

Riviste – contributo cognitivista

La riabilitazione è stata al centro dei discorsi della psichiatria contemporanea per lungo tempo, ma ha assunto diverse forme negli anni; in Italia, l'argomento diventa di centrale importanza a seguito della legge 180/78. In quel momento storico, l'obiettivo era lavorare sul re-inserimento e la ri-abilitazione di individui fino ad allora istituzionalizzati. Successivamente, il concetto viene assorbito in quello più ampio di recovery (il cui paradigma viene scisso da Liberman in "recovery con" e "recovery da" malattia mentale). Secondo la WPA l'obiettivo della riabilitazione psichiatrica oggi è "aiutare gli individui con disturbi mentali gravi e persistenti a sviluppare le competenze cognitive, emozionali e sociali necessarie a vivere, apprendere e lavorare nella comunità di appartenenza con il minimo supporto professionale sanitario possibile"; va da sé come un approccio cognitivista possa trovare ampio spazio nel contesto di esigenze così task-oriented.

Kim E.J., Bahk Y.C., Oh H., Lee W.H., Lee J.S., Choi K.H.,
Current Status of Cognitive Remediation for Psychiatric Disorders: A Review. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00461

Fra tutti probabilmente l'esempio più calzante di connubio fra riabilitazione psichiatrica e cognitivismo è quello della Cognitive Remediation (CR). Si tratta di una serie di pratiche volte a ri-acquisire padronanza in una serie di domini cognitivi fondamentali per un buon funzionamento socio-lavorativo: funzioni esecutive, memoria di lavoro,

teoria della mente dell'altro. L'articolo che abbiamo selezionato risale quindi alle origini di questo binomio svolgendo un'analisi storica dello sviluppo della cognitive remediation e fotografando lo stato dell'arte della pratica.

Quando si tratta di riabilitazione psichiatrica, il pensiero prevalente, nonché la larga maggioranza degli studi presenti in letteratura, sembrano rivolgersi spontaneamente all'individuazione delle migliori strategie per ottenere un recupero quanto più esteso possibile del funzionamento globale degli individui affetti da alcune delle patologie psichiatriche considerate più invalidanti, con particolare riferimento alla depressione maggiore e alla schizofrenia. Altrettanto beneficio tuttavia, si potrebbe ottenere dalla messa in atto di strategie di riabilitazione psichiatrica su tipologie diverse di pazienti psichiatrici, tra le quali gli articoli qui riportati fanno riferimento a individui affetti da disturbo da uso di sostanze (DUS) e individui affetti da anoressia nervosa (AN).

Verdejo-Garcia A., Rezapour T., Giddens E., Khojasteh Zonoozi A. *et al.*, **Cognitive training and remediation interventions for substance use disorders: a Delphi consensus study**, *Addiction*, 2023 May, 118(5): 935-951. DOI: 10.1111/add.16109

Per quanto riguarda il DUS, il principale beneficio dell'applicazione di strategie di riabilitazione cognitiva, consiste nel recupero almeno parziale dell'imPAIRment cognitivo a cui spesso i sogget-

ti affetti da DUS vanno incontro, e che a sua volta comporta il doppio svantaggio di ridurre qualità della vita e funzionamento globale dell'individuo, e di rendere più difficoltosa l'aderenza dello stesso ai percorsi di disintossicazione effettuati all'interno delle comunità terapeutiche.

Il recente studio qui riportato ha lo scopo di individuare per quanto possibile dei criteri standardizzati per la messa in atto delle strategie riabilitative potenzialmente utilizzabili in quest'ambito, e per la cui applicazione allo stato attuale non esistono un consensus o linee guida.

