- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo

Group-based rehabilitative interventions in the Department of Mental Health of Viterbo, Italy

CATIA ZUCCA[1]*, ELENA ORTOLANI[2], SONIA FRATTAROLO[2], TERESA AIELLO[3], GIORGIA TRAVAGLINI[4], FRANCESCO CRO[5], ALBERTO TRISOLINI[6]
*E-mail: catia.zucca@asl.vt.it

[1]Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Viterbo
[2]Cooperativa Sociale Il Pungiglione, Civita Castellana (VT)
[3]Cooperativa Sociale Meta, Roma
[4]Centro Diurno e SPDC Ospedale Bassini, Cinisello Balsamo (MI)
[5]Unità Operativa Complessa Salute Mentale C, Viterbo
[6]Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Viterbo; Dipartimento di Salute Mentale, Viterbo

RIASSUNTO. Il trattamento standard erogato dai servizi di salute mentale, basato essenzialmente su terapia farmacologica e colloqui individuali, non aiuta i pazienti a potenziare le loro capacità di prevenire e gestire le crisi. **Scopo.** Il presente lavoro si propone di esaminare l'efficacia di alcuni interventi riabilitativi di gruppo messi in atto presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e il Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo. **Metodi.** È stata esaminata mediante specifici strumenti di valutazione l'efficacia in termini clinici, di consapevolezza di malattia, di qualità della vita e di capacità di far fronte allo stress di quattro diversi interventi di gruppo, su pazienti psichiatrici gravi o sui loro familiari, in contesti ospedalieri e ambulatoriali. **Risultati.** Gli interventi considerati hanno mostrato notevole efficacia nel migliorare l'insight, la stabilità clinica, la qualità della vita e la soddisfazione degli utenti e la capacità di gestire lo stress dei familiari. **Conclusioni.** Gli interventi riabilitativi di gruppo permettono di offrire all'utenza dei servizi di salute mentale ulteriori opzioni di trattamento da affiancare alla terapia farmacologica per migliorare la qualità della vita di pazienti e familiari in una prospettiva centrata sul recovery.

PAROLE CHIAVE: riabilitazione di gruppo, intervento familiare, psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, schizofrenia, disturbo bipolare.

SUMMARY. Standard treatment provided by mental health services, mainly based on drug therapy and individual sessions, does not help patients to enhance their capacity to prevent and manage crises. **Aim.** This paper aims at examining the effectiveness of four group-based rehabilitative interventions carried out in the Acute Psychiatric Inpatient Ward and in the Department of Mental Health of Viterbo, Italy. **Methods.** The effectiveness of the four group-based interventions on patients and their relatives was evaluated in both inpatient and outpatient settings in terms of clinical efficacy, disease awareness, quality of life, and ability to cope with stress. A set of specific assessment tools was used for the purpose. **Results.** Group-based interventions showed high level of effectiveness in improving patients' insight, clinical stability, quality of life and satisfaction in using the services, and in enhancing family members' ability to manage stress. **Conclusions.** Group-based rehabilitative interventions enable mental health services to provide users with additional treatment options complementary to drug therapy, improving the quality of life of patients and their families in a recovery-oriented perspective.

KEY WORDS: group rehabilitation, family intervention, psychoeducation, cognitive rehabilitation, schizophrenia, bipolar disorder.

INTRODUZIONE

Nei pazienti affetti da disturbi psicotici o bipolari affiancare alla terapia farmacologica interventi cognitivo-comportamentali e psicoeducativi di gruppo, anche con il coinvolgimento dei familiari, migliora sensibilmente l'aderenza alla terapia, il funzionamento psicosociale e la capacità di far fronte allo stress, riducendo l'esposizione ai fattori di rischio e le ricadute di malattia[1-4].

Il trattamento standard erogato dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), basato essenzialmente sulla terapia farmacologica, sulle visite e sui colloqui individuali, pur essendo efficace in acuto, non aiuta i pazienti a sviluppare una maggiore consapevolezza dei fattori connessi con l'insorgenza della crisi e a potenziare le loro capacità di gestirli[5]. L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo in SPDC, proposto originariamente da Bazzoni et al.[6] e sviluppato successivamente in modo organico presso il SPDC di Campo-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

basso[7], è basato su un'ottica biopsicosociale e su un approccio dimensionale e non categoriale ai disturbi psichiatrici, particolarmente adatto alla popolazione di pazienti afferente ai servizi psichiatrici pubblici. Esso può essere infatti rivolto a gruppi non necessariamente omogenei dal punto di vista della diagnosi e focalizzato su tematiche di utilità pratica, come la comprensione dei fattori di rischio per lo scatenamento della crisi e l'elaborazione di strategie per prevenirle, in una visione complessiva che, non trascurando gli aspetti medici della questione, tenga sempre presente il vissuto psicologico e il contesto familiare e sociale dei pazienti.

Il coinvolgimento delle famiglie è indicato in particolare nelle fasi precoci, quando nei familiari prevalgono la paura e il disorientamento e il primo contatto con i servizi psichiatrici può essere traumatico[8,9]. I gruppi multifamiliari aperti, rivolti alle famiglie dei pazienti ricoverati in SPDC, possono contenere l'angoscia e attenuare l'impatto emotivo della crisi fornendo sostegno psicologico e informazione. Visto l'elevato turnover dei pazienti e la durata in genere limitata dei ricoveri in SPDC, in questi gruppi non viene effettuata alcuna selezione e molte famiglie hanno l'occasione di partecipare a un solo incontro; per tali motivi questo tipo di lavoro familiare è spesso concentrato sulla singola sessione, nella quale i conduttori cercano di accogliere e contenere quanto più possibile vissuti emotivamente forti come rabbia, dolore e sgomento e di svolgere una funzione psicoeducativa fornendo informazioni esaurienti sulla malattia, sui problemi associati e sulle possibili strategie per gestirli[10].

