-play e modelling); f) il rinforzo positivo e il feedback costruttivo; g) l'uso del problem solving; h) l'assegnazione di esercitazioni.

L'INTENTO PSICOEDUCATIVO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NELLE SCUOLE

Il focus di questo intervento è la promozione della salute mentale anche nell'ottica della prevenzione, prevista tra l'altro in tutti gli indirizzi e atti normativi. Non si è a conoscenza di interventi di provata efficacia in Italia, in accordo con quelli suggeriti da diversi anni dall'Organizzazione Mondiale della Salute, focalizzati sulla promozione del benessere emozionale e sulle abilità di vita con un approccio globale ed olistico[36-38]. L'evidenza mostra che tali interventi devono essere condotti a scuola come parte integrante di un programma molto strutturato[39-41]. In aggiunta, l'attenzione deve mirare solo alla promozione del "benessere psicologico" senza alcun riferimento alla tutela o agli aspetti psicopatologici[42].

L'Istituto Superiore della Sanità (ISS) di Roma, nel 2008, nell'ambito dei progetti di "Gaining Health", ha messo a punto un manuale per le scuole medie superiori (http://.www.ccm-network.it) che recepisce gran parte degli elementi sopradescritti per la conduzione di un programma di promozione della salute mentale nelle scuole medie superiori, basato su incontri settimanali di un'ora per circa sei mesi[43]. Il manuale contiene una serie di "Work Unit" per favorire un approccio sequenziale step-by-step di abilità pratiche, interpersonali e personali che includono la capacità di comprensione e gestione delle emozioni e di problem solving, oltre che la definizione di Obiettivi Personali e Piacevoli. E' basato inoltre sul coinvolgimento attivo degli studenti, unici protagonisti, con esercitazioni, continui feedback ed inoltre homework. Nei primi studi di fattibilità, gradimento e di efficacia pratica[44,45] si sono ottenuti risultati incoraggianti. Sulla base dei risultati sono state effettuate modifiche del manuale, per quanto riguarda aspetti formali e di contenuti, dando maggiore spazio agli aspetti di ristrutturazione cognitiva e di gestione delle emozioni, per renderlo applicabile anche nelle scuole medie inferiori. E' stato anche incorporato un "notebook" per favorire gli homework.

E stato quindi messo a punto un secondo studio di efficacia che ha riguardato l'applicazione della versione modificata[46] in sei Istituti, quattro scuole medie superiori e due inferiori, con dodici classi, sei sperimentali e sei di controllo; si sono ottenuti ulteriori miglioramenti nelle variabili esplicative dell' "emotional well-being"[47] oltre a differenze statisticamente significative tra le scuole medie superiori ed inferiori[48]. I risultati osservati negli ultimi due studi hanno riguardato 6 classi di 6 diversi Istituti scolastici, 4 delle scuole medie superiori e 2 delle scuole medie inferiori, per un totale di 113 alunni (51% maschi), età compresa tra i 12-17 anni (m= 14.8, ± 1.4 nel campione iniziale e 15.1 ±1.4 alla fine dell'intervento durato 8 mesi con incontri settimanali di un'ora).

Nelle scuole medie superiori al confronto pre-post effettuato con il Willcoxon signed ranks test, risultati statisticamente significativi si sono osservati alla "Scale of Perceived Self-efficacy in Coping with Negative Emotions" ($p = 0.012$), nelle variabili "Definire un obiettivo" ($p < 0.01$), "Comunicazione dei sentimenti piacevoli" ($p < 0.01$), "Fare richieste in maniera positiva" ($p = 0.032$), "Comunicare sentimenti spiacevoli" ($p < 0.01$), ed al punteggio "Globale di apprendimento degli Skills" ($p = 0.01$); infine, tra le abitudini perniciose, si è trovata una differenza significativa di miglioramento nell'item "Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?" ($p = 0.001$).

Nelle scuole medie inferiori al confronto pre-post effettuato con il Willcoxon signed ranks test, risultati statisticamente significativi si sono osservati al punteggio globale della scala "Idea Inventory" ($p = 0.007$) che valuta le idee disfunzionali, nelle variabili "Definire un obiettivo" ($p < 0.01$), "Comunicazione dei sentimenti piacevoli ($p = 0.001$), "Fare richieste in maniera positiva" ($p < 0.01$), "Comunicare sentimenti spiacevoli" ($p < 0.01$), "Ascolto attivo" ($p = 0.001$), "Problem Solving" ($p = 0.001$) e al punteggio "Globale" (Sig. 0.0001).

Vi sono importanti conclusioni da trarre da questi studi. Viene confermato anche in Italia che la scuola è uno dei più importanti setting per la promozione della salute mentale[49,50]. In particolare i risultati ottenuti danno indicazioni più precise per quanto riguarda i miglioramenti a seconda dello stadio evolutivo. Se pur in presenza di punteggi migliorati nelle diverse aree indagate, è interessante notare che nelle scuole medie superiori l'area relativa alla gestione delle emozioni presenta miglioramenti marcati nella gestione delle emozioni negative. Tale risultato non è stato osservato nelle scuole medie inferiori, dove invece il miglioramento ha riguardato le "convinzioni disfunzionali" assente nelle "High School". Evidentemente, la maggiore flessibilità cognitiva degli studenti di minore età, associata ad un atteggiamento di scolarizzazione maggiormente presente in questa fascia d'età, spiega anche i risultati migliori ottenuti nell'apprendimento di abilità della comunicazione efficace e di problem-solving, almeno su un piano teorico, che non sono stati osservati nelle scuole superiori.

In conclusione, se pur in presenza di limiti di natura metodologica, tra l'altro ben descritti dagli autori nei loro contributi e che saranno tenuti in considerazione per ulteriori modifiche del manuale, già in corso, così come nell'effettuazione degli studi, i risultati appaiono interessanti e complessivamente incoraggianti. Va anche considerata la soddisfazione per l'intervento da parte degli studenti, dei professori e dei Dirigenti Scolastici che ogni anno chiedono la replica dell'intervento.