Meneguzzo P, Tenconi E.,
Todisco P, Favaro A., **Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa as a rolling group intervention: Data from a longitudinal study in an eating disorders specialized inpatient unit**, *Eur Eat Disord Rev.*, 2021 Sep, 29(5): 770-782.
DOI: 10.1002/erv.2848

Per quanto riguarda l'anoressia nervosa, la cognitive remediation therapy (CRT) ha mostrato buona efficacia soprattutto per quanto riguarda la gestione degli aspetti di rigidità ed attenzione eccessiva che frequentemente si osservano nelle persone affette. Tale rigidità risulta spesso limitante sia nell'aderenza ai percorsi di cura, sia nella possibilità di ottenere beneficio dall'applicazione di in-

terventi psicoterapeutici mirati, quali la terapia familiare e la terapia cognitivo comportamentale mirata, comunemente utilizzate nel trattamento delle persone affette da anoressia nervosa. Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della CRT in associazione a questi trattamenti, o anche come forma di pre-trattamento, poiché migliora la flessibilità e il coinvolgimento nei percorsi di cura.

In questo caso, l'articolo selezionato approfondisce e analizza in particolare l'opportunità di utilizzare uno specifico protocollo di applicazione della CRT in questa tipologia di pazienti, il rolling group protocol, che permetterebbe, almeno idealmente, il superamento di alcuni dei limiti principali riscontrati nelle più comuni modalità di messa in atto, quali gruppi chiusi e CRT individuale, ampliando potenzialmente il bacino di persone che potrebbero beneficiare di tale strategia.

Ottone Baccaredda Boy, M.D.,
Università degli Studi di Firenze,
Dipartimento di Psichiatria.
Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze
ottone.baccareddaboy@unifi.it

Irene Marconi,
Collaboratrice per la scuola
di psicoterapia CTCC Firenze.
Via del Ponte Rosso, 9 – 50129 Firenze
irene.marconi@unifi.it

La riabilitazione psichiatrica in chiave sistemico-relazionale

Annaluce Caputo, Luca Mancusi

INTRODUZIONE

Il concetto di “psichiatria di comunità” nasce negli anni '70, inizialmente negli Stati Uniti, allo scopo di superare un modello riduzionistico e manicomiale della malattia mentale così da produrre un profondo e radicale cambiamento: restituire agli individui con disturbi psichiatrici gravi e persistenti il diritto di esprimere il loro giudizio sui percorsi di cura e orientare i trattamenti alla riabilitazione psicosociale.

In Italia è solo dopo la promulgazione della legge 180 (833/78 SSN) che si diffonde l'utilizzo di tecniche riabilitative, ma è conquista recente il superamento dell'aspetto puramente assistenziale della cura a favore della riabilitazione del disagio mentale. Il processo di riabilitazione psichiatrica infatti, parte dal presupposto che, indipendentemente dalla gravità clinica, esiste sempre un'area an-

cora integra di funzionamento verso cui dirigere il lavoro terapeutico (Anthony e Farkas, 2011). Pertanto, l'agire riabilitativo, focalizza la propria attenzione sulle risorse prima ancora che sulla malattia, con interventi strutturati che mirano a sviluppare le competenze cognitive, emozionali e sociali necessarie a vivere, apprendere e lavorare nella comunità di appartenenza (Anthony, 1979).

In tale processo di restituzione di dignità ed identità ai pazienti con disturbi mentali gravi acquista un ruolo di fondamentale importanza l'istituzione familiare che passa dall'essere considerata “responsabile” dell'insorgenza e del mantenimento dei sintomi (Lefley, 2009; Fromm-Reichman, 1948) a possibile risorsa in grado di influenzare il decorso a lungo termine della patologia mentale del soggetto. Esiste pertanto un profondo legame tra “paziente - famiglia - servi-

ANNALUCE CAPUTO: Psicologa clinica dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia, Specializzanda in Psicoterapia sistemico-relazionale, Terapeuta EMDR. Via E de Filippis, 145 – 84013 Cava de' Tirreni (SA).

annalucecaputo83@yahoo.com

LUCA MANCUSI: Psicologo, Specializzando in Psicoterapia sistemico-relazionale, Terapeuta EMDR, Educatore. Piazza Vittorio Veneto, 35 – 84123 Salerno (SA).

info@lucamancusi.it

zi” ed è in virtù di tale legame che la presa in carico del disagio mentale ha promosso, negli anni, interventi di sostegno per i familiari (Luciano *et al.*, 2012; Del Vecchio *et al.*, 2011; Pharoah *et al.*, 2010).