Gli interventi di gruppo a forte connotazione psicoeducativa si sono dimostrati molto efficaci nel prevenire le ricadute, in particolare con i pazienti bipolari in fase eutimica: lo schema di psicoeducazione di gruppo codificato nel 2004 dal gruppo dell'Università di Barcellona[11] si propone di aiutare le persone affette da disturbo bipolare a convivere con la loro patologia, riducendo il disagio aggiuntivo legato alla mancanza di informazione e comprensione, che interferisce con una pianificazione realistica delle loro vite. Ponendo l'enfasi sulla consapevolezza di malattia, sull'aderenza al trattamento, sul riconoscimento tempestivo dei segni di crisi e sulla regolarità dei ritmi di vita si ottiene una riduzione del rischio di ricaduta e del tempo totale di malattia[12]; il metodo è stato sperimentato anche con pazienti affetti da depressione unipolare, ottenendo una significativa diminuzione del rischio di nuovi episodi a due anni[13], e può rivelarsi ancora più efficace quando comprende i familiari dei pazienti[3,14].

L'outcome funzionale dei pazienti risente positivamente anche degli interventi di training cognitivo, che attraverso tecniche di supporto a funzioni quali memoria e attenzione aiutano a ottenere un miglioramento sul piano psicosociale[15,16]. La terapia psicologica integrata (IPT)[17] procede in sequenza con cinque sottoprogrammi, che dalla sfera cognitiva si estendono progressivamente a quella delle abilità sociali: differenziazione cognitiva, percezione sociale, comunicazione verbale, abilità sociali, soluzione dei problemi interpersonali[18] (Figura 1).

Scopo del presente articolo è esaminare, attraverso la descrizione e l'analisi di alcuni interventi di gruppo messi in atto presso il SPDC e il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Viterbo, i possibili vantaggi per l'utenza di una inclusione routinaria di tali pratiche riabilitative tra le attività dei servizi di salute mentale.

Figura 1. Sottoprogrammi della terapia psicologica integrata.

MATERIALI E METODI

Intervento cognitivo-comportamentale in SPDC

Il lavoro di gruppo in SPDC è stato strutturato a partire dal modello di Campobasso[5], con alcune modifiche e adattamenti legati alla realtà del contesto operativo locale. Gli argomenti trattati nei moduli costanti corrispondevano a quelli della prima versione del manuale di Vendittelli et al.[7]: "Cosa è accaduto prima del ricovero", "Modello stress-vulnerabilità-coping", "Psicofarmaci" e "Segni precoci di crisi", quest'ultimo ripreso anche nel lavoro effettuato con le famiglie e collegato al modulo "Dimissione", riservato ai pazienti per i quali la dimissione era prossima e incentrato sull'elaborazione dell'esperienza del ricovero, dei vissuti di stigmatizzazione a essa associati e sugli obiettivi da raggiungere a breve-medio termine. Il modulo "Cosa è accaduto prima del ricovero" è stato integrato con l'illustrazione dello schema ABC di Beck e Ellis che, come suggerito da Turkington et al.[19], può essere un punto di partenza per facilitare l'individuazione, da parte dei pazienti, del legame tra determinati eventi, la loro interpretazione e le loro conseguenze sul piano emotivo e comportamentale. Il tema dell'uso di alcol è stato invece incorporato nella sessione "Modello stress-vulnerabilità-coping", sottolineando come l'assunzione di bevande alcoliche o di altre sostanze d'abuso rappresenti spesso una modalità disfunzionale di rispondere a eventi o situazioni stressanti. Nel modulo "Segni precoci di crisi" è stata distribuita ai pazienti una scheda su cui appuntare i propri sintomi premonitori e la condotta da tenere alla loro comparsa, sul modello di Falloon[20], mentre al termine del modulo "Dimissione" è stato consegnato ai pazienti un foglio su cui annotare i principali obiettivi personali che ognuno di loro si proponeva di raggiungere a breve termine. I gruppi dei moduli costanti sono stati svolti nella sala ricreativa del reparto, dopo la visita del mattino, dal lunedì al giovedì, riservando il venerdì al gruppo "Dimissione". Tutti i ricoverati venivano invitati, e la partecipazione era aperta a tutti gli operatori presenti (psichiatri, psicologi, infermieri e tirocinanti), mentre la conduzione e la co-conduzione del gruppo erano affidate a due tecniche della riabilitazione psichiatrica (E.O. e S.F., ri-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

spettivamente). L'effetto dell'intervento sulle conoscenze e sulle opinioni dei pazienti in merito agli argomenti affrontati nei moduli costanti è stato misurato mediante questionari autocompilati, specificamente predisposti, somministrati all'inizio e alla fine di ogni incontro. Prima di ogni incontro i partecipanti sono stati inoltre invitati a esprimersi in merito all'atmosfera di reparto, secondo una scala cromatica a cinque gradazioni che va dal bianco (atmosfera eccellente) al rosso (atmosfera agitata con episodi di aggressività), e la loro opinione è stata riportata sulla lavagna. Sono stati inoltre registrati i livelli di psicopatologia all'ingresso e alla dimissione tramite la scala BPRS[21]; alla fine del ricovero il grado di soddisfazione degli utenti è stato valutato con un breve questionario autocompilato che deriva da uno strumento messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità[22]. Il campione considerato ai fini dell'indagine (Tabella 1) è costituito dai pazienti che hanno partecipato ad almeno due incontri nel periodo marzo-giugno 2015 (n=40). Per l'organizzazione pratica degli incontri e il materiale utilizzato (lavagne a fogli mobili) si faccia riferimento al manuale di Vendittelli et al.[5].

