

Descrizione e impatto di un approccio psicoeducativo strutturato (InteGRO) di salutogenesi per sostenere il percorso di recovery delle persone con disturbo mentale grave

Description and impact of a structured psychoeducational and salutogenetic approach (InteGRO) to support the recovery of people with severe mental disorders

FRANCO VELTRO^{1*}, ILENIA NICCHINIELLO¹, ALESSIA PICA¹, IRENE PONTARELLI¹,
CLAUDIA IANNONE¹, CRISTINA PONTARELLI¹, LILIA ZAPPONE¹, NICOLA VENDITTELLI¹

*E-mail: franco.veltro@asrem.org

¹Centro Salute Mentale di Campobasso, ASReM

RIASSUNTO. Scopo. Nei servizi di salute mentale vi è oggi molta attenzione ai percorsi di recovery con crescente letteratura sull'argomento focalizzata soprattutto sulla narrazione dei percorsi, sugli aspetti organizzativi del servizio e sulle attitudini degli operatori. Meno spazio viene dato a interventi specifici per la definizione e pianificazione di obiettivi, per migliorare la percezione emotiva, la comunicazione efficace per favorire il dialogo, il problem-solving pratico, interpersonale e intrapersonale, e le abilità di vita. Nel presente contributo viene descritto un intervento innovativo di salutogenesi e sono illustrati i risultati dell'impatto sul functioning dopo un anno di "intervento attivo". **Metodi.** È stato utilizzato un disegno di studio quasi-sperimentale con una valutazione pre-post senza gruppo di controllo su 21 soggetti affetti da schizofrenia o disturbo bipolare in accordo con i criteri del DSM-IV-TR, con valutazione pre-post del functioning come esito primario mediante l'intervista "Funzionamento Personale e Sociale". Per le variabili di esito secondario sono state utilizzate la Stress-Scale, il Modified Five-Point Test per la flessibilità cognitiva, le Scale APEN/G e APEP/G per l'Autoefficacia Percepita, la Integrative Hope Scale per il sentimento di speranza, gli item "conseguenze oggettive/soggettive del Disturbo" del questionario autocompilato "Aiuto percepito, Bisogni e Carico", e infine un questionario *ad hoc* per l'acquisizione delle conoscenze trattate durante il Training. L'assessment clinico è stato effettuato con la Brief Psychiatric Rating Scale, quello del funzionamento cognitivo con la Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status. **Risultati.** Dei 21 soggetti inclusi 18 hanno completato la valutazione. Sono stati osservati miglioramenti significativi per tutte le variabili considerate, con particolare rilevanza per il Funzionamento Personale e Sociale ($p < 0,001$). Le variabili predittive per tale dimensione sono state il livello di stress e l'autoefficacia percepita ($p < 0,05$). **Conclusioni.** I dati osservati confermano l'efficacia di tale approccio innovativo soprattutto per il Funzionamento Personale e Sociale dove si è osservato un miglioramento da 2 o più aree con disfunzione marcata a una sola area.

PAROLE CHIAVE: recovery, intervento psicoeducativo innovativo, salutogenesi, life-skills, functioning.

SUMMARY. Aim. In mental health services there is an increasing attention to the recovery of people with severe mental illness. Consequently there is a growing literature on this topic focused above-all on the description of excellence paths that often include variables related to the organizational aspects of the service. Less attention is given to specific interventions to foster all the goals that are essential to improve the living conditions, including defining and planning goal, emotional perception, effective communication for negotiation, practical interpersonal and intrapersonal problem-solving. The aim of this paper is to describe an innovative and salutogenetic approach and to illustrate the results of the impact after a year of "active intervention". **Methods.** We used a "quasi-experiment" design-study with a pre-post assessment without a control group on 21 subjects with schizophrenia or bipolar disorder according to DSM-IV-TR criteria. We used to evaluate Functioning, the primary outcome, the Personal and Social Performance Scale. For the secondary outcome measures we used the Stress-Scale, the Modified Five-Point Test for cognitive flexibility, the APEN/G e APEP/G Scale for perceived self-efficacy, the Integrative Hope Scale, the items "subjective and objective load" of the "Aid received, Needs and Burden" self-filled questionnaire. The clinical assessment was made by the Brief Psychiatric Rating Scale, while we used the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status. **Results.** Of the 21 subjects included, 18 completed the assessment. Significant improvements were noted for all variables considered, with particular relevance for Personal and Social Functioning ($p < 0.001$). Predictive variables for this dimension were the level of stress and perceived self-efficacy ($p < 0.05$). **Conclusions.** The observed data confirm the effectiveness of this innovative approach, above all on Personal and Social Functioning where there has been improvement from two or more marked dysfunction areas to one area.

KEY WORDS: recovery, new psychoeducational approach, salutogenesis, life-skills, functioning.

INTRODUZIONE

La gran parte degli approcci psicoeducativi utilizzati presso i servizi di salute mentale, come si può evincere da un fascicolo pubblicato nel 2014 su *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*¹, ha come scopo quello di migliorare le conoscenze del disturbo mentale da parte degli utenti e dei loro familiari nell'ottica di aumentare l'adesione al trattamento farmacologico e alle cure. Questi interventi, come risulta dagli studi di meta-analisi², sono efficaci se condotti da un professionista, anche quando sono previsti pochi incontri³; servono invece ulteriori studi per stabilire se per i disturbi mentali gravi possano essere efficaci programmi computerizzati di psicodidattica⁴. Diversi approcci di psicoeducativa mirano a migliorare anche il riconoscimento dei segni precoci di ricaduta, la gestione dello stress, la comunicazione efficace, il problem-solving, le strategie di coping e di ristrutturazione cognitiva. Molti studi, tra cui quello pionieristico di Falloon et al.⁵ che rappresenta una pietra miliare per gli interventi che non limitano l'azione informativa alla patologia, ne hanno confermato l'efficacia per la schizofrenia^{6,7}, per gli esordi⁸ e per i disturbi bipolari⁹. Tutti questi approcci focalizzano comunque il loro target sulla diagnosi psichiatrica, che diventa l'elemento fondamentale e centrale per lo svolgimento dell'intervento. Colom e Vieta¹⁰ offrono a nostro avviso la migliore descrizione operativa dell'azione psicoeducativa distinguendone 3 livelli: 1) obiettivi parziali di primo livello, tra i quali la consapevolezza di malattia, il riconoscimento dei segni precoci e l'aderenza al trattamento; 2) obiettivi parziali di secondo livello, tra i quali la gestione dello stress, dell'uso e abuso di sostanze e la prevenzione delle condotte suicidarie; 3) obiettivi di eccellenza di terzo livello, tra i quali sostanzialmente il miglior funzionamento sociale e il benessere psicofisico. Per Colom e Vieta il terapeuta deve comunque presentare l'approccio come un corso sulla malattia privilegiando l'importanza della informazione sul disturbo ed enfatizzando così l'azione sui primi 2 livelli.

