

I trattamenti psicoeducativi familiari nella schizofrenia: esterofilia o applicazione di interventi basati sull'evidenza?

Psychoeducational treatments in schizophrenia: love for foreigners or application of evidence-based interventions?

MASSIMO CASACCHIA e RITA RONCONE

Quando Brown ed i suoi collaboratori dell'Istituto di Psichiatria di Londra pubblicarono nel 1962 il loro articolo sull'impatto del clima familiare nel decorso della schizofrenia (Brown *et al.*, 1962) non immaginavano che il loro studio avrebbe generato un filone di ricerca e di applicazioni cliniche così ricco e fertile, le cui implicazioni potevano condurre ad una nuova formulazione dei modelli assistenziali in psichiatria. Nel contempo gli stessi autori non potevano pensare che sarebbero stati necessari più di trent'anni per inserire nella pratica dei servizi di salute mentale modalità operative che riconoscessero l'importanza della famiglia nella gestione di una malattia mentale grave, come la schizofrenia, di uno dei suoi membri. E che, a distanza di trent'anni, molti operatori, almeno in Italia, avrebbero continuato a guardare con sospetto gli interventi psicosociali successivamente sviluppati da questo studio pionieristico.

L'autentica rivoluzione che lo studio ha innescato riguarda, in primo luogo, l'attenzione, del tutto innovativa per quei tempi, per la famiglia, abitualmente esclusa dal trattamento incentrato sulla relazione medico-paziente. In secondo luogo, gli autori proposero lo studio, con modalità scientifiche, del clima emotivo familiare, da sempre oggetto di speculazioni piuttosto fantasiose dei clinici e degli psicoanalisti, elaborando una specifica misura riproducibile, quale *Expressed Emotion* (Emozione Espressa, EE) (Kavanagh, 1992), rilevabile attraverso una intervista semi-strutturata. Tale misura era in grado di va-

lutare le caratteristiche dell'ambiente familiare con l'identificazione di fattori di rischio (gli atteggiamenti di critica e di ipercoinvolgimento emotivo) e di fattori di protezione (gli apprezzamenti positivi e gli atteggiamenti di calore e di supporto emotivo nei confronti del paziente), che potevano influenzare il decorso della malattia di un loro familiare affetto da schizofrenia.

Le ricerche sul clima familiare hanno dato un rilevante impulso allo sviluppo di modelli di intervento che, ai loro esordi, prevedevano il coinvolgimento soprattutto delle famiglie cosiddette ad alto rischio, ad alta EE, che esprimevano quegli atteggiamenti di criticismo e di ipercoinvolgimento emotivo ritenuti predittivi di una ricaduta del paziente, con l'obiettivo comune di ridurle e migliorare così il clima familiare (Lam, 1991). Progressivamente gli studi hanno prestato maggiore attenzione ai fattori di protezione dell'ambiente familiare, ai punti di forza della famiglia, alle sue capacità di comunicare e di risolvere i problemi, sostenendola nell'affrontare la malattia e facendola partecipare attivamente al trattamento con la persona affetta da schizofrenia. Tali studi hanno riconcettualizzato il nuovo ruolo della famiglia, non più vista come causa della malattia psichiatrica, ma, al contrario, principale risorsa ed interlocutore privilegiato nella sua gestione.

Gli interventi psicosociali che hanno utilizzato tali presupposti di trattamento familiare vengono attualmente considerati come i più promettenti in termini di risultati prodotti negli ultimi 30 anni, come evidenziato recentemente da Penn & Mueser (1996). Le principali e specifiche componenti dei trattamenti familiari sono rappresentate dall'informazione sulla schizofrenia per permettere una miglior comprensione della malattia e dei trattamenti, dalla gestione dello stress con interventi di miglioramento della co-

Indirizzo per la corrispondenza: Professor M. Casacchia, Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Via Vetoio, Blocco 11, 67100 L'Aquila.

Fax: +39-0862-313.452.

E-mail: mcasac@webaq.it

municazione familiare e con l'applicazione di un metodo strutturato di soluzione dei problemi e dall'insegnamento delle abilità sociali.

Tali componenti dell'intervento risultano associate ad un miglior decorso della schizofrenia, portando a vantaggi più rilevanti, se combinate nel trattamento (Falloon *et al.*, 1998a). Sulla base dell'analisi di 16 studi controllati pubblicati tra il 1980 ed il 1995, indirizzata ad identificare le diverse strategie biomediche e psicosociali basate sull'evidenza scientifica, l'impiego dei farmaci ed una buona gestione del caso mostrano percentuali di ricaduta ad un anno nell'ordine del 54%; se a tali strategie si associa la psicoeducazione della famiglia sulla malattia, le percentuali di ricaduta si riducono al 27%, per mostrare un ulteriore miglioramento e scendere al 23%, se si insegna a pazienti e familiari ad utilizzare un metodo strutturato di risoluzione dei problemi (Falloon *et al.*, 1996). L'aggiunta dell'insegnamento di abilità sociali per migliorare il funzionamento e permettere alla persona di raggiungere i loro obiettivi di vita porta ad un vantaggio ancora più netto con una percentuale di ricadute che si riduce ulteriormente, stimata nell'ordine del 14% al *follow-up* a 12 mesi (Falloon *et al.*, 1998a).