Tale contributo si propone quindi di approfondire la riabilitazione psichiatrica in chiave sistemico-relazionale, attraverso due articoli scientifici che valutano l'efficacia riabilitativa di interventi familiari rispettivamente, per pazienti affetti da schizofrenia (Hsiao, Lu, Hsieh, Tsai, 2022) e, per giovani ad alto rischio di disturbo bipolare (Weintraub, Schneck, Posta, Merranko, Singh, Chang & Miklowitz, 2022).

L'efficacia di un breve intervento di conversazione terapeutica orientato ai punti di forza della famiglia per i pazienti con schizofrenia e i loro caregivers.

DOI: 10.1111/jnu.12741

L'articolo “Effectiveness of a brief family strengths-oriented therapeutic conversation intervention for patients with schizophrenia and their caregivers”, pubblicato nel 2022, riporta gli esiti di un disegno di ricerca quasi sperimentale, che tenta di dimostrare l'efficacia di interventi brevi “family strengths-oriented therapeutic conversation” (FAM-SOTC) nel sollecitare i punti di forza della famiglia utili a migliorare le condizioni dei pazienti con schizofrenia e i loro *caregivers*.

La schizofrenia è un disturbo mentale persistente che colpisce sia i pazienti che le loro famiglie (Caqueo-Urizar *et*

al., 2017); un recupero, per questi pazienti, può verificarsi nonostante si abbiano sintomi psicotici persistenti (Van Eck *et al.*, 2018) ma, è necessario considerare che, tale disturbo mentale, impone un carico sostanziale per i familiari stretti (Kamil & Velligan, 2019), eppure il sistema di salute mentale, a Taiwan, enfatizza principalmente i trattamenti incentrati sul paziente.

Revisioni sistematiche e meta-analisi hanno evidenziato che interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia (Sin *et al.*, 2017) e interventi cognitivo-comportamentali familiari (Ma *et al.*, 2020) sono preziosi, in presenza di pazienti con psicosi, nella riduzione dei sintomi psichiatrici e delle ricadute dei pazienti, nonché nella promozione della valutazione positiva delle esperienze di cura e del miglioramento del carico percepito, delle morbidità globali e dell'espressione delle emozioni per i *caregivers*.

Per questo studio, sei unità ospedaliere di riabilitazione psichiatrica, in un ospedale psichiatrico di Taiwan, sono state assegnate, in modo casuale, per essere unità di controllo o unità di intervento. Pazienti nelle unità di controllo e i loro familiari hanno ricevuto cure di routine; pazienti e familiari assegnati al gruppo di intervento hanno ricevuto un intervento breve FAM-SOTC, oltre alle cure di routine.

I partecipanti al gruppo di controllo hanno ricevuto assistenza sanitaria mentale standard, tra cui trattamenti farmacologici, psicoterapia individuale, terapia occupazionale, promozione della salute fisica e occupazione assistita. Le fami-

glie venivano tenute informate della condizione e del progresso del trattamento della salute mentale del loro familiare.

Per il gruppo di intervento, un intervento breve FAM-SOTC è stato erogato in aggiunta al trattamento di routine (Aass *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2018; Sveinbjarnardottir *et al.*, 2013). L'intervento si è articolato in due fasi: valutazione familiare (una sessione) e intervento familiare (tre sessioni). Le componenti fondamentali dell'intervento sono state le seguenti: esplorare l'impatto della schizofrenia sugli individui e sulle famiglie; re-inquadrare e normalizzare le esperienze di malattia; aumentare il *coping* della famiglia; promuovere la crescita della famiglia, le sue convinzioni costruttive e le aspettative future.