Nonostante il benessere, la qualità della vita e, negli ultimi anni, il recovery siano diventati aspetti fondamentali e centrali in un percorso di cura presso i servizi di salute mentale, non sono stati ancora elaborati approcci basati su una azione psicoeducativa esplicitamente indirizzata verso questi target. Inoltre, raramente viene illustrato cosa e come fare per favorire il recovery¹¹ «since the practice of mental health consists firstly in the search of its own tracks»¹². Pur condividendo dunque con Colom e Vieta¹⁰ l'importanza dell'informazione come elemento centrale dell'azione psicoeducativa riteniamo sia necessario poter disporre di un intervento indirizzato in modo esplicito e specifico verso quel terzo livello descritto da questi autori, cioè verso il funzionamento sociale inteso anche come migliorata capacità di negoziazione (*empowerment*) dei propri diritti di cittadinanza. Per un simile intervento, la metodologia, le tecniche, l'atteggiamento degli operatori, i contenuti stessi, la modalità di trattamento, cioè l'azione, dovrebbero essere coerenti con le finalità; se dunque questa azione riguarda elementi relativi al miglioramento delle condizioni esistenziali non può certo essere centrata su aspetti di malattia. Questa affermazione è la sintesi di quanto suggerito dal Mental Health Action Plan for Europe¹³ e dal paragrafo “Develop personal skills” della Carta di Ottawa¹⁴. Di conseguenza, l'attenzione deve essere indirizzata verso le life-skills con un approccio propositivo, pro-

attivo, che si basa sul “cooperative learning”, senza far riferimento a nozioni di malattia, disturbo o compromissioni. La modalità di un percorso di cura non correttivo o riparativo bensì di potenziamento delle risorse personali (le abilità) che enfatizzi l'ottimismo per stimolare la speranza è molto apprezzata dai movimenti del Recovery¹⁵, dalle associazioni di utenti e di volontariato; gli operatori psichiatrici da alcuni anni sono sempre più impegnati a riadattare i loro approcci al disturbo mentale¹⁶ in tale ottica. È utile altresì evidenziare la definizione che le associazioni di volontariato danno del Recovery, cioè di un processo di cambiamento, centrato sui fattori vitali, attraverso il quale una persona migliora la sua salute e il suo benessere e si sforza di raggiungere in pieno le sue potenzialità¹⁵.

Su queste basi da diversi anni l'équipe del Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso ha iniziato a lavorare in collaborazione con associazioni di volontariato, di utenti, familiari e cittadini, al fine di elaborare programmi mirati in modo esplicito alla promozione della salute, in particolare nel contesto scolastico e nella comunità¹⁷⁻²¹. L'approccio che viene qui presentato si può considerare innovativo perché “integra” le metodologie della promozione della salute mentale, di salutogenesi, con l'azione, le tecniche e le strategie psicoeducative che sono di provata efficacia per i disturbi mentali, con particolare attenzione a quegli aspetti di funzionamento cognitivo che mediano il funzionamento sociale e personale, come ben descritto nel contributo di Galderisi et al.²². In relazione alla salutogenesi²³ si fa riferimento al concetto di “senso di coerenza” inteso come orientamento generale verso il mondo che si esplicita nelle seguenti 3 dimensioni: 1) cognitiva, come capacità di comprendere la realtà circostante; 2) motivazionale, come capacità di elaborare il proprio orizzonte di vita; 3) comportamentale, come capacità di fronteggiamento delle difficoltà e dei fattori di stress.

Lo scopo del presente contributo è duplice: 1) descrivere in modo sintetico l'approccio²⁴ definito “Intervento Psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi, InteGRO”; 2) descrivere il suo impatto su 3 gruppi di pazienti dopo un anno dell'intervento attraverso i risultati ottenuti sul funzionamento sociale e personale che rappresenta l'obiettivo di esito primario. Obiettivi secondari sono: livello dello “stress”, autoefficacia percepita, sentimento di speranza, conseguenze oggettive e soggettive del disturbo, flessibilità cognitiva, apprendimento delle conoscenze degli argomenti trattati.

Presentazione dell'approccio

InteGRO è concepito per utenti che sono in una fase di relativa stabilizzazione clinica, sovrapponibile al concetto di *clinical remission*²⁵, con relativa consapevolezza del disturbo, assenza di gravi deficit cognitivi che compromettano la partecipazione al gruppo e l'apprendimento, con un funzionamento superiore a 40 se valutato con l'intervista semi-strutturata “Funzionamento Personale e Sociale” (FPS) del Vado²⁶. Si tratta di un intervento psicoeducativo, non di una tradizionale psicoterapia o riabilitazione di gruppo, che si basa su metodi, tecniche, strategie e atteggiamenti di tale modalità di approccio che fanno leva sullo scambio di informazioni. L'atteggiamento maieutico applicato al gruppo, il favorire l'apprendimento tra pari (*cooperative learning*) e lo “spirito

Descrizione e impatto di un approccio psicoeducativo strutturato (InteGRO) di salutogenesi

di gruppo” rappresentano i 3 aspetti fondamentali del lavoro con InteGRO.