Intervento multifamiliare

L'intervento multifamiliare è stato strutturato con due incontri mensili della durata di un'ora e mezza, aperti alle famiglie di tutti i pazienti ricoverati, che venivano contattate telefonicamente per invitarle a partecipare. Data la breve durata del ricovero in SPDC (mediamente una settimana), non tutte le famiglie dei pazienti hanno potuto partecipare, e per quelle coinvolte la partecipazione si è spesso limitata a un solo incontro; chi era interessato a proseguire il percorso poteva comunque lasciare il suo recapito telefonico per essere invitato anche agli incontri successivi alla dimissione del proprio congiunto. I gruppi, condotti da una psichiatra (C.Z.) e da una tecnica della riabilitazione psichiatrica (G.T.), si articolavano con una prima parte informativa sulla natura dei disturbi mentali gravi (essenzialmente psicosi, disturbi dell'umore e personalità borderline, le patologie di più frequente riscontro tra i pazienti ricoverati), improntata al modello psicoeducativo integrato[20], seguita da un ascolto delle problematiche presentate dai familiari, ai quali veniva proposto un sostegno emotivo, con particolare attenzione agli aspetti comunicativi intrafamiliari e al problem solving. I risultati dell'intervento, che si proponeva di ridurre il carico emotivo e lo stress percepito dei caregiver rinforzando le loro capacità di coping, sono stati valutati con il Brief Cope Questionnaire[23] lungo un arco temporale di sei mesi, confrontando le risposte dei familiari intervenuti al gruppo (n=14) con quelle di chi non aveva partecipato. Le caratteristiche demografiche e cliniche del campione sono illustrate nella Tabella 2.

Psicoeducazione per pazienti bipolari

Il gruppo di psicoeducazione per pazienti con disturbo bipolare è stato strutturato seguendo il modello di Colom e Vieta[11], con alcune modifiche che tenevano conto delle esigenze specifiche dei pazienti considerati. Otto pazienti del Centro di Salute Mentale (CSM) di età compresa tra i 40 e i 60 anni (rapporto maschi/femmine 1:1) con disturbi appartenenti allo spettro bipolare (Tabella 3) sono stati coinvolti nel programma che si è svolto in diciassette incontri per una durata di quattro mesi. I gruppi sono stati condotti da una tecnica della riabilitazione psichiatrica (S.F.) con la collaborazione di uno psichiatra (F.C.) e di altre figure professionali (psicologa, educatrice professionale) che si alternavano come co-conduttori. Rispetto alla versione originale di Colom e Vieta, che prevede ventuno sedute di gruppo per un arco di tempo complessivo di sei mesi, il programma è stato reso più snello accorpando tra di loro alcune sessioni (per es., "Che cosa è la malattia bipolare" e "Fattori eziologici e scatenanti") e limitando il tempo dedicato ad argomenti di minore interesse per lo specifico gruppo di pazienti preso in esame, come gravidanza e consulenza genetica, terapie alternative e misurazione dei livelli plasmatici degli eutimizzanti (Tabella 4). In ogni sessione il lavoro è stato suddiviso in tre parti principali: una prima parte informale "di riscaldamento", una centrale focalizzata sul tema del giorno e una dedicata alla discussione conclusiva e alla distribuzione di materiale didattico, quest'ultimo preparato dai conduttori seguendo criteri di chiarezza e comprensibilità o estratto da pubblicazioni e opere divulgative sul disturbo bipolare, come la guida *La vita a due velocità*[24] o l'autobiografia della fumettista americana Ellen Forney[25]. Il contenuto delle sessioni è stato arricchito con tecniche e modelli derivati dalla psicoterapia interpersonale e dei ritmi sociali[26] e dagli approcci basati sul problem solving[27]. Gli effetti del trattamento sulle modalità comunicative dei partecipanti sono stati registrati a ogni sessione dai co-conduttori con due schede di osservazione, una incentrata sulla comunicazione verbale e l'altra su quella non verbale. Le modificazioni della gravità del quadro clinico, della capacità di gestire lo stress e della qualità della vita correlate al trattamento sono state invece monitorate prima dell'inizio, in occasione dell'ultima sessione e a quattro mesi di distanza rispettivamente con le versioni italiane delle scale CGI[28], CD-RISC[29] e QLI[30].

Riabilitazione cognitiva

Al gruppo di IPT[17], organizzato presso il CSM, hanno partecipato quattro pazienti (Tabella 5) con gravi disturbi dello spettro schizofrenico (punteggio CGI all'inizio del trattamento compreso tra 6 e 7). Tutti avevano un quoziente intellettivo nella norma, una durata di malattia superiore a cinque anni e presentavano disorganizzazione del pensiero, marcate difficoltà all'astrazione e grave compromissione delle relazioni sociali. L'intervento è stato articolato lungo i cinque sottoprogrammi previsti dall'IPT, che partono dal training sulle abilità cognitive di base per giungere al lavoro sulle competenze sociali in situazioni progressivamente più complesse e coinvolgenti dal punto di vista emotivo, e sviluppato in sette incontri della durata di un'ora: differenziazione cognitiva (suddiviso in due sedute, una incentrata sulla categorizzazione mediante *sorting cards* e l'altra sul significato dei concetti verbali), percezione sociale, comunicazione verbale, abilità sociali (a bassa e ad alta complessità), problem solving. Sono stati utilizzati metodologie e materiali conformi a quanto indicato da Roder et al.[31-33]. Le sessioni sono state condotte da una tecnica della riabilitazione psichiatrica (T.A.), con l'ausilio dello psichiatra curante dei pazienti nel ruolo di co-conduttore, soprattutto nella seconda parte del programma, maggiormente caratterizzata dall'uso di tecniche di simulazione e role-playing. La gravità clinica, il livello di funzionamento e la pervasività dei sintomi positivi e negativi in relazione all'intervento sono stati misurati all'inizio e alla fine del trattamento e a un mese dalla sua conclusione mediante le scale CGI[28], Mini-ICF-APP[34,35] e PANSS[36].