L'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO FAMILIARE BASATO SUL PROBLEM SOLVING

Il focus di questo trattamento è la gestione del Disturbo Psichiatrico Grave, complesso e persistente. E' per diversi aspetti un approccio innovativo, propedeutico all'Intervento Psicoeducativo con la singola famiglia e basato sul training di problem solving (PS) come proposto da Falloon et al.[51] e da Barbieri et al.[29,52]. In sintesi, l'approccio prevede incontri con quattro o sei nuclei familiari, settimanali nei primi tre mesi, poi quindicinali per ulteriori tre mesi, quindi mensili per altri sei mesi ed infine trimestrali. Ovviamente, la frequenza degli incontri e il periodo di durata è flessibile. Il primo incontro è introduttivo, illustra modalità e contenuti, riprendendo il Modello Stress-Vulnerabilità Coping. Successivamente vi sono incontri per la definizione di Obiettivi Personali e Piacevoli, per il training del PS orientato a problemi pratici, problemi interpersonali e personali compresa la gestione dei Segni Precoci di Ricadute e la Gestione della Crisi Emotiva. Per ogni incontro è prevista la presenza di un conduttore e di un co-conduttore.

L'intervento viene erogato di routine a Campobasso da oltre dieci anni ed è basato su un manuale che, dopo varie revisioni, solo quest'anno si è deciso di pubblicare[53]. Non è stata effettuata una valutazione di effectiveness poiché esistono risultati positivi ormai consolidati dell'Intervento Multi-Familiare sia a livello internazionale[34] che in

Italia[54,55]. Nello studio di Roncone et al.[54] condotto su 74 pazienti affetti da schizofrenia, di cui 39 hanno ricevuto l'Intervento Familiare Individuale (IFI) e 35 lo IMF, gli esiti sono stati positivi per entrambi i gruppi, con risultati molto più vantaggiosi nelle dimensioni cliniche e sociali nei familiari di sesso femminile dello IMF e lievemente migliori tra i pazienti sempre dello IMF. Nello studio di Bazzoni et al.[55] condotto però con un IMF senza la presenza del paziente affetto da schizofrenia, con il controllo di 10 pazienti con la stessa diagnosi che ricevevano un Trattamento di Routine, si è osservato al follow-up di 1 anno una riduzione del carico oggettivo e soggettivo, diminuzione dei punteggi nelle scale della Disabilità e della psicopatologia, oltre che una riduzione del dosaggio farmacologico nel gruppo IMF. Esiti molto positivi si sono osservati in Italia, allo stesso modo, con l'intervento di gruppo di pazienti con il problem-solving strutturato[29,33]. Pertanto, a Campobasso ci si è concentrati più sull'erogazione di questo trattamento destinando risorse per le ricerche ad interventi meno studiati. Tuttavia, recentemente, in occorrenza di un trial nazionale sull'efficacia della psicoeducazione[56] si è deciso di confrontare questo intervento multifamiliare con un altro che, seppur manualizzato, prevede incontri di discussione sugli stessi argomenti ma non in modo strutturato. Allo stato attuale possiamo affermare che l'esperienza è estremamente positiva, sia per gli utenti che per i familiari. Sono stati effettuati ad oggi sei cicli di intervento per ventuno famiglie.

In conclusione, l'intervento è risultato sempre di gradimento per tutti, con ottimi risultati caratterizzati soprattutto da massima aderenza al trattamento farmacologico ed al programma psicoeducativo (assenza di drop-out, ma solo occasionali assenze), assenza di ricovero per tutti i pazienti anche negli anni successivi, aumento della socializzazione dei pazienti e dei familiari, soddisfacimento dei bisogni clinici anche dei familiari (miglioramento tra questi ultimi di alcuni quadri depressivi) e del carico familiare.

L'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO DI GRUPPO PER IL DISTURBO BIPOLARE

Il focus di questo trattamento è far riconoscere ed accettare il disturbo bipolare, enfatizzare l'importanza di un'attenta educazione del paziente e pure della sua famiglia, al fine di migliorare non solo la conoscenza della malattia, ma anche le strategie necessarie per riconoscere e fronteggiare in maniera adeguata le sue diverse fasi.

Poiché è un disturbo grave, ricorrente con relativa alta incidenza[57] e risponde bene ai trattamenti integrati soprattutto quelli psicoeducativi[2,23,58,59], il CSM di Campobasso ha inserito tra i suoi programmi di cura il progetto "Lo Spettro Bipolare". Esso coinvolge gruppi di utenti del CSM (dagli otto ai dodici pazienti per ciclo) con i seguenti obiettivi primari: 1) promuovere una partecipazione attiva e consapevole; 2) favorire la continuità nell'assunzione delle terapie psicofarmacologiche; 3) offrire informazioni sulla natura complessa del disturbo, sul suo funzionamento e sui suoi effetti; 4) migliorare il riconoscimento dei segni precoci di ricaduta; 5) fornire strategie per fronteggiare lo stress.

La durata complessiva del programma è di sei mesi suddiviso in quattro tappe. Per l'intervento viene adottato il testo: "Lo Spettro Bipolare: manuale di Auto Aiuto sul Disturbo Bipolare per pazienti e familiari"[60] che ha il pregio di essere stato scritto in collaborazione con gli utenti. Il testo che affronta gli argomenti tipici degli interventi psicoeducativi viene letto e discusso dagli utenti con la presenza degli operatori che svolgono il ruolo di mediatori e facilitatori.