Il *Calgary Family Assessment and Intervention Models* (CFAM e CFIM) (Wright & Leahey, 2013) e lo *Illness Beliefs Model* (IBM) (Wright & Bell, 2009) hanno svolto il ruolo di quadro teorico per guidare questo studio: si tratta di modelli infermieristici particolarmente orientati alla famiglia.

Tra gli strumenti utilizzati per la valutazione familiare rientrano il genogramma ed un'ecomappa focalizzati sull'esplorazione della struttura e dei punti di forza delle famiglie e delle loro relazioni sociali. Per valutare invece i problemi e le preoccupazioni della famiglia, le diadi paziente-famiglia sono state incoraggiate a narrare e ad ascoltare le reciproche preoccupazioni per cercare strategie di *coping*. La seconda e la terza sessione hanno previsto interventi di psicoeducazione e di supporto.

I risultati della ricerca hanno confermato la fattibilità e l'efficacia di un intervento breve FAM-SOTC per pazienti con schizofrenia e i loro familiari, nei servizi di riabilitazione psichiatrica ospedaliera. Questo tipo di intervento non solo ha diminuito i sintomi psichiatrici dei pazienti, ma ha anche migliorato il *coping* delle famiglie e il peso percepito per i *caregivers*.

Gli effetti dell'intervento familiare sul funzionamento psicosociale e sui sintomi dell'umore dei giovani ad alto rischio di disturbo bipolare.

DOI: 10.1037/ccp0000708

L'articolo "Effects of Family Intervention on Psychosocial Functioning and Mood Symptoms of Youth at High Risk for Bipolar Disorder", realizzato da un gruppo di studiosi di diverse università americane e pubblicato nel 2022, indaga gli effetti dell'intervento familiare sul funzionamento psicosociale e sui sintomi dell'umore dei giovani ad alto rischio per disturbo bipolare.

Il disturbo bipolare (BD) si presenta tipicamente in condizioni subcliniche ad alto rischio già anni prima che i giovani raggiungano la soglia completa per una diagnosi di disturbo bipolare I o II (Perlis *et al.*, 2004; Shaw *et al.*, 2005). Anni prima dello sviluppo definitivo del disturbo bipolare, i giovani a rischio mostrano menomazioni nel funzionamento psicosociale in molteplici ambiti, tra cui il funzionamento familiare, quello socio-emotivo e quello scolastico (Birmaher *et*

al., 2009; Goldstein *et al.*, 2006; Keenan-Miller & Miklowitz, 2011).

Ad una visione più dettagliata, le relazioni nelle famiglie di questi giovani appaiono caratterizzate da conflitti gravi, critiche e scarsa capacità di risolvere i problemi; questi elementi sono prognostici della probabilità di ricaduta, del tempo di recupero e della compromissione delle relazioni tra adulti e adolescenti con disturbo bipolare (Keenan-Miller *et al.*, 2012; Miklowitz *et al.*, 1988; Rosenfarb *et al.*, 2001; Schudlich *et al.*, 2021; Sullivan *et al.*, 2012).

Il modello utilizzato nello studio è la terapia focalizzata sulla famiglia (FFT), un trattamento semistrutturato che prevede la psicoeducazione sulla natura degli episodi di variazione del tono dell'umore, sul *coping* individuale e familiare e sulle strategie per gestire gli sbalzi d'umore, potenziando per i giovani e i familiari, le capacità di comunicazione e di *problem solving*. La FFT si è rivelata particolarmente efficace per adolescenti e adulti con BD I o II (Miklowitz *et al.*, 2003, 2007, 2008, 2014, 2020; Rea *et al.*, 2003) e nei giovani ad alto rischio per BD; la FFT è associata, infatti, a riduzioni della gravità dei sintomi e intervalli più lunghi prima di nuovi episodi di alterazione dell'umore rispetto alla psicoeducazione standard (Miklowitz *et al.*, 2013, 2020). Si ritiene pertanto che la FFT riduca i sintomi dell'umore attraverso il miglioramento del funzionamento familiare raggiunto attraverso la comunicazione e la formazione sulle abilità di *problem solving* (Miklowitz & Chung, 2016).