RISULTATI

Intervento cognitivo-comportamentale in SPDC

Su 106 pazienti ricoverati nel periodo considerato, 60 (56,60%) hanno partecipato ad almeno una sessione di grup-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

Tabella 1. Intervento cognitivo-comportamentale in SPDC: caratteristiche demografiche e cliniche del campione.

n	40
Sesso	M 42,5%, F 57,5%
Età media	48 (range 20-69)
TSO	15%
Disturbi psicotici	33%
Disturbi bipolari	30%
Disturbi depressivi	23%
Disturbi di personalità	7%
Altri disturbi	7%

Tabella 2. Intervento multifamiliare in SPDC: caratteristiche demografiche e cliniche del campione.

n. di famiglie	14
Sesso del paziente	M 57% (n=8), F 43% (n=6)
Età media	38 (range 19-55)
TSO	14% (n=2)
Disturbi dell'umore	43% (n=6)
Disturbi psicotici	36% (n=5)
Disturbi di personalità	21% (n=3)

Tabella 3. Psicoeducazione per il disturbo bipolare: caratteristiche demografiche e cliniche del campione.

n	8
Rapporto M/F	1
Età media	48 (range 40-60)
Durata media di malattia	15 anni (range 8-20)
Disturbo bipolare I	75% (n=6)
Disturbo bipolare II	25% (n=2)

Tabella 4. Psicoeducazione per il disturbo bipolare: organizzazione delle sessioni.

Blocco 1: Coscienza di malattia	
Sessione 1	Cos'è la malattia bipolare/Fattori eziologici e scatenanti
Sessione 2	Sintomi (I): mania e ipomania
Sessione 3	Sintomi (II): depressione ed episodi misti
Sessione 4	Decorso e prognosi
Blocco 2: Aderenza farmacologica	
Sessione 5	Trattamento (I): Eutimizzanti/Livelli plasmatici degli eutimizzanti
Sessione 6	Trattamento (II): Antimaniacali
Sessione 7	Trattamento (III): Antidepressivi
Sessione 8	Farmacologia vs terapie alternative/Rischi associati all'interruzione/Gravidanza
Blocco 3: Evitamento dell'abuso di sostanze	
Sessione 9	Sostanze psicoattive: rischi nella malattia bipolare
Blocco 4: Individuazione precoce dei nuovi episodi	
Sessione 10	Individuazione precoce degli episodi maniacali e ipomaniacali
Sessione 11	Individuazione precoce degli episodi depressivi e misti
Sessione 12	Che fare quando viene identificata una nuova fase?
Blocco 5: Regolarità dello stile di vita e gestione dello stress	
Sessione 13	Regolarità dello stile di vita
Sessione 14	Tecniche per il controllo dello stress
Sessione 15	Strategie di soluzione dei problemi
Sessione 16	Sessione finale: chiusura

Tabella 5. Riabilitazione cognitiva in pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico: caratteristiche del campione.

Paziente "A"	Sesso M, età 27, terapia quetiapina per os, 200 mg/die
Paziente "B"	Sesso F, età 38, terapia paliperidone long acting, 150 mg/mese
Paziente "C"	Sesso M, età 40, terapia olanzapina per os, 20 mg/die
Paziente "D"	Sesso F, età 70, terapia risperidone long acting, 37,5 mg/due settimane

po e 40 (37,73%) ad almeno due. Come già accennato, questi ultimi sono stati considerati "partecipanti" ai fini dell'elaborazione dei risultati. Nella Figura 2 sono mostrate le percentuali di partecipazione ai diversi incontri; come è possibile osservare, la partecipazione è andata progressivamente diminuendo con il progredire dei moduli, anche perché la breve durata media dei ricoveri, intorno a una settimana, e il conseguente elevato turnover dei pazienti con continuo subentro di nuovi partecipanti, portavano i conduttori organizzatori a riproporre spesso il modulo iniziale, per poter svolgere gli incontri in modo sequenziale.

Le variazioni dei punteggi BPRS all'inizio e alla fine del ricovero non differivano in modo significativo tra il gruppo dei partecipanti e il resto del campione. Tuttavia, mentre nel primo gruppo non si è osservato nessun nuovo ricovero nei quattro mesi dell'intervento e quattro ricoveri volontari (che riguardavano pazienti che avevano partecipato solo a due incontri su cinque) nei quattro mesi successivi, il 19,70% (n=13) dei pazienti non partecipanti è andato incontro a nuovi ricoveri, di cui quattro in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO), nel periodo di tempo considerato.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