L'intervento, che prevede un conduttore e un co-conduttore, è basato su un manuale dove sono descritti in modo dettagliato tutti i passaggi di ogni incontro (allegato A). Nella parte introduttiva del manuale sono illustrati i principi teorici, le tecniche fondamentali di tipo cognitivo-comportamentale, lo stile di conduzione, gli strumenti per stimolare le competenze e per il monitoraggio dei progressi. Sono previsti 36 incontri, ognuno di circa 90 minuti, in genere settimanali; alcuni di essi per facilitare maggiore apprendimento sull'argomento sono effettuati 2 volte a settimana. Le sessioni di rinforzo e di supervisione si svolgono ogni 15 giorni, poi mensilmente e infine ogni 3 mesi.

L'intervento si fonda su quattro moduli fondamentali (definizione di obiettivi piacevoli e personali, comunicazione efficace, percezione emotiva e problem-solving), ognuno di essi caratterizzato da diverse unità didattiche. Per ognuna è previsto un incontro. Vi sono poi unità didattiche intermodulari che favoriscono l'acquisizione delle abilità dei singoli moduli.

L'apprendimento di uno specifico modulo, inoltre, come per esempio quello della percezione emotiva, non avviene attraverso incontri lineari e successivi, ma lo stesso argomento che in questo caso riguarda 11 incontri viene intramezzato da sessioni caratterizzate da altri argomenti.

Questa è la strategia di *criss-crossing**. La tecnica dell'apprendimento massivo non è scongiurata; infatti, vi sono sedute consecutive, anche intensive, che possono riguardare lo stesso argomento (per es., alfabetizzazione emozionale).

Ogni singolo incontro inizia con la revisione dei compiti assegnati nell'incontro precedente, con un appello delle emozioni, con piccoli esercizi di attivazione corporea per passare poi alla trattazione dell'argomento dell'unità didattica con role-playing laddove stabiliti; l'ultima fase riguarda l'assegnazione degli esercizi nel loro ambiente di vita. Costante è il monitoraggio e il sostegno per gli obiettivi piacevoli/personali scelti e definiti da ogni partecipante.

METODOLOGIA

Valutazione dell'impatto a un anno

Sono stati formati 3 gruppi di partecipanti per un numero complessivo di 21 utenti del CSM (7 per gruppo), di cui un gruppo di persone affette da disturbo bipolare e 2 da disturbo schizofrenico in accordo con i criteri del DSM-IV-TR. È stato chiesto a tutti gli psichiatri del DSM di Campobasso di selezionare da una lista di pazienti, che avevano partecipato

precedentemente a un corso di psicoeducativa individuale e/o familiare e/o di gruppo, quelli che a loro giudizio potessero avere una prospettiva di recovery, con un punteggio di funzionamento sociale superiore a 40 sulla scala FPS, motivati e consenzienti alla partecipazione, e che dessero la garanzia di frequentare il gruppo per almeno un anno. Sono stati inclusi nei gruppi i primi 21 utenti consecutivamente segnalati dagli psichiatri del DSM.

Design

Si tratta di uno studio “quasi-sperimentale” senza gruppo di controllo per il quale si è utilizzata una valutazione pre-post- sulle seguenti variabili rilevate con interviste, questionari autocompilati e test di valutazione: sintomi psicopatologici, funzioni cognitive, funzionamento personale e sociale, autoefficacia percepita, speranza, gestione dello stress, percezione della conseguenza del disturbo e apprendimento delle conoscenze.

Assessment per la valutazione basale, psicopatologica e delle funzioni cognitive esecutive, ripetuta alla fine dell'intervento

Brief Psychiatric Rating Scale

La BPRS²⁸ è una scala di eterovalutazione psicopatologica composta da 24 item. Ciascun item è valutato su una scala Likert con 7 livelli di codifica che vanno da 1 (assente) a 7 (molto grave).

Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status

La RBANS²⁹ è una batteria neuropsicologica in 2 forme parallele, divisa in 12 sub-test da somministrare individualmente per valutare 5 differenti domini cognitivi: l'attenzione, il linguaggio, l'abilità visuospatiale e visuocostruttiva, la memoria immediata e la memoria differita. Fornisce 12 punteggi per ogni specifica abilità (sub-test), 5 punteggi di funzione cognitiva e 1 punteggio totale. Permette una valutazione neuropsicologica in pazienti dai 20 agli 80 anni, colpiti da problemi neurologici o psichiatrici.

Assessment per la valutazione dell'obiettivo di esito primario

Funzionamento Personale e Sociale

La FPS²⁶ valuta il funzionamento personale e sociale della persona con un'intervista semi-strutturata e le informazioni disponibili da parte dei conoscenti e degli stessi operatori. Vi sono 4 raggruppamenti di aree principali: 1) attività socialmente utili (inclusi lavoro e studio); 2) rapporti personali e sociali; 3) cura dell'aspetto e dell'igiene; 4) comportamenti disturbanti e aggressivi. Il punteggio complessivo va da 0 (peggiore funzionamento possibile) a 100 (funzionamento eccellente).

* Ci si riferisce alla metafora del *criss-cross landscape* del filosofo Wittgenstein come metodologia di apprendimento basata sulla teoria della flessibilità cognitiva di Leonard²⁷. Ciò significa che l'apprendimento non viene favorito attraverso un percorso lineare, ma, se pur sequenziale, attraverso nozioni introdotte in alcuni incontri e poi riprese dopo aver trattato argomenti di natura diversa. Gli elementi conoscitivi che si intersecano come fosse un reticolo conoscitivo, sono lasciati dunque sotto traccia per essere poi richiamati successivamente attraverso la tecnica della “ripetizione dilazionata”.

F. Veltro, et al.

Assessment per la valutazione degli obiettivi di esito secondario

Stress Scale

La Stress Scale³⁰ è costituita dai 9 item ricavati dal noto e diffuso strumento di Goldberg per indagini in condizioni di routine con risposta dicotomica sì-no, che valuta la presenza di stress se il punteggio è superiore a 5.

Modified Five-Point Test

Lo M-FPT³¹ è un test che misura la fluenza non verbale (figurale) del funzionamento esecutivo indicativa di flessibilità cognitiva. Si chiede al soggetto di produrre figure diverse, in un tempo di minuti, rispettando alcune regole ed evitando ripetizioni. I principali aspetti valutati sono dunque la flessibilità cognitiva, la presenza o meno di perseverazioni e la performance strategica. I punteggi assegnati sono di 3 tipi: 1) Disegni Unici (UDs), cioè numero di disegni validi secondo le regole e non prodotti prima; 2) Strategie Cumulative (CSs), cioè numero di UDs prodotti con una particolare strategia che può essere enumerativa (CSse) oppure rotazionale (Csr); 3) Indice di Errore (ErrI), cioè come percentuale tra il numero di disegni perseverativi o di rottura delle regole (errori) e il numero di disegni complessivi.