Nel CSM l'approccio si basa su incontri settimanali per i primi tre mesi di circa due ore, con un gruppo formato in genere da 8 utenti coordinati da 2 professionisti; nel nostro caso uno psicologo e un tecnico della riabilitazione psichiatrica, oppure due tecnici della riabilitazione psichiatrica. Per i successivi tre mesi gli incontri sono quindicinali, poi un incontro al settimo mese ed uno di verifica al decimo mese. Alla fine del percorso viene inviata una lettera al medico di medicina generale con informazioni relative al grado di partecipazione con una breve sintesi della condizione clinica e dei fattori favorenti (ad esempio, ottimo insight) ed ostacolanti (ad esempio, self-stigma) oltre che briefing periodici con gli psichiatri curanti. Agli incontri partecipano su richiesta degli utenti anche il familiare-chiave la cui presenza si ritiene necessaria, su consenso dell'utente, a tre incontri sui "segni precoci di ricadute".

Tutti gli utenti sono valutati con i seguenti strumenti di misura: CGI[61], HONoS[62] per la valutazione delle compromissioni cliniche e di funzionamento, il SAVE[63] per la valutazione multidimensionale e multiassiali degli esiti in condizione di routine, oltre ad una scala breve elaborata ad hoc per l'aderenza al trattamento. Inoltre, sono monitorati il numero di ricoveri e il numero di TSO nell'arco dell'anno dell'intervento e negli anni successivi.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati ad oggi disponibili, hanno partecipato a 4 corsi 33 utenti (57% femmine) con età media pari a 46.6 (ds=10.6). Per quanto riguarda lo stato occupazionale. il campione sostanzialmente è equamente diviso tra lavoratori (40%), più due borsisti (6%) e disoccupati (42%). Per quanto riguarda lo stato civile gli utenti sono divisi tra coniugati (57%) e single (43%), tra i quali 8 mai sposati (24%), 5 separati o divorziati (15%) e 1 vedovo (3%).

Gli anni di cura per il disturbo, precedenti al percorso, sono compresi in un range 1-25 (m=10,3; ds=6,6). Tre utenti (9%) non hanno mai effettuato ricoveri, mentre il restante 91% ha totalizzato 111 ricoveri con una correlazione positiva alta ($r=.65$; $p<0.001$) tra numero di ricoveri ed anni di cura.

La probabilità di ricovero prima del percorso psicoeducativo (rapporto tra numero di ricovero e anni di cura) è risultata pari a 34%. All'end-point si sono avuti solo 2 ricoveri, con una diminuzione della media dei ranghi prima-dopo pari a 14.0 ($p < 0.000$). Il numero totale dei TSO prima di iniziare l'approccio era di 12 (11% del totale dei ricoveri), mentre durante l'intervento e nell'anno successivo non si sono verificati TSO.

Il campione prima dell'intervento risultava giudicato sulla base della CGI come "lievemente ammalato" (m=3.3; ds=1.4) a cura dello psichiatra referente, sulla base del compenso clinico e della relativa stabilità nell'ultima settimana. Alla fine dell'intervento il campione è stato valutato come "lievemente migliorato" (m=2,7083; ds=0,9546) e l'efficacia in termini clinici giudicata come "sensibile miglioramento" (m=7,3333; ds=3,559).

Per quanto riguarda la HoNOS si è osservato un miglioramento al punteggio totale con una diminuzione della media dei ranghi di 4.71 ($p=0.001$), consistente per gli item 1-8 (sottoscala per problemi comportamentali, fisici e sintomatologia clinica) con una diminuzione della media dei ranghi di 33.3 ($p= 0.02$); per gli item 9-12, sottoscala dei problemi relazionali, si è avuto invece un peggioramento (aumento della media dei ranghi pari a 0.53, $p =0.002$) a causa degli item 11 e 12 che sono però relativi alle condizioni "materiali" di vita e quindi in parte spiegabili con la crisi economica di questi anni. Infatti negli item 9 e 10 della stessa sottoscala vi è stato un miglioramento consistente, rispettivamente con una diminuzione della media dei ranghi di 1.73 ($p < .005$) e di 5 ($p < .006$).

Miglioramenti importanti sono stati osservati anche nel punteggio globale della scala SAVE con aumento della media dei ranghi pari addirittura a 14.0 (p=0.0001).

In conclusione, i dati di monitoraggio routinario degli esiti confermano l'efficacia di questo approccio condotto su un gruppo di pazienti che si confrontano sulla base di un manuale di auto-apprendimento. Importante è la presenza dei familiari quando si affrontano i segni precoci di crisi, che si rilevano tramite l'osservazione comportamentale.

L'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO DI RIABILITAZIONE EMOZIONALE COGNITIVA (REC) E DI TRAINING DI PROBLEM SOLVING DI GRUPPO (PST)

Il focus è il funzionamento sociale con l'obiettivo primario di miglioramento dei deficit cognitivi, in particolare la "Theory of Mind" per la REC e le funzioni esecutive, in primis il processo di pianificazione" per il PST.

Si tratta di due approcci, manualizzati e complementari, che prevedono incontri con un gruppo di sei pazienti (anche tra quattro e otto), in presenza di un conduttore e di un co-conduttore, strutturati nelle seguenti parti: 1) verifica dei progressi fatti dalla volta precedente e delle difficoltà incontrate; 2) discussione in comune degli esercizi svolti nel proprio ambiente di vita; 3) argomento del giorno, alias insegnamento dell'abilità; 4) assegnazione dei compiti da fare prima dell'incontro successivo.

Per quanto riguarda la REC, esiste un manuale non ancora pubblicato messo a punto da Vendittelli & Veltro[64]. L'intervento ha modalità di svolgimento simile al PST (vedi oltre), con incontri settimanali di novanta minuti della durata di sei mesi, ma articolato in tre successive fasi: a) motivazione e condivisione degli obiettivi del training; b) alfabetizzazione emozionale; c) apprendimento degli automatismi per l'elaborazione emotiva, dapprima relativa alla "propria mente" e poi a quella altrui. Sono prese in esame sia le emozioni semplici (ad es., tristezza) sia quelle complesse (ad es., disgusto) e sono identificati nel lavoro gruppale man mano i pensieri, le immagini mentali, le sensazioni sperimentate dal paziente in una situazione reale riferita da lui, nonché le azioni ed i comportamenti messi in atto. Successivamente si valuta l'adeguatezza o meno dei comportamenti adottati ed eventualmente si suggerisce di migliorare quel comportamento attraverso il Social Skills Training (SST). I pazienti sono infine "socraticamente" guidati nel lavoro d'intuizione della mente altrui attraverso l'inferenza d'intenzioni, desideri, credenze dell'altro, che parte dall'analisi dei contenuti emotivi collegati alle situazioni reali di vita che sono da loro narrate.