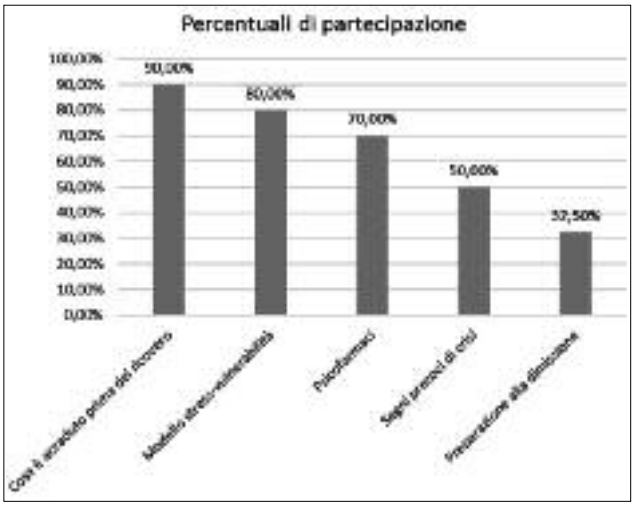

Figura 2. Intervento cognitivo-comportamentale in SPDC: partecipazione dei pazienti (n=40) ai diversi incontri.

La competenza dei partecipanti sugli argomenti trattati nei moduli, misurata confrontando i risultati dei questionari autocompilati prima e dopo ogni incontro, è aumentata in modo significativo per ogni sessione, come illustrato dalla Figura 3. La variazione più significativa è stata osservata per il modulo "Psicofarmaci".

L'atmosfera di reparto è stata giudicata "eccellente" o "buona" dall'87,50% degli intervistati.

La soddisfazione per l'assistenza ricevuta è stata massima negli utenti che hanno partecipato a tutti gli incontri, con differenza statisticamente significativa rispetto al gruppo dei non partecipanti (variazione dei valori medi attesi 16,67%, v=1, χ^2>3,841, p<0,05).

Intervento multifamiliare

Tutti i familiari intervenuti agli incontri (n=14) hanno compilato il Brief Cope Questionnaire, con il quale è stato possibile rilevare un miglioramento omogeneo delle strategie di coping positive, soprattutto quelle di coping attivo, pianificazione e sostegno socio-emotivo[37], in misura statisticamente significativa rispetto a un analogo numero di familiari che non avevano partecipato ai gruppi (v=1, χ^2>3,841, p<0,05). Le strategie basate sull'evitamento o sulla religione non sono state influenzate in maniera significativa dalla partecipazione.

Figura 3. Intervento cognitivo-comportamentale in SPDC: competenza dei partecipanti sugli argomenti trattati misurata mediante questionari autocompilati somministrati all'inizio e alla fine di ogni incontro.

Psicoeducazione per pazienti bipolari

Sei pazienti su otto hanno portato a termine il trattamento psicoeducativo, con un tasso di dropout del 25%, in linea con quanto riportato in letteratura[12,38]. Nei quattro mesi di follow-up seguiti alla fine del trattamento nessun paziente ha soddisfatto i criteri per un nuovo episodio di malattia, né maniacale né depressivo o misto.

Dal punto di vista della gravità clinica globale, il miglioramento è stato uniforme, con una diminuzione media dei punteggi alla scala CGI dopo il trattamento psicoeducativo del 30,77% (v=1, χ^2>6,635, p=0,01). L'aumento della resilienza, misurato con la CD-RISC, è stato del 24,32% (v=1, χ^2>6,635, p=0,01), mentre il miglioramento della qualità della vita è testimoniato da un aumento del 22,58% dei valori medi al QLI (v=1, χ^2>3,841, p<0,05). Tra le quattro subscale che concorrono a formare i punteggi di quest'ultimo strumento, i miglioramenti più evidenti si sono registrati nella subscala "salute e funzionamento" (variazione percentuale dei valori medi del 32,61%, v=1, χ^2>7,879, p<0,005) e in quella "benessere psicologico e spirituale" (variazione percentuale 37,07%, v=1, χ^2>3,841, p<0,05), mentre si sono osservate tendenze al miglioramento pur in assenza di significatività statistica nelle "condizioni sociali ed economiche" e nella "vita familiare"; in quest'ultimo ambito sono stati riportati miglioramenti da quei pazienti che hanno riferito di aver condiviso in famiglia il materiale didattico fornito loro in occasione delle sessioni di gruppo.

Riabilitazione cognitiva

La gravità complessiva delle condizioni cliniche dei pazienti, misurata dalla scala CGI, non è stata influenzata dalla loro partecipazione al gruppo, così come il livello di funzionamento valutato con il Mini-ICF-APP. Confrontando i risultati pre- e post-trattamento (T0 e T1, Figure 4-6) sono

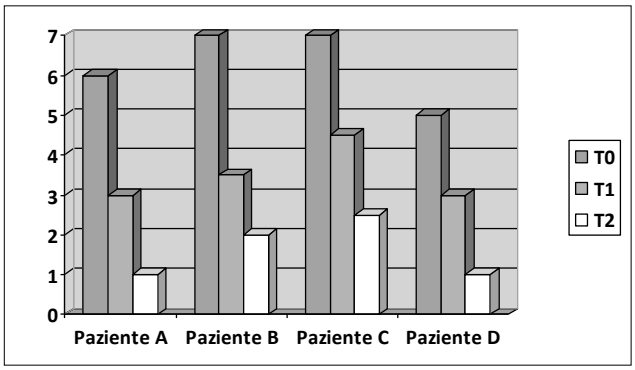

Figura 4. Variazione valori medi PANSS pre- e post-trattamento, subscala positiva (-40%, v=1, χ^2>3,841, p<0,05).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