Numerosi sono stati gli studi che hanno verificato l'efficacia della FFT nel miglioramento per il BD I o II (O'Brien *et al.*, 2014; Simoneau *et al.*, 1999; O'Donnell *et al.*, 2017, 2020; Simoneau *et al.*, 1999; Sullivan *et al.*, 2012), anche in caso di comorbidità con altri disturbi (Weintraub *et al.*, 2019).

Nello specifico, i giovani selezionati per tale disegno di ricerca, erano di età compresa tra i 9 e i 18 anni non compiuti e soddisfacevano inizialmente i criteri del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) e, successivamente, del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) per BD o disturbo depressivo maggiore. I giovani e le famiglie ritenuti idonei allo studio, venivano poi assegnati, in modo casuale, al gruppo FFT o al gruppo con la sola psicoeducazione standard (EC) per un totale di 127 partecipanti assegnati ad uno dei due trattamenti (61 a FFT e 66 a EC).

La FFT consisteva in 12 sessioni (8 settimanali, 4 bisettimanali) e includeva i giovani, i genitori e, quando possibile, i fratelli. Il trattamento consisteva in tre moduli: psicoeducazione sui disturbi dell'umore, formazione sul miglioramento della comunicazione e sulle abilità di *problem solving*. Il trattamento EC, di 4 mesi, consisteva in 3 sessioni familiari di psicoeducazione con cadenza settimanale, seguite da 3 sessioni, con cadenza mensile, di psicoeducazione individuale orientata alla gestione dell'umore (vedi Miklowitz *et al.*, 2020).

Lo studio ha esaminato l'efficacia dell'intervento familiare (FFT) nel migliorare il funzionamento psicosociale

e la gravità dei sintomi nei giovani a rischio per il disturbo bipolare (BD). I risultati hanno mostrato che entrambi i gruppi trattati con FFT ed EC hanno registrato miglioramenti nel funzionamento in tutti i domini psicosociali considerati. Tuttavia, i giovani assegnati alla FFT hanno riportato un miglioramento significativamente maggiore nel funzionamento familiare rispetto a quelli assegnati a EC. Inoltre, la FFT sembra contribuire ad una riduzione della gravità dei sintomi depressivi nei giovani a rischio di BD, principalmente migliorando il funzionamento familiare. Questi risultati suggeriscono che l'intervento familiare precoce può essere cruciale nel migliorare l'*outcome* nei giovani a rischio di disturbi dell'umore.

CONCLUSIONI

Molti sono i cambiamenti avvenuti a partire dagli anni '70 nel campo della riabilitazione psichiatrica; oggi infatti è profondo il consenso verso i suoi principi e la sua *mission* che promuove il *recovery*, la piena integrazione sociale e il miglioramento della qualità di vita delle persone portatrici di una diagnosi psichiatrica.

Si è inoltre assistito, con la nascita dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica, ad un coinvolgimento sempre maggiore dei familiari dei pazienti, individuati e valorizzati come risorsa fondamentale di un progetto di cura; ogni individuo, infatti, vive di continui scambi con l'ambiente micro/macro sociale ed è pertanto impossibile disgiungerlo da quei sistemi relazionali in cui è profondamente immerso.