Scale per l'Autoefficacia Percepita APEN/G e APEP/G

Le 2 scale APEN/G e APEP/G³² valutano rispettivamente l'autoefficacia percepita nella gestione delle emozioni negative (8 item) e positive (7 item). I punteggi di codifica vanno da 1 (per nulla capace) a 5 (del tutto capace). Entrambe le scale hanno mostrato buone proprietà psicometriche, in particolare buona validità interna e affidabilità (alpha di Cronbach=0,83 per entrambe le scale).

Integrative Hope Scale

La IHS³³ è una scala di autovalutazione composta da 23 item. Ciascun item è valutato su una scala Likert a 6 livelli, da "Assolutamente in disaccordo" a "Assolutamente d'accordo". Ha buone proprietà psicometriche, soprattutto di validità concorrente e discriminante, con attendibilità di 0,92 con alpha di Cronbach. L'analisi fattoriale ha messo in evidenza quattro fattori stabili: fiducia, orientamento positivo, relazioni sociali e valore personale e mancanza di prospettiva.

Item "Conseguenze Oggettive e Soggettive" del disturbo

Si tratta di 2 item, dei quali uno indaga le conseguenze oggettive e l'altro quelle soggettive di una persona affetta da disturbo mentale. Sono estrapolati dal Questionario ABC³⁴ del quale esiste una versione Familiare, e adattamento per gli utenti, che ha mostrato buone proprietà psicometriche e soprattutto ottima correlazione tra il singolo item del Carico Oggettivo e del Carico Soggettivo con le rispettive singole subscale del questionario QPF³⁵. Le codifiche di risposte sono a 6 livelli e vanno da *mai* (cioè nessun problema) a *sempre* (cioè problema gravissimo).

Questionario ad hoc di conoscenza della Definizione di Obiettivo, della Abilità di Comunicazione e di Problem-Solving

Include 6 item che esplorano le conoscenze relative alle abilità di comunicazione (4 item), la definizione di un obiettivo SMART, cioè Specifico, Misurabile, Accessibile, Realistico e Temporizzato (1 item) e il problem-solving descritto nelle sue 6 tappe (1 item). Tutti gli item sono stati codificati ciascuno sulla base del grado di correttezza della risposta con un punteggio crescente da 1 (risposta del tutto scorretta) a 4 (del tutto corretta).

Analisi statistica

Per tutte le variabili con distribuzione parametrica è stata calcolata la media \pm ds; per quelle a distribuzione non parametrica la mediana.

Il confronto prima-dopo delle variabili con distribuzione parametrica è stata effettuata con il test t di student per campioni appaiati. Per le variabili a distribuzione non parametrica è stato utilizzato il test della mediana o il test Wilcoxon Signed-Ranks.

È stato utilizzato il coefficiente Rho di Spearman per le correlazioni bivariate tra la scala FPS, variabile di esito primario, e tutte le altre variabili. Per la stessa variabile è stata effettuata una regressione lineare step-wise.

Il programma usato per le analisi statistiche è stato lo SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) for Windows (IBM).

RISULTATI

La valutazione ha riguardato 18 (11 maschi e 7 femmine) dei 21 soggetti inizialmente selezionati con diagnosi di schizofrenia di cui 10 tipo paranoide, 3 tipo disorganizzato e 1 tipo indifferenziato e con disturbo bipolare, di cui 4 tipo I, 2 tipo II e 1 NAS. Un soggetto affetto da schizofrenia dal secondo mese non ha più partecipato per uno stato depressivo di circa un mese, in seguito al quale ha deciso che avrebbe avuto difficoltà a reinserirsi. Gli altri due, un maschio affetto da schizofrenia e una donna affetta da disturbo bipolare, dopo circa 5 mesi hanno dichiarato difficoltà a frequentare per impegni dovuti al lavoro. Tutti i pazienti assumevano regolarmente terapia farmacologica. Nell'anno precedente l'intervento, due pazienti avevano ricevuto tre ricoveri, entrambi affetti da disturbo bipolare. Dopo l'intervento solo uno di essi ha ricevuto un ricovero.

L'età media dei soggetti all'ingresso è risultata essere di 41,11 (\pm 7,4). Quindici erano "celibe/nubile" (83%), 2 "sposato/a" (11%) e 1 "separato/a" (6%). Quindici partecipanti erano disoccupati (83%) e 3 occupati (17%).

La partecipazione agli incontri da parte dei 18 soggetti è stata del 90%; le sporadiche assenze sono state dovute solo a difficoltà pratiche. Attraverso un modulo di registrazione *ad hoc* per ogni singolo incontro la mediana è stata 7 (range 3:8), sia per la "piacevolezza dell'incontro", sia per l'"utilità dell'incontro".

Descrizione e impatto di un approccio psicoeducativo strutturato (InteGRO) di salutogenesi

Bprs

A t0 10 item su 24 (42%) presentavano una mediana superiore a 1 (1=sintomo assente), mentre a t1 erano 9 (37%). A t0 la mediana era di 3, pari a lieve, per l'item 2 (ansia), di 2, pari a molto lieve per gli item 3 (depressione), 9 (sospettosità), 11 (contenuto insolito del pensiero), 16 (appiattimento affettivo), 17 (isolamento emotivo) e 22 (distraibilità), di 1,50 per gli item 1 (preoccupazioni somatiche), 5 (sentimenti di colpa) e 20 (mancanza di cooperazione). A t1 la mediana era di 3 per l'item 2, di 2,5 per l'item 11, di 2 per gli item 1,9,16, 22, e di 1,50 per gli item 3 e 17. Non è stata osservata alcuna differenza statisticamente significativa per tutti gli item al confronto prima-dopo.