Per quanto riguarda il PST, esistono due manuali, sostanzialmente simili, dei quali uno a cura di Barbieri et al.[52]ed un altro a cura di Falloon et al.[51], non pubblicato a causa della prematura scomparsa dell'Autore. Per lo studio che descriveremo di seguito, è stata utilizzata la versione di Falloon, ampiamente sovrapponibile a quella utilizzata da Veltro et al. nel manuale "multifamiliare"[53] del quale lo stesso Falloon ha incoraggiato la messa a punto; quella di Barbieri et al.[52]è in uso a Campobasso per le Strutture Residenziali ed il Centro Diurno. L'approccio prevede un lavoro di gruppo con quatto-sei pazienti, con almeno un incontro settimanale (un secondo incontro solo tra pazienti è auspicabile) della durata di novanta minuti per circa sei mesi. Sono previsti incontri per la presentazione dell'intervento e del modello stress-vulnerabilità, per la definizione di obiettivi piacevoli e personali, per illustrare il metodo del problem-solving (PS) orientato ai problemi pratici con due-tre incontri successivi di esercitazione, del PS ai problemi interpersonali comprese le abilità di comunicazione e relative sedute di esercitazione ed infine il PS personale compresi i Segni Precoci di Ricadute e la gestione della crisi. Sono previsti anche incontri per acquisire competenze specifiche per la gestione di problematiche complesse.

E' stato effettuato uno RCT della durata di un anno per confrontare l'efficacia comparativa di questi due approcci, cioè REC vs PST con ventiquattro pazienti affetti da schizofrenia tipo paranoide (dodici per trattamento). La valutazione è stata effettuata da due ricercatori indipendenti attraverso: a) la Community Health Record (short version) – per la raccolta delle informazioni anamnestiche e delle condizioni biomediche e psicosociali; b) la Current Psychiatric State - CPS 50(65), un'intervista semi-strutturata per la valutazione dei sintomi psichiatrici, in accordo con i sistemi di classificazione DSM IV-TR e ICD-10, e della loro gravità, in accordo con le diverse scale di valutazione frequentemente utilizzate quali BPRS, SAPS, SANS e PANSS, HAM-D; c) la FPS[66] per la valutazione del funzionamento personale e sociale, su una scala di valori da da 0 a 100; d) il Test Torre di Londra per esplorare ed identificare i deficit dei processi di pianificazione specifici del lobo frontale; e) il Test di Fluenza Verbale[67], per valutare le funzioni esecutive attraverso la ricerca rapida di parole nel "lessico interno"; f) il Test di Rey, per la memoria verbale; g) la Key Search (KS), per valutare l'abilità di costruire un piano strategico per risolvere un problema ("la chiave nel campo"!); h) la Zoo Map (ZM), per misurare l'abilità di formulare e implementare un piano di azione; i) il Trail Making Test (TMA), per la valutazione delle capacità visuo-motorie, attentive, della flessibilità cognitiva e della capacità strategica; l) il Wechsler Memory Scale -III Spatial Span per valutare l'orientamento spazio-temporale; m) il Continuous Performance Test per valutare la memoria a lungo termine; n) il Test dei Compiti di Falsa credenza di I livello e II livello[68,69]; o) il Test della Cognizione Sociale[70].

All'inizio dello studio i soggetti sono apparsi confrontabili per la gran parte delle variabili in quanto non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi sia per le variabili cliniche, sia per quelle di funzionamento che per quelle relative ai domini cognitivi.

Alla fine dello studio si sono osservati miglioramenti nelle tre scale generali della PANSS, dei Sintomi Positivi ($F (1,22) = 20.0$, $p < .001$), Negativi ($F (1,22) = 20$, $p<.001$) e alla Scala della Psicopatologia ($F (1,22) = 20$; $p <.001$). In quest'ultima il miglioramento nel gruppo del problem solving è stato superiore a quello della REC ($F (1,22) =7.73$; $p < .001$). In entrambi i gruppi si è osservato un miglioramento nel funzionamento Personale e Sociale con un livello medio nel gruppo PST di 49 (± 14) (con aumento di 1,5 rispetto al baseline), mentre nel gruppo REC è stato di 56 (± 14) (aumento di 8.4 rispetto al baseline) ($F (1,22) = 7.06$, $p < .05$). Sempre per quanto riguarda il funzionamento sociale è stato riscontrata una significativa interazione "Group for Time" nelle relazione sociali e ($F (1, 22) = 19.6$, $p <.001$) e nella Comunicazione Interpersonale ($F (1, 22) = 14.9$, $p <.001$). Per quanto riguarda il punteggio totale alla Scala del Funzionamento Personale e Sociale (FPS) si è osservato un significativo "time effect" ($F (1,22) = 7.06$, $p <.05$) in entrambi i gruppi. L'ANOVA ha mostrato un miglioramento significativo per quanto riguarda il deficit di ToM di primo livello ($F (1,22) = 7,3$, $p <.05$). Allo stesso modo si è osservato un miglioramento al punteggio totale nel riconoscimento delle emozioni ($F (1,22) = 13.69$, $p <.05$), per il riconoscimento dell'emozione della "tristezza" sul volto altrui, ($F (1,22) = 7,88$, $p <.001$), della paura ($F (1,22) = 7,14$, $p <.001$), rabbia ($F (1,22) = 11,3$, $p < .001$), felicità ($F (1,22) = 5.24$, $p < .05$) e imbarazzo ($F (1,22) =7,93$, $p <.001$). Nessun miglioramento è stato osservato in entrambi i gruppi per la Tom di secondo livello. Con l'analisi dell'interazione tra gruppi si è osservato un miglioramento nella cognizione sociale e nella percezione emotiva nel gruppo REC. Per quanto riguarda il funzionamento neuro-cognitivo si è osservato un miglioramento nei punteggi della "Torre di Londra" ($F (1,22) = 4.39$, $p < .05$), "key search" ($F (1,22) = 4,34$, $p <.05$) e "working memory" ($F (1,22) = 4,34$, $p < .001$). Altre variabili cognitive che hanno mostrato miglioramento sono state l' "attenzione selettiva" ($F (1,22) = 7.06$, $p <.001$), la