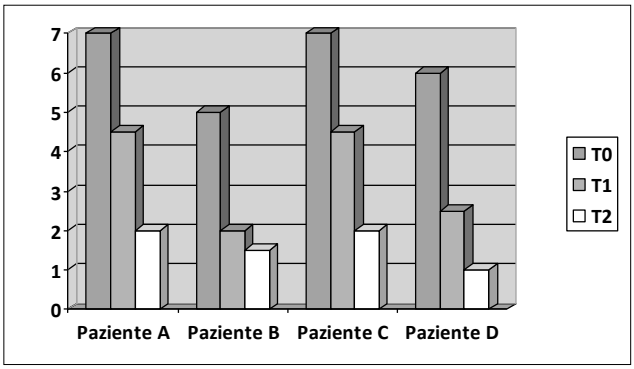

Figura 5. Variazione valori medi PANSS pre- e post-trattamento, subscala negativa (-45%, ν=1, χ^2>3,841, p<0,05).

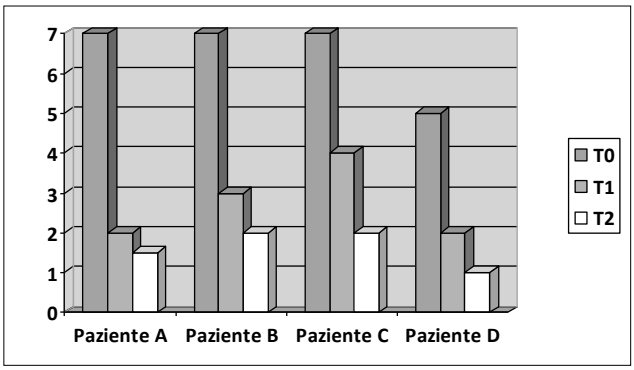

Figura 6. Variazione valori medi PANSS pre- e post-trattamento, subscala generale (-58%, ν=1, χ^2>3,841, p<0,05).

stati invece evidenziati miglioramenti significativi con la PANSS, mostrati da diminuzioni del punteggio sia nella scala positiva (variazione media -40%) sia in quella negativa (-45%) e generale (-58%) (ν=1, χ^2>3,841, p<0,05). Tra i sintomi positivi, quello che è andato incontro alla variazione più significativa è stata la disorganizzazione concettuale, mentre nella scala generale gli effetti più evidenti sono stati diminuzione dell'ansia e aumento dell'insight. Per quanto riguarda la scala negativa, tutti gli item hanno mostrato un significativo miglioramento, sia nell'area dell'affettività sia in quella dei disturbi del pensiero. Il miglioramento si è mantenuto a un mese dalla conclusione del trattamento (T2), andando anzi incontro a un'ulteriore diminuzione dei valori PANSS, sebbene non statisticamente significativa. La paziente che si è giovata maggiormente dell'intervento è stata quella con il più spiccato deficit cognitivo.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati sopra illustrati permettono di esprimere una valutazione positiva, pur nell'eterogeneità degli interventi considerati, sull'efficacia dei trattamenti riabilitativi di gruppo in un dipartimento di salute mentale. Questi interventi possono affiancarsi alla terapia psicofarmacologica, di cui pure viene ribadita la necessità in una cornice psicoeducativa rivolta tanto ai pazienti quanto ai loro familiari, per promuovere negli utenti una maggiore consapevolezza della loro situazione e per facilitare il processo di recovery, sia per quanto riguarda la capacità di fare fronte allo stress e di gestire al meglio la vulnerabilità legata alla malattia sia in termini di recupero o miglioramento delle funzioni cognitive. Tali interventi possono essere erogati da professionisti competenti come i tecnici della riabilitazione psichiatrica e risultano particolarmente utili anche in contesti critici, come il SPDC, nei quali instaurare un clima di partecipazione positiva e di confronto reciproco può contribuire a ridurre sensibilmente la gravità e la frequenza degli agiti aggressivi[39,40]. Questi ultimi possono risentire di diversi fattori, non legati esclusivamente alle caratteristiche cliniche individuali dei pazienti, ma anche alle interazioni che si stabiliscono tra di loro, alle attitudini degli operatori, al contesto legislativo, alla struttura e all'organizzazione del reparto e alle variabili esterne, come l'atteggiamento e la risposta dei familiari[41-43]. Coinvolgere questi ultimi nella costruzione del progetto terapeutico, fornire loro più strumenti per comprendere la natura della malattia del loro congiunto e le strategie messe in atto e offrire uno spazio di ascolto può ridurre sensibilmente il senso di smarrimento e di frustrazione che colpisce le famiglie di molti pazienti, soprattutto in occasione del primo ricovero in psichiatria[44-46]. Il modello dell'emotività espressa fornisce un'ulteriore cornice teorica di riferimento per la comprensione dell'effetto degli interventi con i familiari in termini di riduzione del loro ipercoinvolgimento ansioso e quindi degli atteggiamenti negativi e scoraggianti sfavorevoli per il paziente, con ricadute positive sul suo benessere e sulla sua capacità di tollerare gli stimoli stressanti[47]. Questo, insieme alla maggiore compliance farmacologica, è uno dei principali fattori implicati nella riduzione dei ricoveri ripetuti[48], considerati generalmente un indice di scarsa efficienza dei servizi sanitari[49,50].