R-Bans

La mediana della scala totale prima dell'intervento era di 71 definito come punteggio borderline, lievemente migliorato tra l'altro dopo l'intervento, 74, anche se non statisticamente significativo ($p=.33$). L'unico item risultato statisticamente significativo al confronto è stato *memoria immediata* ($p<0,001$). La significatività statistica per gli altri item è stata la seguente: a) *memoria differita* ($p=.09$); b) *attenzione* ($p=.27$); c) *linguaggio* ($p=.37$); d) *abilità visuo-spaziale* ($p=0,42$).

FPS

A t0 la media era 49,44 ($\pm 9,3$), con un range compreso tra 40 e 71. A t1 la media è risultata 57,56 ($\pm 9,0$) con un range tra 44 e 77. Il confronto prima-dopo è risultato statisticamente significativo (test t-student=10,6, $df=17$, differenza di media =8,1, $IC=\pm 1,6$, $p<0,001$). Tale variabile è risultata correlata con le seguenti variabili (in ordine decrescente della forza di correlazione): a) APEP/G: 0,64, $p<0,01$; b) *Stress-scale*: -0,61, $p<0,01$; c) Carico Soggettivo: -0,51, $p<0,04$; d) APEN/G: 0,46, $p<0,05$; e) *5-Point Subscale ErrIT*: -0,41, $p<0,10$; f) Carico Oggettivo: -0,37, $p<0,13$; g) *5-Point subscale CSrotative*: 0,35, $p<0,15$. Tutte le altre variabili hanno il coefficiente Rho sovrapponibile a 0 con assenza di significatività statistica. All'analisi di regressione lineare step-wise, i predittori costanti sono risultati la scala dello Stress (Coefficiente standardizzato Beta=-0,44, $t=-2,28$, $p<0,05$) e la scala APEP/G (Beta=0,44, $t=2,26$, $p<0,05$).

Stress scale

La mediana della scala prima dell'intervento era di 1,83 (range 1,11/2,0), dopo l'intervento è stato di 1,22 (range 1,0/1,89). Il confronto prima-dopo è risultato statisticamente significativo: $z=-2,84$ ($p<0,005$).

M-FPT

Le mediane per le varie subscale prima dell'intervento sono state le seguenti: UD_s, mediana 0,50 (range 0/2); CS_se, mediana 0 (range 0/2); CS_sr, mediana 0 (range 0/4); ErrIT, mediana 27,33 (range 0/56). Le mediane per le varie subscale alla fine dell'intervento sono state le seguenti: UD_s, mediana 0,50 (range 0/3); CS_se, mediana 0 (range 0/2); CS_sr, mediana 0,5 (range 0/4); ErrIT, mediana 18,7 (range 0/56). Il confronto tra i punteggi prima-dopo è risultata statisticamente significativa per le sub-scale CS_sr "rotazionale" ($z=-$

2,43; $p<0,01$) e per la sub-scala dell'Indice di Errore ($z=-2,49$; $p<0,01$), mentre non sono risultate significative per le subscale UD_s ($z=-1,73$; $p<0,08$) e CSe ($z=0$; $p=1$).

APEN/G e APEP/G

La mediana dello APEN/G prima dell'intervento era di 3,06 (range 1,75/4,25), dopo l'intervento è stato di 3,75 (range 3,0/5,0). La mediana dello "APEP/G" prima dell'intervento era di 3,19 (range 2,13/4,38), dopo l'intervento 4,21 (range 2,43/5,29). Il confronto prima-dopo è risultato statisticamente significativo per entrambe le scale: APEN/G, $z=-3,42$ ($p<0,001$); APEP/G, $z=-3,72$ ($p<0,001$).

Integrative Hope Scale

La mediana della scala prima dell'intervento era di 3,21 (range 2,50/4,0), dopo l'intervento è stato di 3,46 (range 3,0/4,0). Il confronto prima-dopo è risultato statisticamente significativo: $z=-2,64$ ($p<0,01$).

Item Conseguenze Oggettive e Soggettive del Disturbo

La mediana dell'item del "Carico Oggettivo" prima dell'intervento era di 3, mentre dopo l'intervento era di 2. Il confronto non è risultato statisticamente significativo ($z=-1,04$; $p=.29$). Invariata la mediana di 1 dell'item del "Carico Soggettivo" ($z=-0,19$; $p=.85$).

Questionario conoscenze "Definizione Obiettivi, Abilità di Comunicazione, Problem Solving"

La mediana dell'item prima dell'intervento era di 2,9, mentre dopo l'intervento era di 3,3. Il confronto tra il punteggio totale della scala prima-dopo è risultato significativo ($z=2,9$; $p<0,04$).

DISCUSSIONE

La valutazione dei risultati dell'intervento InteGRO mette in evidenza un impatto positivo per i diversi indicatori di esito presi in considerazione.

Desideriamo partire dal dato dell'attiva partecipazione (>90%). Attraverso il modulo di monitoraggio "utilità e piacevolezza" di ogni singolo incontro, si sono registrati valori molto positivi, con la mediana di 7 (*molto*) per entrambi, laddove il punteggio era compreso tra 3 (*per niente*) e 8 (*molto*).

Per quanto riguarda la componente psicopatologica, si ribadisce che l'approccio non è indirizzato a migliorare i sintomi clinici, in quanto concepito per pazienti che pur non essendo in *clinical-remission* secondo i criteri di Andreasen et al.²⁵ presentano relativa stabilizzazione del quadro clinico. L'assenza di significatività statistica al confronto prima-dopo è dunque dovuta alla bassa gravità iniziale, con mediana uguale a 3 (*lieve*) solo per il sintomo ansia, e uguale a 2 (*molto lieve*) per gli altri 9 sintomi. Alla fine dell'intervento la situazione era più o meno simile.

Per quanto riguarda le funzioni esecutive, i punteggi erano piuttosto soddisfacenti all'inizio con mediana di 71 alla

RBANS che esprime un livello borderline a dimostrazione che gli utenti erano in grado di partecipare e apprendere. Anche se la scala è stata utilizzata, come suggerito in letteratura³⁶, per l'assessment iniziale per i programmi di riabilitazione, abbiamo riscontrato un miglioramento poiché la mediana all'endpoint era di 74. È risultata, comunque, statisticamente significativa solo la sub-scala memoria immediata ($p < .001$).