memoria verbale –Rey A ($F (1,22) = 8$, $p <.001$) e Rey B ($F (1,22) = 19.13$, $p <.001$).

In conclusione, si tratta di uno studio sperimentale che offre risultati molto interessanti da diversi punti di vista. Come visto precedentemente, vi sono diversi studi ormai che dimostrano l'efficacia del PST sul funzionamento sociale dei pazienti. In questo studio tale dato viene replicato alla luce di miglioramenti osservati sui deficit cognitivi, in particolar modo sul deficit di pianificazione che viene giudicato centrale in ottica riabilitativa. E' interessante il dato che il PST migliora anche la capacità di percezione emotiva sul volto altrui. Quindi vi sono risultati specifici per la tecnica utilizzata, ma anche di efficacia indiretta! Allo stesso modo la REC migliora la ToM di Primo Ordine, migliora la percezione emotiva (effetti specifici), ma ha un impatto positivo anche sulla pianificazione. Quindi tale studio da un lato ha una rilevanza su un piano strettamente clinico, come è stato evidenziato da Eskin[71] a solo un anno dalla pubblicazione, ma anche in campo sperimentale[72].

L'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO DI GRUPPO IN SPDC

Il focus è il riconoscimento dello stress, dei segni precoci di ricadute, delle strategie di fronteggiamento dei propri problemi, con lo scopo generale di identificare e ridurre i fattori stressanti associati alle crisi e di aumentare l'aderenza al trattamento.

Per questi motivi tale intervento è stato strutturato, manualizzato[73] e adottato presso lo SPDC di Campobasso sulla base dei risultati del primo di studio di Bazzoni et al. del 2001[74], che hanno evidenziato come un intervento di tipo cognitivo-comportamentale di gruppo risulta efficace anche se applicato in un contesto di tipo ospedaliero. L'approccio è basato sul Modello Stress-Vulnerabilità-Coping e le principali caratteristiche sono la psicoeducazione ed il problem solving, anche se non strutturato. Si insegna ai pazienti a riconoscere sia gli eventi e le situazioni che essi percepiscono come altamente stressanti, sia i segni precoci di ricaduta. Viene enfatizzata molto l'importanza dell'aderenza ai farmaci soprattutto quando il livello di stress è alto, così come l'acquisizione di abilità di coping verso specifici fattori di stress. Sono previsti addestramenti brevi all'uso delle Abilità di Comunicazione Efficace e del metodo strutturato di PS. I pazienti sono inoltre invitati a definire con chiarezza gli obiettivi personali e a pianificare come raggiungerli dopo la dimissione. Ogni incontro è diretto da un professionista (chiamato "conduttore") con l'assistenza di un altro operatore (il "co-conduttore"). Gli incontri si svolgono quotidianamente e l'argomento da trattare è discusso durante la riunione di équipe precedente all'intervento. Ogni sessione, che riguarda un argomento o tema ben definito, è strutturata in modo molto chiaro e i vari passaggi sono evidenziati e sottolineati nel manuale. Essi includono "temi costanti", da affrontare indipendentemente dallo stato psicopatologico e dalle condizioni del paziente, e "temi opzionali", così definiti perché dipendono dallo stato del paziente e dalla decisione dell'équipe di utilizzarli.

Sono stati effettuati studi di valutazione in diverse parti di Italia e dal più recente contributo[75] sono estratti per essere qui illustrati gli indicatori di efficacia con i relativi risultati positivi statisticamente significativi ($p < .01$):

1. Proporzione di riammissioni volontarie e in TSO per tutti i pazienti ad 1 anno[74-77], a 2 anni[78], a 4 anni[79] e a 5 anni[80];
2. Proporzione di riammissioni volontarie e in TSO per categorie diagnostiche principali (Schizofrenie, Bipolari, Depressioni, Personalità), con risultati positivi a 4 anni per le Schizofrenie e i Disturbi Bipolari[79];
3. Proporzione di allontanamenti non concordati dal reparto sono risultati positivi nell'unico studio che li ha presi in considerazione[74];
4. Contenzioni con risultati positivi negli unici due studi che li hanno presi in considerazione[74,76];
5. La sintomatologia con esiti positivi accertata da Massaro et al.[77];
6. Numero di incidenti che hanno dato luogo a "denunce per infortuni"[80] nell'unico studio che li ha presi in esame;
7. L'atmosfera di reparto, valutata con una scala sviluppata ad hoc, con risultati positivi in tutti gli studi che l'hanno esaminata[76,78-81];
8. Soddisfazione dei pazienti molto elevata negli studi che l'hanno valutata con uno strumento ad hoc[76,78-80];
9. Opinione sul gruppo positiva negli studi dove è stata accertata[74,82];
10. Atti di violenza e/o di aggressività diminuiti negli studi che li hanno registrati in modo specifico[74, 77, 80, 83];
11. Insight valutato in un unico studio con risultati positivi[72].

Il criterio di efficacia del suddetto intervento è stato valutato in un solo contributo[79] relativamente al valore economico delle SDO con risultati positivi.