I contributi raccolti hanno così dimostrato come gli interventi familiari possano lavorare sul carico familiare, sull'emotività espressa e sulle strategie di *coping*, rappresentando quel "clima familiare" che gioca un ruolo fondamentale nel potenziare o vanificare l'*outcome* a lungo termine dei disturbi mentali gravi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychiatric Association (APA)** (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (APA)** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Anthony W.A.** (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony W.A., Farkas M.D.** (2011). *The Guide to Psychiatric Rehabilitation Practice*. Trustees of Boston University.
- Aass L.K., Skundberg-Kletthagen H., Schröder A., Moen Ø.L.** (2020). Young adults and their families living with mental illness: Evaluation of the usefulness of family-family-centered support conversations in community mental health care settings. *Journal of Family Nursing*, 26(4): 302-314. <https://doi.org/10.1177/1074840720964397>
- Birmaher B., Axelson D., Goldstein B., Strober M., Gill M.K., Hunt J., Houck P., Ha W., Iyengar S., Kim E., Yen S., Hower H., Esposito-Smythers C., Goldstein T., Ryan N., Keller M.** (2009). Four-year longitudi-

- nal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *The American Journal of Psychiatry*, 166(7): 795-804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08101569>
- Caqueo-Urizar A., Rus-Calafell M., Craig T.K., Irrarazaval M., Urzúa A., Boyer L., Williams D.R.** (2017). Schizophrenia: Impact on family dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19, 2. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>
- Del Vecchio V., Sampogna G., Luciano M., Fiorillo A.** (.....). L'intervento psicoeducativo familiare nella schizofrenia. In: Carcione A., Niccolò G., Procacci M. (eds.). *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. Milano: Franco-Angeli.
- Fromm-Reichmann F.** (1948). Notes on development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11: 262-273.
- Goldstein T.R., Miklowitz D.J., Mullen K.L.** (2006). Social skill knowledge and performance among adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8(4): 350-361. <https://doi.org/10.1111/j.1399-561.2006.00321.x>
- Hsiao C.-Y., Lu H.-L., Hsieh M.-G., Tsai Y.-F.** (2022). Effectiveness of a brief family strengths-oriented therapeutic conversation intervention for patients with schizophrenia and their caregivers. *J Nurs Sch.*, 54 (2): 213-225. <https://doi.org/10.1111/jnu.12741>
- Kamil S.H., Velligan D.I.** (2019). Caregivers of individuals with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 32: 157-163. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000492>
- Keenan-Miller D., Miklowitz D.J.** (2011). Interpersonal functioning in pediatric bipolar disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4): 342-356. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01266.x>
- Keenan-Miller D., Peris T., Axelson D., Kowatch R.A., Miklowitz D.J.** (2012). Family functioning, social impairment, and symptoms among adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10): 1085-1094. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.005>
- Lee H.J., Lin E.C., Chen M.B., Su T.P., Chiang L.C.** (2018). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27: 61-67. <https://doi.org/10.1111/inm.12294>
- Lefley H.P.** (2009). *Family psychoeducation for severe mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Legge 180 del 13 maggio 1978** "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" (legge Basaglia) poi inclusa nella legge 833 del 23/12/1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".
- Luciano M., Del Vecchio V., Sampogna G., Del Gaudio L., De Rosa C., Fiorillo A.** (2012). Il sostegno e gli interventi strutturati per i familiari degli utenti affetti da psicosi. In: Nicolò G., Pompili E. (eds.). *Manuale di psichiatria territoriale*. Pisa: Pacini.