Il maggiore impatto dell'intervento è sul funzionamento personale e sociale. Infatti, da un livello medio di 49,44 ($\pm 9,3$), che corrisponde a *difficoltà marcate* in aree quali le attività socialmente utili (per es., studio e lavoro), le relazioni con gli altri e la cura di sé, si è ottenuto il risultato medio pari a 57,56 ($\pm 9,0$) che corrisponde a *difficoltà marcate in una sola delle aree* ($p < .001$). Si è ottenuto quindi un salto di livello nella scala FPS, dal livello 41-50 (*difficoltà marcate in 2 aree*) al livello successivo, 51-60 (*difficoltà marcate in una sola area*). Per tale variabile di esito primario e di maggiore importanza per il processo di *Recovery* è stata osservata la maggiore significatività statistica al confronto prima-dopo. Prima dell'intervento, solo 6 pazienti superavano la soglia di 50, mentre alla fine dell'intervento erano 12 i pazienti che la superavano. Diversi soggetti, inoltre, sono migliorati in aree importanti, quali quella del lavoro/studio (un paziente ha ripreso gli studi universitari superando l'esame, due hanno iniziato a lavorare anche se part-time o in percorsi "protetti") e della relazionalità con aumento del network quantitativo.

Il funzionamento personale e sociale è risultato inversamente correlato con la scala dello stress ($\rho = -0,61$; $p < .01$) che appare anche il più forte predittore costante ($t = -2,28$, $p < .05$) e la seconda significatività statistica osservata ($p < .005$). Sottolineiamo infatti che la mediana della rilevazione dello stress era, all'inizio dell'intervento, pari a 1,83 (range 1,11/2,0), comunque bassa, ma si è ulteriormente ridotta dopo l'intervento a 1,22 (range 1,0/1,89). Viene dunque confermato che la capacità di gestione dello stress ottenuta tramite strategie specifiche ripetute durante gli incontri è da tenere quotidianamente presente con gli utenti per migliorare il loro funzionamento.

Anche le due sub-scale dell'Autoefficacia Percepita, molto migliorate al confronto prima-dopo ($p < .001$), sono risultate correlate al Funzionamento Personale e Sociale (rispettivamente: $\rho = 0,64$, $p < .01$; $\rho = 0,46$, $p < .01$) e rappresentano il secondo fattore predittivo ($t = 2,26$, $p < .05$). Questo obiettivo di esito è importante poiché lo si ritiene un effetto diretto del training relativo alle emozioni effettuato per oltre 10 incontri (alfabetizzazione emozionale, comprendere la propria e altrui mente, gestire le emozioni molto intense) e spiega quindi il miglioramento della relazionalità e del funzionamento sociale. Il dato ottenuto convalida dunque l'importanza di un training psicoeducativo sulla regolazione emozionale per ottenere un buon functioning.

Risultati soddisfacenti si sono avuti anche nelle subscale "ErrorIT" e "CSrotative" della M-FPT maggiormente indicative di flessibilità cognitiva poiché valutano le capacità di strategie alternative ($p < .01$) e di correzione degli errori ($p < .01$). Importante è anche la loro correlazione con il funzionamento sociale (rispettivamente: $\rho = -0,41$; $p < .01$ e $\rho = 0,35$; $p < .05$). Si potrebbe obiettare che tali associazioni non sono statisticamente significative, ma il concetto di forza associativa è diversa dalla probabilità che tale correlazione non sia osservata per effetto del caso.

Non stupisce comunque il risultato positivo sulla flessibilità cognitiva poiché sono effettuati più di 10 incontri di problem-solving oltre alle esercitazioni infrasettimanali su questo argomento. Vi è quindi un continuo allenamento mentale come conseguenza della seconda e terza tappa del problem-solving ("elencare le soluzioni" e "indicare vantaggi e svantaggi"), oltre che, in modo indiretto, per le altre tappe che implicano considerazioni, riflessioni, opinioni, proposte da parte di tutti i partecipanti. L'associazione flessibilità cognitiva e problem-solving è nota da anni in letteratura³⁸ e anche la nostra équipe ha osservato questi miglioramenti con un training di problem-solving di gruppo per pazienti con schizofrenia in uno studio controllato randomizzato³⁹. In aggiunta essa viene sempre più associata alle variabili di miglioramento della ToM e della Cognizione Sociale⁴⁰. È ipotizzabile che risultati migliori per la flessibilità cognitiva si potrebbero ottenere se gli utenti partecipassero a un training specifico, come per esempio quello della Terapia Neurocognitiva Integrata (INT)³⁷, anch'esso di recente introduzione in Italia. Si sta verificando infatti, a cura della nostra équipe, la possibilità di effettuare una valutazione d'impatto della INT per i pazienti che hanno partecipato al percorso con Integro.

È stato valutato anche il sentimento di speranza poiché ritenuto da alcuni studiosi⁴¹ un indicatore importante per gli esiti dei pazienti affetti da disturbo mentale grave e un predittore per i percorsi di recovery anche se i risultati su questo aspetto sono ancora controversi⁴². È ragionevole però ipotizzare che la speranza aiuti la promozione soggettiva del benessere psicofisico⁴³, come dimostrato in diversi studi anche in psichiatria⁴⁴ oltre che in altri campi della medicina^{45,46}. La nostra équipe ha voluto dunque prendere in considerazione il sentimento di speranza poiché tra i determinanti di questo "valore"⁴² vi sono i seguenti fattori: a) strategie di collaborazione per una ottimale gestione del disturbo; b) favorire le relazioni; c) sostegno tra pari; d) aiutare le persone a definire e impegnarsi nel perseguire obiettivi realistici; e) interventi specifici per sostenere l'autostima, l'autoefficacia e il benessere. Sono tutti fattori "costitutivi" dell'approccio Integro. Questo indicatore è risultato migliorato nel confronto prima-dopo ($p < .01$).