Alcuni indicatori "proxy", solo in parte spiegabili come effetto del gruppo, poiché risentono anche dell'assistenza territoriale, sono relativi alla statistica sanitaria ospedaliera tra cui la diminuzione della degenza media, che a Campobasso è diminuita in 10 anni da 15 a 10 giorni. Allo stesso modo i posti letto sono diminuiti da 15 nel 2009 (con mobilità passiva) a 7 nel 2012 (con mobilità attiva).

In conclusione, esiste ormai una vasta e coerente applicazione dell'intervento psicoeducativo nel nostro paese[75], con riferimenti costanti dell'approccio messo a punto presso lo SPDC di Campobasso, soprattutto a livello internazionale, dove riceve grande attenzione tra le terapie di gruppo soprattutto nel setting di ricovero[84-90].

BIBLIOGRAFIA

1. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss MB e Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a control study.

New England Journal of Medicine, 1982; 306, 1437-1440.
2. Colom F. The evolution of psyhoeducation for bipolar disorder: from lithium clinics to integrative psychoeducation. World Psychiatry, 2014; 13 (1): 90-2.
3. Tursi F, Baes CV, Camacho FR, Tofoli SM, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry, 2013; 47(11): 1019-31.
4. Huband N, McMurran M, Evans C, Duggan C. Social problem solving plus psychoeducation for adults with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 2007; 190: 307-13.
5. Freyth C, Elsesser K, Lohrmann T, Sartory G. Effects of additional prolonged exposure to psychoeducation and relaxation in acute stress disorder. J Anxiety disorder, 2010; 24(8): 909-17.
6. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH et al.; Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: a multisite randomized controlled trial. Psychother Psychosomat, 2012; 8(14): 217-25.
7. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Med, 2009; 7:79.
8. Balestrieri M, Isola M, Baiano M & Ciano R. Psychoeducation in Binge Eating Disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and 1-year continuation treatment. 2013; 18(1): 45-51.
9. Nussey C, Pistrang N e Murphy T. How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette Syndrome and attention-deficit/hyperactive disorder. Child Care Health Dev, 2013; 39(5): 617-27.
10. Smith LE, Greenberg JS e Malick MR. Adults with autism: outcomes, family effects, and the multi-family group psychoeducation model. 2012; 14(6): 732-38.
11. Falloon IRH, Roncone R, Held T, Coverdale JH, e Laidlaw TM. An international overview of family intervention: developing effective treatment strategies and measuring their benefits to patients, cares and community. In: Lefley HP e Johnson DL (Eds.), Family interventions in mental illness: international perspectives (pp. 3-24). Westport CT: Greenwood Publishing Group Inc, 2002.
12. Geddes JR & Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. Lancet, 2013, May 11; 381, doi: 10.1016/S0140-6736(13)60857-0
13. National Clinical Guideline (Nice) on Core Interventions in the treatment and management of Schizophrenia in adults .... Updated Edition, 2010. www.nice.org.uk
14. National Clinical Guideline (Nice) on recognition and management of Bipolar Disorder. 2011. www.nice.org.uk
15. National Clinical Guideline (Nice) on recognition and management of Psychosis and Schizophrenia in children and young people. 2013. www.nice.org.uk
16. Prasko J, Vrbova K, Latalova K, Mainerova B. Psychoeducation for psychotic patients. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 2011 Dec; 155(4):385-95. doi: 10.5507/bp.2011.008
17. Veltro F, Magliano L, Morosini P et al; Randomised controlled trial of a behavioural family intervention: 1 year and 11-years follow-up. Epidemiol Psichiatr Soc. 2006; 15(1):44-51.
18. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Family Intervention Working Group. Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. Psychiatr Serv., 2006; 57(2):266-9.
19. Fiorillo A, Bassi M, de Girolamo G, Catapano F, Romeo F. The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia: results from the OASIS Italian multi-centre study. Int J Soc Psychiatry, 2011 Nov; 57(6):596-603. doi: 10.1177/0020764010376607
20. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C et al.; Family psychoeducational interventions for schizophrenia in routine settings: impact on patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2006; 15(3):219-27
21. Magliano L e Fiorillo A. Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. Epidemiol Psichiatr Soc., 2007; 16(1): 22-34
22. Casacchia M, Roncone R. Italian families and family interventions. J Nerv Ment Dis. 2014 Jun; 202(6):487-97. doi: 10.1097/NMD.0000000000000149.
23. Candini V, Buizza C, Ferrari C et al.; Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. J Affect Disord. 2013 Oct; 151(1):149-55. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.069.
24. Falloon IRH, Montero I, Sungur M et al.; Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. World Psychiatry, 2004; 3: 104-109.
25. Valencia M, Rascón ML, Juárez F, e Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. Psychological Medicine, 2007; 37, 1393-1402.
26. Hogarty GE e Anderson CM. Medication, family psychoeducation, and social skills training: first-year relapse results of a controlled study. Psychopharmacology Bulletin, 1986; 22: 860-862.
27. Breitborde NJK, Moreno F A, Mai-Dixon N et al.; Multifamily psychoeducation and Cognitive remediation for first-episode psychosis: A Randomized Controlled Trial. BMC Pscyhiatry, 2011; 11:9.
28. McMurran M, Crawford MJ, Reilly JG, McCrone P, et al.; Psycho-education with problem solving (PEPS) therapy for adults with personality disorder: a pragmatic multi-site community-based randomised clinical trial. Trials [Electronic Resource], 2011; 12:198.
29. Barbieri L, Boggian I, Falloon I, Lamonaca D. Centro Diurno 5 (CD5) Problem-solving skills for cognitive rehabilitation among persons with chronic psychotic disorders in Italy. Psychiatr, 2006; 2: 172-4.
30. Falloon IRH, Boyd JL, e McGill CW. Family Care of Schizophrenia: A Problem Solving Approach to the Treatment of Mental Illness. New York: Guilford Press, 1984.
31. Falloon IRH. Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie. Edizioni Erickson: Trento, 1994.
32. Sungur M, Soygür H, Güner P, Üstün B, Çetin I, Falloon IR. Identifying an optimal treatment for schizophrenia: a 2-year randomized controlled trial comparing integrated care to a high-quality routine treatment. Int J Psychiatry Clin Pract, 2011 Jun; 15(2):118-27. doi: 10.3109/13651501.2011.554987
33. Veltro F, Mazza M, Vendittelli N, Alberti M, Casacchia M, Roncone R. A comparison of the effectiveness of problem solving training and of cognitive–emotional rehabilitation on neurocognition, social cognition and social functioning in people with schizophrenia. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2011; 7: 123–132.
34. McFarlane WR, Lukens E, Link B et al.; Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 1995; 52, 679-687.