- Ma C.F., Chan S.K.W., Chien W.T., Bressington D., Mui E.Y.W., Lee E.H.M., Chen E.Y.H. (2020). Cognitive behavioural family intervention for people diagnosed with severe mental illness and their families: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric and Mental Health*, 27(2): 128-139. <https://doi.org/10.1111/jpm.12567>
- Miklowitz D.J., Axelson D.A., Birmaher B., George E.L., Taylor D.O., Schneck C.D., Beresford C.A., Dickinson L.M., Craighead W.E., Brent D.A. (2008). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: Results of a 2-year randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(9): 1053-1061. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.9.1053>
- Miklowitz D.J., Chung B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family Process*, 55(3): 483-499. <https://doi.org/10.1111/famp.12237>
- Miklowitz D.J., George E.L., Richards J.A., Simoneau T.L., Suddath R.L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9): 904-912. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.904>
- Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., Snyder K.S., Mintz J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45(3): 225-231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800270033004>
- Miklowitz D.J., Otto M.W., Frank E., Reilly-Harrington N.A., Wisniewski S.R., Kogan J.N., Sachs G.S., Thase M.E., Calabrese J.R., Marangell L.B., Ostacher M.J., Patel J., Thomas M.R., Araga M., Gonzalez J.M., Wisniewski S.R. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, 64(4): 419-426. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.4.419>
- Miklowitz D.J., Schneck C.D., George E.L., Taylor D.O., Sugar C.A., Birmaher B., Kowatch R.A., DelBel-lo M.P., Axelson D.A. (2014). Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: A 2-year randomized trial. *The American Journal of Psychiatry*, 171(6): 658-667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081130>
- Miklowitz D.J., Schneck C.D., Singh M.K., Taylor D.O., George E.L., Cosgrove V.E., Howe M.E., Dickinson L.M., Garber J., Chang K.D. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: A randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2): 121-131. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.10.007>
- Miklowitz D.J., Schneck C.D., Walshaw P.D., Singh M.K., Sullivan A.E., Suddath R.L., Borlik M.F., Sugar C.A., Chang K.D. (2020). Effects of family-focused therapy vs enhanced usual care for symptomatic youths at high risk for

- bipolar disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(5): 455-463. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2019.4520>
- O'Brien M.P., Miklowitz D.J., Candan K.A., Marshall C., Domingues I., Walsh B.C., Zinberg J.L., De Silva S.D., Woodberry K.A., Cannon T.D.** (2014). A randomized trial of family focused therapy with populations at clinical high risk for psychosis: Effects on interactional behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1): 90-101. <https://doi.org/10.1037/a0034667>
- O'Donnell L.A., Axelson D.A., Kowatch R.A., Schneck C.D., Sugar C.A., Miklowitz D.J.** (2017). Enhancing quality of life among adolescents with bipolar disorder: A randomized trial of two psychosocial interventions. *Journal of Affective Disorders*, 219: 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.039>
- O'Donnell L.A., Weintraub M.J., Ellis A.J., Axelson D.A., Kowatch R.A., Schneck C.D., Miklowitz D.J.** (2020). A randomized comparison of two psychosocial interventions on family functioning in adolescents with bipolar disorder. *Family Process*, 59(2): 376-389. <https://doi.org/10.1111/famp.12521>
- Parhoa F., Mari J., Rathbone J., Wong W.** (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12): CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>
- Perlis R.H., Miyahara S., Marangell L.B., Wisniewski S.R., Ostacher M., DelBello M.P., Bowden C.L., Sachs G.S., Nierenberg A.A., the STEP-BD Investigators** (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55(9): 875-881. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.01.022>
- Rea M.M., Tompson M.C., Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Hwang S., Mintz J.** (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3): 482-492. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.482>
- Rosenfarb I.S., Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Harmon L., Nuechterlein K.H., Rea M.M.** (2001). Family transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process*, 40(1): 5-14. <https://doi.org/10.1111/.1545-5300.2001.4010100005.x>
- Schudlich T.D.D.R., Ochrach C., Youngstrom E.A., Youngstrom J.K., Findling R.L.** (2021). I'm not being critical, you're just too sensitive: Pediatric bipolar disorder and families. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(1): 84-94. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09848-x>
- Shaw J.A., Egeland J.A., Endicott J., Allen C.R., Hostetter A.M.** (2005). A 10-year prospective study of prodromal patterns for bipolar disorder among Amish youth. *Journal of the American Academy of Child & Ado-*