Si sono voluti prendere in considerazione anche il "carico oggettivo" personale attribuito al disturbo, cioè la percezione di difficoltà pratiche come conseguenza dell'essere affetto da una "condizione di malattia" e il disagio soggettivo di tale condizione. Per il carico oggettivo, nonostante i livelli già al minimo prima dell'intervento, si è ottenuto un ulteriore miglioramento, mentre per il carico soggettivo il punteggio all'inizio era già il più basso accertabile.

CONCLUSIONI

Lo scopo del presente articolo era quello di descrivere un approccio innovativo, strutturato, manualizzato, per sostenere un percorso di recovery di persone affette da disturbo mentale grave, basato su metodologie di promozione della salute (di salutogenesi) piuttosto che "riparative" di compromissioni. L'intervento, che necessita di un livello accettabile di consapevolezza del disturbo e delle sue conseguenze da parte degli utenti, non tiene conto della diagnosi, ma del li-

Descrizione e impatto di un approccio psicoeducativo strutturato (InteGRO) di salutogenesi

vello di funzionamento mentale (assenza di grossolani deficit cognitivi) e sociale (più che discreto). Esso prevede dunque metodiche proattive di alfabetizzazione emozionale, compreso il riconoscimento delle emozioni sul volto altrui, di respirazione consapevole per stimolare l'interesse per la meditazione, di una migliore gestione degli impulsi aggressivi, di miglioramento nella comunicazione e negoziazione per favorire il dialogo interpersonale, di insegnamento di life-skills e di miglioramento nel perseguire obiettivi piacevoli e personali. Si tratta di un intervento molto complesso e di lunga durata che necessita di due conduttori, della loro disponibilità per effettuare incontri individuali quando il paziente è assente a un incontro o chiede un approfondimento. Anche se il training è lungo, la partecipazione è attiva e gli utenti accedono a tutte le booster session, anche quelle che si tengono a distanza di 3 mesi.

Per quanto riguarda l'impatto, si è ottenuto un buon risultato relativo al funzionamento personale e sociale ($p < 0,001$), l'indicatore di esito primario per questo intervento, inversamente correlato ($\rho = -0,61$; $p < 0,01$) al livello di stress, variabile predittiva del functioning ($p < 0,05$).

Anche il miglioramento osservato per la flessibilità cognitiva è importante, poiché tale variabile è associata al benessere e alla ripresa delle persone con disturbo mentale^{40,47}. Altre variabili sono migliorate al confronto prima-dopo: auto-efficacia percepita, sentimento di speranza, carico oggettivo e soggettivo.

Diversi sono i limiti dello studio. In primo luogo esso è uno studio osservazionale, di un anno, privo di un gruppo di controllo, nel quale non si è preventivamente effettuata la stima della numerosità del campione. Come noto, ciò comporta un difetto di generalizzazione dei risultati. In aggiunta, l'assenza della stima della potenza dell'errore β rende molto opinabile la significatività statistica. Attualmente, comunque, si dibatte molto sul valore teorico di attribuzione della soglia di probabilità⁴⁸; secondo il parere degli statistici nel campo delle scienze sociali questo valore non dovrebbe essere superiore allo 0,005% per evitare risultati "falsi positivi". Se si accettasse questa "dura realtà", la gran parte degli studi non potrebbe essere pubblicata. Infatti, solo un numero ridotto di ricercatori potrebbe effettuare degli studi, con il rischio opposto, però, di un eccesso di risultati "falsi negativi". Una soluzione offerta da questi studiosi è che per valori al di sopra di quella soglia dovrebbe essere usato il termine di "suggerimento" che abbiamo qui seguito. D'altronde, nel campo dell'assistenza psichiatrica molti interventi continuano a essere erogati anche in assenza di valutazione multidimensionale degli esiti, che in molti casi viene effettuata in ricerche *ad hoc*, multicentriche, con utenti selezionati, ma raramente in un contesto assistenziale dove i pazienti accedono di routine per ricevere trattamenti e prestazioni. Il vantaggio di questa valutazione condotta nella routine assistenziale, nel real world, è di aver offerto, con tutti i limiti sopra descritti, risultati su molti indicatori pertinenti e rilevanti per le circostanze materiali di vita, nell'ottica del miglioramento continuo delle proprie condizioni esistenziali dei pazienti; risultati che suggeriscono di prendere in considerazione interventi più strutturati per il recovery. A tale proposito qualcuno potrebbe anche opinare in relazione al mancato uso di una scala specifica. Si fa presente che il recovery, come descritto in precedenza, non può essere considerato un esito ma come un percorso; in tale ottica, uno strumento utilizzabile in condi-

zioni di routine, valido e riproducibile, non ci risulta attualmente disponibile in Italia.

In conclusione, i risultati, con la consapevolezza dei limiti metodologici, appaiono incoraggianti e ci si propone di effettuare nuove valutazioni che possano diminuire alcuni errori sistematici presenti nell'attuale studio. Uno dei prossimi obiettivi è anche quello di comprendere quali vantaggi si osservano se gli utenti effettuano sia l'intervento InteGRO sia quello INT, due approcci che teoricamente ben si combinano tra di loro.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/numeri-precedenti/vol-10-19-dicembre-2014>
2. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (6): CD002831.
3. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (4): CD010823.
4. Välimäki M, Hätönen H, Lahti M, Kuosmanen L, Adams CE. Information and communication technology in patient education and support for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (10): CD007198.
5. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *New Engl J Med* 1982; 306: 1437-40.
6. Palli A, Kalantzi-Azizi A, Ploumpidis DN, Kontoangelos K, Economou M. Group psychoeducational intervention in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Psichiatriki* 2015; 25: 243-54.
7. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12): CD000088.
8. Calvo A, Moreno M, Ruiz-Sancho A, et al. Psychoeducational group intervention for adolescents with psychosis and their families: a two-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54: 984-90.
9. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 402-7.
10. Colom F, Vieta E. Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2006.
11. Barbieri L, Basso L, Boggian I, Lamonaca D, Merlin S, Peloso PF. Storie di recovery. Trento: Erickson, 2013.
12. Basso L, Boggian I, Carozza P, Lamonaca D, Svetini A. Recovery in Italy: an update. *Int J Ment Health* 2016; 45: 71-88.
13. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf?ua=1
14. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ot-tawa_Charter.pdf
15. <https://www.samhsa.gov/recovery>
16. Amering M, Schmolke M. Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
17. Veltro F, Ialenti V, Iannone C, Bonanni E, Morales García MA. Promoting the psychological well-being of Italian youth: a pilot study of a high school mental health program. *Health Promot Pract* 2015; 16: 169-75.
18. Veltro F, Ialenti V, Morales-García MA, Iannone C, Bonanni E, Gigantesco A. The evaluation of the impact of the new version