L'importanza di mantenere una corretta compliance è sottolineata da tutti gli interventi psicoeducativi, e l'argomento sembra suscitare notevole interesse tra i pazienti: tra i moduli costanti in cui è suddiviso l'intervento cognitivo-comportamentale in SPDC quello sugli psicofarmaci è risultato essere quello associato al maggiore apprendimento. La suddivisione in categorie delle diverse molecole secondo l'indicazione clinica e, soprattutto, gli effetti collaterali appaiono essere le questioni che sollevano maggior interesse. È degno di nota il fatto che i pazienti, che si dimostravano interessati e curiosi riguardo questi aspetti legati alla loro terapia farmacologica nel contesto gruppale, si dicevano invece restii a chiedere informazioni in tal senso al loro medico all'interno della relazione terapeutica.

L'effetto positivo della partecipazione ai gruppi cognitivo-comportamentali in termini di riduzione dei ricoveri ripetuti, soprattutto in TSO, verosimilmente non è quindi da attribuire a un'attenuazione della sintomatologia psicotica (non vi sono variazioni significative dei punteggi BPRS correlate con la partecipazione ai gruppi), ma piuttosto a un generale incremento della consapevolezza, favorito anche da una maggiore soddisfazione per l'assistenza ricevuta, che si traduce in un aumento della fiducia nel servizio e in una diminuzione degli interventi coercitivi (TSO, contenzioni)[51].

L'efficacia della psicoeducazione in termini di riduzione delle ricadute e miglioramento della qualità di vita è eviden-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

te anche quando l'intervento è strutturato al di fuori del contesto ospedaliero, come nel caso del gruppo per pazienti bipolari, tenuto presso il DSM, ed è potenziata dal coinvolgimento dei familiari. Aumento della consapevolezza e diminuzione dell'ansia, elementi che concorrono a migliorare l'aderenza dei pazienti al progetto terapeutico[52,53], sono stati osservati, oltre agli effetti specifici del trattamento sul piano neuropsicologico, anche nei pazienti che hanno partecipato alle sessioni di riabilitazione cognitiva.

In conclusione, gli interventi riabilitativi di gruppo, adattati ai differenti contesti, permettono di offrire all'utenza dei servizi di salute mentale, costituita prevalentemente da pazienti con disturbi psichiatrici maggiori, ulteriori opzioni di trattamento da affiancare alla terapia farmacologica. In un'ottica centrata sul recovery e sull'attenzione al benessere psicologico e spirituale delle persone, che non esaurisce nella remissione sintomatologica la possibilità per i pazienti di riappropriarsi della loro vita[54], appare irrinunciabile per i servizi di salute mentale, sia in ambito territoriale sia ospedaliero, dotarsi di questi strumenti, ancora poco diffusi nella pratica routinaria[55], e di personale competente e specializzato nella loro conduzione. Potenziamento delle funzioni cognitive, riduzione dello stress familiare, accettazione della malattia e maggiore compliance farmacologica, uniti all'instaurazione di un clima di fiducia nei servizi, possono fare la differenza, migliorando in modo sensibile la qualità della vita dei pazienti.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Veltro F, Chiarullo R, Leanza V, et al. Descrizione dell'esperienza, dell'efficacia pratica e della diffusione dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Psichiatria. Riv Psichiatr 2013; 48: 130-9.
2. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. Lancet 2013; 381: 1672-82.
3. Fiorillo A, Del Vecchio V, Luciano M, et al. Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: a controlled, multicentric, real-world study. J Affect Disord 2015; 172: 291-9.
4. De Peri L, Cacciani P, Castelluccia S, Fierro L. Il training cognitivo della Terapia Psicologica Integrata (IPT): prove di efficacia. In: Vita A (a cura di). La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Milano: Springer-Verlag Italia, 2013.
5. Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, et al. L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Terza ed. Milano: Edi-Ermes, 2015.
6. Bazzoni A, Morosini P, Polidori G, et al. La Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) di gruppo nella routine di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Epidemiol Psichiatr Soc 2001; 10: 27-36.
7. Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, et al. L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Torino: Centro Scientifico Editore, 2003.
8. Hickman G, Newton E, Fenton K, Thompson J, Boden ZV, Larkin M. The experiential impact of hospitalisation: parents' accounts of caring for young people with early psychosis. Clin Child Psychol Psychiatry 2016; 21: 145-55.
9. Melton RP, Dykeman C. Family Aided Community Treatment for the treatment of early psychosis: a proof of concept study. Community Ment Health 2016; 52: 623-30.
10. Fina D, Macauda V. Il gruppo multifamiliare nel SPDC: una esperienza di ascolto nella crisi. In: Sparvoli M, Di Massimo S (a cura di). La psicologia nella crisi psichiatrica. Roma: Alpes, 2008.
11. Colom F, Vieta E. Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare. (traduzione italiana a cura di Pacchiarotti I). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2006.
12. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5 year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2009; 194: 260-5.
13. Franchini L, Paredi G, Ciracì M, Colombo C. L'applicazione sperimentale della psicoeducazione a un gruppo misto di pazienti unipolari e bipolari: effetto a lungo termine in un follow-up di 24 mesi. Psichiatria & Psicoterapia 2011; 30: 118-30.
14. Reinares M, Bonnin CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorders: a systematic review. Clin Psychol Rev 2016; 43: 47-57.
15. Bonnin CM, Reinares M, Martínez-Arán A, et al. Effects of functional remediation on neurocognitively impaired bipolar patients: enhancement of verbal memory. Psychol Med 2016; 46: 291-301.
16. Solé B, Bonnin CM, Mayoral M, et al. Functional remediation for patients with bipolar II disorder: improvement of functioning and subsyndromal symptoms. Eur Neuropsychopharmacol 2015; 25: 257-64.
17. Brenner HD, Roder W, Hodel B, et al. Terapia psicologica integrata: programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico. (edizione italiana a cura di Vita A). Milano: McGraw-Hill, 1997.
18. Giobbio GM, Comazzi M, Vita A. Il training cognitivo della Terapia Psicologica Integrata (IPT): presupposti e descrizione. In: Vita A (a cura di). La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Milano: Springer-Verlag Italia, 2013.
19. Turkington D, Kingdon D, Rathod S, et al. Tornare alla vita e alla normalità. (edizione italiana a cura di Fagiolini A, Leveni D, Piacentini D, Primerano G). Milano: Edi-Ermes, 2012.
20. Falloon I, Magliano L, Morosini P. Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Trento: Centro Studi Erickson, 2003.
21. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962; 10: 799-812.
22. Gigantesco A, Chiaia E, Morosini P, Balbi A. Validazione di uno strumento di valutazione dell'opinione dei pazienti e dei familiari dei servizi di salute mentale. Giornale Italiano di Psicopatologia 2003; 9:17-22.
23. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. Int J Behav Med 1997; 4: 92-100.
24. Arteel P, Goikolea JM, Gismodi R, et al. La vita a due velocità. (traduzione italiana a cura di Arkadia Translations). Bristol-Myers Squibb: 2011.
25. Forney E. Marbles. (traduzione italiana a cura di Beltramini M). Milano: Edizioni BD, 2014.
26. Frank E. Treating bipolar disorder: a clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy. New York: Guilford Press, 2007.
27. Barbieri L, Boggian I, Lamonaca D. Problem solving nella riabilitazione psichiatrica. Trento: Erickson, 2008.
28. Guy W (ed). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976.
29. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003; 18: 71-82.
30. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index: development and psychometric properties. Adv Nurs Sci 1985; 8: 15-24.
31. Roder V, Müller DR, Brenner HD, Spaulding WD. Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients. Boston, MA: Hogrefe, 2010.
32. Müller DR, Roder V. Integrated psychological therapy and integrated neurocognitive therapy. In: Roder V, Medalia A (eds). Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Basic concepts and treatment. Basel: Karger, 2010.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.71.237 Sun, 28 Apr 2024, 23:58:20