35. Casacchia M, Roncone R. Family psychoeducational treatment in schizophrenia: love for foreigners or application of evidence-based interventions?. Epidemiol Psichiatr Soc, 1999; 8(3):183-9.
36. Barry MM, Clarke AM, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. BMC Public Health, 2013; 13: 1-835.
37. Stewart-Brown SL. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). [Report]: Copenhagen, Denmark, 2006.
38. Stewart-Brown SL. Health Promotion in Schools: Report for the Health Evidence Network. Genèva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
39. Poulakka K, Haapasalo-Pesu KM, Konu A, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E. Mental Health Promotion in a School Community by Unsign Results From the Well-Being Profile: An action Research Project. Health Promotion Practice, 2012; 12:6. www.euro.who.int/mental health2005
40. Greenberg MT. School-Based Prevention: Current Status and Future Challenges. Effective Education. 2010; 2, 27-52.
41. Jennings PA, Greenberg M. The Prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to child and classroom outcomes. Review of Educational Research, 2009; 79, 491-525.
42. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say?. Health Promotion International Journal, 2011; 26 (SUPPL. 1), i29–i69.
43. Gigantesco A, Del Re D, Cascavilla I. A student handbook for promoting mental health among high schools students. Annali Istituto Superiore di Sanità, 2013; 49(1),86-91. http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/2005-handbook-scuola-depressione.pdf
44. Mirabella F, Del Re I, Palumbo G, Cascavilla I, Gigantesco A. Handbook per la promozione della salute mentale, del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nella scuola: valutazioni di gradimento e di utilità. Giornale Italiano di Psicopatologia, 2010; 16, 362-369.
45. Veltro F, Ialenti V, Iannone C, Bonanni E, Morales-García MA. Promoting the psychological wellbeing of Italian youth: a pilot study of a high school mental health program. Health Promotion Practice Health Promot Pract. 2014 May 20. pii: 1524839914533965.
46. Gigantesco A & Veltro F. Intervento psicoeducativo per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nelle scuole: Manuale e Notebook per le scuole medie superiori di primo grado. Roma: Gruppo Editoriale L'Espresso, 2012. www.ilmiolibro.it.
47. Veltro F, Ialenti V, Morales-García MA, Iannone C, Bonanni E, Gigantesco A. Valutazione dell'impatto della nuova versione di un Manuale per la Promozione del Benessere Psicologico e dell'Intelligenza Emotiva nelle scuole con studenti di età 12-15 anni. Rivista di Psichiatria, 2014 in press.
48. Veltro F, Morales-García MA, Ialenti V, Iannone C, Bonanni E e Gigantesco A. Promoting mental health in schools of Italian youth: a comparison of a structured approach between middle and high school (or 12-14 vs 15-17 aged). International Journal of Public Health, 2014. Submitted.
49. Green J, Howese F, Waters E, Maher E, Oberklaid F. Promoting the social and emotional health of primary school aged children: reviewing the evidence based for school-based interventions. International Journal of Mental Health Promotion, 2005; 7(2): 30-36.
50. Adi Y, Schrader McMillan A, Kiloran A, Stewart-Brown S. Systematic Review of The Effectiveness of Interventions to Promote Mental Wellbeing in Primary Schools: Universal Approaches with Focus on Prevention of Violence and Bullying. National Institute for Clinical Excellence: London, 2007.
51. Falloon I, Barbieri L, Boggian I et al.; Gruppo di Discussione delle Soluzioni dei Problemi e Raggiungimento di Obiettivi: Guida per gli utenti. Unpublished Manual, 2005.
52. Barbieri L, Boggian I, Lamonaca D. Problem Solving nella riabilitazione psichiatrica: guida pratica. Erickson, Trento: 2008.
53. Veltro F, Oricchio I, Nicchiniello I, Pontarelli I. Manuale per l'Intervento psicoeducativo Multifamiliare basato sul Problem Solving. Alpes Ed., 2014

1. Roncone R, Morosini P, Falloon IRH, Casacchia M. Family interventions in schizophrenia in Italian mental health services. In: Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M, Asai M (eds.) Comprehensive Treatment of Schizophrenia. Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches. Springer, Tokyo, 2002; pp. 284-289.