F. Veltro, et al.

- of a Handbook to Promote Psychological Wellbeing and Emotional Intelligence in the School of students aged 12-15. *Riv Psichiatri* 2015; 50: 71-9.
19. Veltro F, Ialenti V, Morales-García MA, et al. Promoting mental health in Italian middle and high school: a pilot study. *Biomed Res Int* 2017; 2017: 2546862.
 20. Veltro F, Tinessa S. *I totem delle emozioni*. Roma: Alpes, 2017.
 21. www.rsmcampobasso.it
 22. Galderisi S, Rossi A, Rocca P, et al. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry* 2014; 13: 275-87.
 23. Simonelli I, Simonelli A. *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute*. Milano: Franco Angeli Editore, 2010.
 24. Veltro F, Vendittelli N, Pontarelli I, Pica A, Nicchiniello I. *L'intervento psicoeducativo di Gruppo per il raggiungimento di Obiettivi (Inte.G.R.O.)*. Roma: Alpes, 2016.
 25. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 441-9.
 26. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L. *VADO. Valutazione di abilità e definizione di obiettivi*. Trento: Erickson, 1998.
 27. Leonard Leonard DC. *Learning theories: A to Z*. Milano: ABC-CLIO, 2002.
 28. Ventura J et al. Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS 4.0. In: Conti L (ed). *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Tomo 1. Firenze: Società Editrice Europea, 1999.
 29. Randolph C. The repeatable battery for the assessment of neuropsychological status (RBANS). *Adattamento italiano a cura di Ponteri M, Pioli R, Padovani A, et al*. Firenze: Giunti OS, 2007.
 30. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-45.
 31. Cattelani R, Dal Sasso F, Corsini D, Posteraro L. The Modified Five-Point Test: normative data for a sample of Italian healthy adults aged 16-60. *Neurol Sci* 2011; 32: 595-601.
 32. Caprara GV. *Scale di autoefficacia percepita APEN/G e APEP/G*. Trento: Erickson, 2004.
 33. Schrank B, Woppmann M, Sibitz I, Lauber C. Development and validations of an integrative scale assess hope. *Health Expect* 2011; 14: 417-28.
 34. Veltro F, Morosini P, Gigantesco A, et al. A new self-report questionnaire called "ABC" to evaluate in a clinical practice the aid perceived from services by relatives, needs and family burden of severe mental illness. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 18: 3-15.
 35. Morosini P, Roncone R, Veltro F, Palomba U, Casacchia M. Routine assessment tool in psychiatry: a questionnaire on family attitudes and burden. *The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 1991; 1: 95-101.
 36. Vita A. *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Principi, metodi e prove di efficacia*. Milano: Springer, 2013.
 37. Volker R, Muller DR. *INT: terapia neurocognitiva integrata nel trattamento della schizofrenia*. (edizione italiana a cura di Vita A, Comazzi M.). Milano: Springer-Verlag, 2015.
 38. Eskin M. *Problem solving therapy in the clinical practice*. London: Elsevier, 2012.
 39. 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: 123-32.
 40. Eşsizoğlu A, Köşger F, Akarsu FÖ, Özyaydin Ö, Güleç G. Theory of mind and selective attention, response inhibition, cognitive flexibility in patients with schizophrenia. *Noro Psikiyatr Ars* 2017; 54: 162-7.
 41. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: a review of literature. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 421-33.
 42. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012; 74: 554-64.
 43. Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2012; 196: 214-9.
 44. Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: a review of the British Literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15: 140-53.
 45. Olson RE. Managing hope, denial or temporal anomie? Informal cancer carers' accounts of spouses' cancer diagnoses. *Soc Sci Med* 2011; 73: 904-11.
 46. Rhodes RE, Blanchard CM, Courneya KS, Plotnikoff RC. Identifying belief-based targets for the promotion of leisure-time walking. *Health Ed Behav* 2009; 36: 381-93.
 47. Nowak M, Fersten E, Koziara H, Glowacki M. Executive and cognitive functioning pattern differentiate between active and arrested normal pressure hydrocephalus. *JSM Brain Sci* 2016; 1: 1005.
 48. Chawla DS. Big names in statistics want to shake up much-maligned P value. *Nature* 2017; 548: 16-7.

Descrizione e impatto di un approccio psicoeducativo strutturato (InteGRO) di salutogenesi

ALLEGATO A

Svolgimento degli incontri

- Presentazione per l'intervento
- Definizione degli obiettivi piacevoli
- Riconoscere le emozioni: 1) "gioia"; 2) "tristezza"; 3) "paura"
- Problem solving applicato a problemi pratici: 1) insegnamento; 2) esercitazione e supervisione
- Esprimere sentimenti piacevoli e fare richiesta in maniera positiva
- Ascolto attivo
- Riconoscere le emozioni: "vergogna"
- Migliorare la rete di rapporti sociali
- Definizione degli obiettivi personali
- Saltare frettolosamente alle conclusioni
- Prima verifica degli argomenti
- Riconoscere le emozioni: "rabbia"
- Riflessione sulla propria mente
- Riflessione sulla mente dell'altro
- Riflessione sulla mente dell'altro: la rabbia
- Assertività ed esprimere i sentimenti spiacevoli
- Autocontrollo di impulsi di rabbia e aggressività
- Calmare la mente 1
- Calmare la mente 2
- Seconda verifica degli argomenti
- Comunicazione (e conversazione) efficace
- Impariamo ad analizzare meglio un problema
- Analisi del problema
- Affrontiamo un problema personale
- Affrontare "le crisi emotive"
- Desidero conoscere nuove persone
- Affrontiamo un problema personale di salute fisica
- Istruzioni per le sessioni di rinforzo con il problem solving personale
- Istruzioni per le sessioni mensili e trimestrali