33. Roder V, Müller DR. INT-Terapia neurocognitiva integrata nel trattamento della schizofrenia. (edizione italiana a cura di Vita A, Comazzi M). Milano: Springer-Verlag Italia, 2015.
34. Linden M, Baron S. The Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P). A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders. Rehabilitation 2005; 44: 144-51.
35. Balestrieri M, Isola M, Bonn R, et al. Validation of the Italian version of Mini-ICF-APP, a short instrument for rating activity and participation restriction in psychiatric disorders. Epidemiol Psychiatr Sci 2013; 22: 81-91.
36. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13: 261-76.
37. Litman JA. The COPE inventory: dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. Pers Individ Dif 2006; 41: 273-84.
38. Gaur N, Grover S. Outcome of group psychoeducation for stabilised bipolar disorders. Br J Psychiatry 2009; 195: 180-1.
39. Szabo KA, White CL, Cummings SE, Wang RS, Quanbeck CD. Inpatient aggression in community hospitals. CNS Spectr 2015; 20: 223-30.
40. McCann T, Baird J, Muir-Cochrane EC. Social climate of acute old age psychiatry inpatient units: staff perceptions within the context of patient aggression. J Psychiatr Ment Health Nurs 2015; 22: 102-8.
41. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, et al. Safewards: thje empirical basis of the model and a critical appraisal. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014; 21: 354-64.
42. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014; 21: 499-508.
43. Bowers L, James K, Quirk A, et al. Reducing conflicts and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2015; 52: 1412-22.
44. Gerson R, Davidson L, Booty A, et al. Families' experience with seeking treatment for recent-onset psychosis. Psychiatr Serv 2009; 60: 812-6.
45. Boydell J, Onwumere J, Dutta R, et al. Caregiving in first-episode psychosis: social characteristics associated with perceived "burden" and associations with compulsory treatment. Early Interv Psychiatry 2014; 8: 122-9.
46. Arnoud H, Perrin-Niquet A. The onset of illness: "it will blow over". Soins Psychiatr 2014; 291: 30-3.
47. Peris TS, Miklowitz DJ. Parental expressed emotion and youth psychopathology: new directions for an old construct. Child Psychiatry Hum Dev 2015; 46; 863-73.
48. von Polier GG, Meng H, Lambert M, et al. Patterns and correlates of expressed emotion, perceived criticism, and rearing style in first admitted early-onset schizophrenia spectrum disorders. J Nerv Ment Dis 2014; 202; 783-7.
49. Jeppesen RM, Christensen T, Vestergaard CH. Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012: the advent of 'revolving door' patients. Acta Psychiatr Scand 2016; 133: 419-25.
50. Klil-Drori S, Vadas L, Reshef A, Lavi I, Bloch B, Kremer L. The clinical and demographic characteristics of patients who frequent the psychiatric emeorgency room in a general hospital. Harefuah 2015; 154: 624-31.
51. Cro F. Diminuzione delle contenzioni nel SPDC di Viterbo: fattori di miglioramento interni ed esterni. In: Sangiorgio P, Polselli CM (a cura di). Matti da (non) legare. Roma: Alpes, 2010.
52. Leclerc E, Noto C, Bressan RA, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review. Rev Bras Psiquiatr 2015; 37: 168-76.
53. Hamann J, Lipp ML, Christ-Zapp S, et al. Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatr Serv 2014; 65: 881-7.
54. Cohen M, Andersen H. Enhanced recovery orientation. Aarhus, Denmark: The City of Aarhus, Department of Social Services, 2007.
55. Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, et al. A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. Trials 2012; 13: 73.