1. Bazzoni A, Rosicarelli ML, Picardi A, Mudu P, Roncone R e MorosiniP. Intervento multifamiliare di gruppo e schizofrenia: uno studio controllato randomizzato. Epidemiol Psichiat Soc, 2003; 9: 10-16.
2. Petretto DR, Preti A, Zuddas C et al.; SPERA-S group. Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 2013 Oct 7; 14:323. doi: 10.1186/1745-6215-14-323. PMID: 24099414
3. Hirschfeld RM et al.; Screening for bipolar disorder in the community. The Journal of Clinical Psychiatry, 2003; 64, 53-59.
4. Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. J ClinPsychiatry, 2005; 66(Supl 1):24-29.
5. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, et al.; A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry, 2003; 60:904-12.
6. Longo S, Tronci A, Saccomandi F, Carrozzo D. Lo Spettro Bipolare. Manuale di Auto Aiuto sul Disturbo Bipolare per pazienti, familiari e gruppi di Auto Mutuo Aiuto. Giovanni Fioriti Editore, 2012.
7. Conti L. Clinical Global Impressions (CGI). In: Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria, 1: 197-199, SEE, Firenze.
8. Lora A, Bai G, Bianchi S et al.; La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale. Epidemiol Psichiatr Soc, 2001; 10(3):198-212.
9. Gigantesco A, Pioli R, Vittorielli M, Cascavilla I, Bertocchi E, Morosini P. Valutazione breve, multidimensionale e multiassiale dei pazienti dei servizi di salute mentale: il SAVE. Giornale Italiano di Psicopatologia, 2003; 9(3):251-254.
10. Vendittelli N, Veltro F. Deficit di mentalizzazione nella schizofrenia e ipotesi di cura mediante un training mirato al miglioramento dell'elaborazione dell'informazione emotiva. In: Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 2006; 18, Vol. 10, n.1, pag.8-25.
11. Falloon IRH, Mizuno M, Murakami M et al.; Structured assessment of current mental state in clinical practice: an international study of the reliability and validity of the Current Psychiatric State interview, CPS-50. Acta Psychiatr Scand Jan, 2005; pag. 111, 44-50.
12. Morosini P, Magliano L e Brambilla L. VADO Valutazione delle abilità e definizione degli obiettivi. Trento: Erickson: 1998.
13. Novelli. Test di fluenza verbale. Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale. Taratura su soggetti normali. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 1986; Vol. 47 pag. 477-506.

14. Frith CP. Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia. Milano, Raffaello Cortina, 1995.
15. Mazza M, De Risio A, Surian L, Roncone R, e Casacchia M. Selective Impairments of Theory of Mind in people with schizophrenia. Schizophrenia Research, 2001; pag. 47, 299-308.
16. Prior M, Sartori G, Marchi S. Cognizione Sociale e Comportamento: uno strumento di misurazione. Padova: Domenighetti Editore. 2003.
17. Eskin M. Problem Solving Therapy in the Clinical Practice. Elsevier, 2012.
18. Pasquin K, Wilson AL, Cellard C, Lecomte T, Potvin S. A systematic review on improving cognition in schizophrenia: which is the more commonly used type of training, practice or strategy learning? BMC Psychiatry. 2014 May 14;14:139. doi: 10.1186/1471-244X-14-139.
19. Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I et al.; L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Centro Scientifico Editore: Torino, 2003.
20. Bazzoni A, Morosini P, Polidori G, Rosicarelli ML, Fowler D. La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) di gruppo nella routine di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Epidemiol. Psychiatr. Soc, 2001; 10: 27-36.
21. Veltro F, Chiarullo R, Leanza V, Di Padua P, Oricchio I, Addona F, Vendittelli N, di Giannantonio M. A review of the experience, the effectiveness and the spread of behavioral-cognitive group intervention in psychiatric ward. Rivista di Psichiatria, 2013; 48(2):130-9.
22. Veltro F, Cuccaro A, Vendittelli N et al.; Valutazione di efficacia dell'intervento strutturato cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati. Riv Psichiat., 2005; 6: 353-359.
23. Massaro CRM, Matrella L, Petito A et al.; Efficacia di un intervento psicoeducativo di gruppo a orientamento cognitivo-comportamentale applicato a pazienti in fase acuta. Psichiat. e Psicot., 2007; 26(1): 1-11.
24. Veltro F., Falloon., Vendittelli N. et al.; Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2006; Jul 21, 2:16.
25. Veltro F, Vendittelli N, Oricchio I et al.; Effectiveness and efficiency of Cognitive-Behavioural Group Therapy for Inpatients: 4 year Follow-up study. Journal of Pscyhiatric Practice, 2008; 5, 281-288.
26. Travi M, Cappuccini M, Pinzaglia L. Valutazione nell'SPDC di Arezzo di "L'Intervento Cognitivo-Comportamentale di Gruppo in SPDC". Nuova Rass. Studi Psichiat., 2010; rivista online, 1.
27. Adami L, Corradi AT, Pontarelli I, Cavicchio A. Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel SPUDC dell'Aquila. In: Abstract Book, 2010; 70, http://www.sirp-abruzzo.it/cms/ images/stories/abstract_book_sirp_2010.pdf.
28. Lepre F, D'Andria V, Faiella N et al.; L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) dell'Ospedale Umberto I di Nocera Inferiore (SA). Nuove Prosp. in Psicol., 2012; 55.
29. Dosa M & Cavicchio A. Gruppi per il miglioramento dell'atmosfera in reparto e la diminuzione di comportamenti aggressivi. Abstract Book, 2010; 87. http://www.sirp-abruzzo.it/cms /images/stories/abstract_book_sirp_2010.pdf.
30. Lambert MJ. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New Jersey: Wiley and Sons, 2013.
31. Townley P & Kanas N. Cognitive-Behavioral Group Therapy in the Acute Care Inpatient Setting. International Journal of Group Psychotherapy, 2014; Vol. 64, No. 2, pp. 272-276.
32. Koukourikos K & Pasmatzi E. Group therapy in psychotic inpatients. Health Science Journal, 2014; 8,3.
33. Brown NW. Psychoeducational groups: Process and practice. New York: Routledge, Taylors & Farncis, 2011.
34. Long CG, Fulton B & and HollinCR. The development of a 'best practice' service for women in a medium-secure psychiatric setting: treatment components and evaluation. Clinical Psychology & Psychotherapy, 2008; 15,5: 304–319.
35. EmondS & Rasmussen B. The Status of Psychiatric Inpatient Group Therapy: Past, Present, and Future. Social Work with Group, 2012; 35-1: 68-91. DOI: 10.1080/01609513.2011.553711
36. Raune D & Daddi I. Pilot Study of Group Cognitive Behaviour Therapy for Heterogeneous Acute Psychiatric Inpatients: Treatment in a Sole-Standalone Session Allowing Patients to Choose the Therapeutic Target. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2011; 39-3: 359-365.Article author queryraune d