- lescent Psychiatry*, 44(11): 1104-1111. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000177052.26476.e5>
- Simoneau T.L., Miklowitz D.J., Richards J.A., Saleem R., George E.L.** (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4): 588-597. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.588>
- Sin J., Gillard S., Spain D., Cornelius V., Chen T., Henderson C.** (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56: 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Sullivan A.E., Judd C.M., Axelson D.A., Miklowitz D.J.** (2012). Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder. *Behavior Therapy*, 43(4): 837-847. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.005>
- Sveinbjarnardottir E.K., Svavarsdottir E.K., Wright L.M.** (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5): 593-602. <https://doi.org/10.1016/j.ijnur.stu.2012.10.009>
- Van Eck R.M., Burger T.J., Vellinga A., Schirmbeck F., de Haan L.** (2018). The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3): 631-642. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>
- Weintraub M.J., Axelson D.A., Kowatch R.A., Schneck C.D., Miklowitz D.J.** (2019). Comorbid disorders as moderators of response to family interventions among adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 246: 754-762. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.125>
- Weintraub M.J., Schneck C.D., Posta F., Merranko J. A., Singh M.K., Chang K.D., Miklowitz D. J.** (2022). Effects of family intervention on psychosocial functioning and mood symptoms of youth at high risk for bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2): 161-171. <https://doi.org/10.1037/ccp0000708>
- Wright L.M., Bell J.M.** (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. 4th Floor Press.
- Wright L.M., Leahey M.** (2013). *Nurse and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). FA Davis Company.

Congressi

Per la rubrica “congressi”, segnaliamo un congresso tenutosi a Prato il 15 marzo a cura della SIRP – Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, dal titolo “Sicurezza e lavoro clinico: piani terapeutico riabilitativi individuali per pazienti autori di reato; le raccomandazioni di buone prassi della SIRP”. Il congresso era presieduto, fra gli altri, dal Dottor Giuseppe Cardamone, direttore della Unità Funzionale Complessa Salute Mentale Adulti di Prato, che ha contribuito al presente numero con un articolo su una struttura riabilitativa del suo territorio di competenza, e dal Dottor Domenico Semisa, membro del direttivo della SIRP. Sono intervenuti anche il Professor Andrea Fagiolini, direttore del Dipartimento Salute Mentale dell’Università di Siena, e il Dottor Stefano Castagnoli, del Coordinamento degli psichiatri toscani, oltre che periti, giudici e tecnici della riabilitazione (TeRP). Si è parlato approfonditamente di come il tema della riabilitazione psichiatrica si inserisca nel complesso discorso degli utenti autori di reato, delle REMS e delle prospettive di cura a seguito della legge 81/2014; la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha portato nuove sfide che vanno analizzate attentamente da

varie angolature per essere affrontate in modo adeguato.

Ad aprile si terrà il congresso della SIRP – sezione Calabria, mentre fra settembre e ottobre la sezione sarda della Società organizzerà una serie di incontri focalizzati sui temi della recovery e delle buone pratiche nei Servizi. Sempre ad ottobre, si terrà il Congresso Nazionale della Società, dal titolo “L’integrazione dei trattamenti per i disturbi mentali gravi: percorsi evidence-based per favorire la recovery”. In calce l’URL del sito dell’associazione, per rimanere aggiornati circa i lavori e gli eventi proposti (<https://www.riabilitazionepsicosociale.it/>).

Sempre sul tema della riabilitazione, importante citare anche il contributo della SIPS – Società Italiana di Psichiatria Sociale, il cui ultimo congresso si è tenuto a settembre 2022 a Napoli; aspettiamo fiduciosi una riedizione dell’evento, che era stato altamente stimolante e formativo. La riunione annuale della Società si terrà il prossimo Giugno a Lecce.

Ottone Baccaredda Boy, M.D.,
Università degli Studi di Firenze,
Dipartimento di Psichiatria.
Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze
ottone.baccareddaboy@unifi.it