Ritenuti fondamentalmente troppo semplicistici nei loro presupposti, in Italia i trattamenti familiari psicosociali hanno suscitato scarsa curiosità ed un impatto molto relativo sulle pratiche dei servizi di salute mentale. A dispetto dei dati che ne attestano il buon successo, non sono stati considerati alla stregua di un'importante innovazione tecnologica, paragonabile per certi versi a quella dell'introduzione dei farmaci antipsicotici. In questi anni, numerosi congressi hanno testimoniato l'interesse per la «via italiana», per i «modelli italiani» di intervento psicosociale, scaturiti dalle esperienze dell'applicazione della Legge 180, tuttora di grande avanzamento culturale a livello mondiale. Ma, a dispetto di tale ricchezza di esperienze, di tale patrimonio creativo di lavoro nei dipartimenti di salute mentale, la ricerca italiana ha dedicato scarsa attenzione alla validazione di modelli di intervento, alla valutazione delle strategie psicosociali, agli studi di efficacia di pratiche spesso così estemporanee da non poter essere riproducibili in altri ambienti di lavoro a causa della loro stessa scarsa strutturazione.

Un gran numero di operatori ha espresso ripetutamente notevoli preoccupazioni sull'invasione di «modelli stranieri» e di «maestri stranieri» che si appresterebbero a colonizzare le pratiche operative nei dipartimenti di salute mentale, svilendo la creatività degli operatori e dei ricercatori.

Ma quali sono le reali innovazioni alla base di tali interventi familiari? Quali sono i dati che sostengono la convinzione che valga la pena di applicarli anche in Italia, non per il gusto di scimmiettare, ma per l'esigenza, diremmo quasi etica, di fornire interventi che sembrano aver dato molti benefici alle persone affette da schizofrenia ed ai loro familiari?

Se in un altro campo della medicina fossero stati prodotti risultati di tale consistenza, sarebbe stato possibile ignorarli perché non scaturiti dalla ricerca italiana?

LE INNOVAZIONI DEI TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI

Nei diversi studi condotti, gli interventi che definiremo psicoeducativi familiari come sono stati riportati con varie denominazioni, quali «trattamenti familiari comportamentali», «terapie familiari», «gruppi familiari» o «trattamenti educativi», generando qualche confusione rispetto agli interventi brevi incentrati sulla sola componente informativa (Lam, 1991; Goldstein & Miklowitz, 1995) ed alle terapie familiari ad impronta sistemico-relazionale nei riguardi delle quali emergono scarsi punti di contatto.

I trattamenti psicoeducativi familiari affondano le loro radici nella terapia cognitivo-comportamentale. Tali presupposti di base hanno incontrato uno scarso favore, considerato l'orientamento psicodinamico prevalente negli psicoterapeuti in Italia (Fava, 1997), la carenza di insegnamenti specifici di approcci di tipo cognitivo comportamentale nelle scuole di specializzazione in psichiatria, in gran parte anche queste orientate a livello psicodinamico. Inoltre, in Italia, quasi istituzionalmente nei servizi di salute mentale, il solo pronunciare il termine famiglia rimanda agli psicoterapeuti ad orientamento sistemico-relazionale che, sulla base di loro risorse formative personali, hanno fornito e tuttora forniscono interventi sulle famiglie, riadattando l'originale *setting* privato a livello istituzionale. Tale aspetto non è da sottovalutare, in relazione alla difficoltà di introdurre approcci con differenti prospettive psicoterapeutiche, perché è come se una precedente formazione non facilitasse, ma, al contrario, ostacolasse l'apprendimento di strategie con riferimenti psicoterapici differenti.

Gli elementi di innovazione dei trattamenti psicoeducativi familiari riguardano la nuova ottica di valutazione di tutte le persone della famiglia, la valo-

rizzazione delle strategie spontaneamente già messe in atto dalla persona e dai suoi familiari per fare fronte ai problemi della malattia, l'individuazione e la gestione degli stress che possono peggiorare il disturbo, l'enfasi sui problemi e sulle tappe importanti che persone e familiari vorrebbero raggiungere nella vita e che possono apparire loro più lontane in conseguenza della malattia. Non resta traccia dei presupposti dei terapeuti sistemico-relazionali per cui la malattia di un membro è funzionale all'omeostasi della stessa famiglia, così come scompare il concetto del paziente come «capro-espiatorio». L'assunto innovativo è che «tutti i membri della famiglia hanno in cuor loro, onestamente, cercato di fare del proprio meglio per fronteggiare la malattia», per cui vengono apprezzati gli sforzi che la famiglia ha fatto, indipendentemente dai risultati raggiunti. La comunicazione paradossale viene sostituita dall'importanza di una comunicazione chiara, specifica, incentrata sull'espressione dei propri sentimenti ed indirizzata alla risoluzione dei problemi, competenza che viene insegnata a tutti i familiari per migliorare la gestione dello stress e creare un clima di maggior collaborazione e comprensione.

Altro elemento di innovazione è la strutturazione dell'intervento riportata chiaramente in manuali e la possibilità, dopo una breve fase di formazione, di una loro conduzione da parte dei diversi operatori del dipartimento di salute mentale, con una migliore utilizzazione del personale non medico, cui vengono forniti modelli di lavoro pratici. I tradizionali *setting* gestiti individualmente dagli psichiatri e dagli psicologi vengono sostituiti dallo spazio di gestione dell'équipe, dagli infermieri e tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, dalla «squadra» di operatori che nel dipartimento di salute mentale aiuta le persone ed i familiari, considerati i «veri esperti» della malattia, a migliorarne la gestione. Gli operatori vengono considerati degli «allenatori» che permettono alle persone di esercitarsi per imparare a fare meglio da soli.

Un ulteriore aspetto innovativo è costituito, infatti, dall'incoraggiare una progressiva acquisizione di autonomia nella gestione della malattia e nella soluzione efficace dei problemi. A dispetto della presunta eccessiva direttività e dell'«ammaestramento semplice», spesso imputati a tali trattamenti, gli operatori non dettano alla famiglia le loro soluzioni ai problemi, ma, al contrario, la sostengono nell'applicare un metodo di lavoro concreto, che aiuti a trovare ed a mettere in pratica le soluzioni che gli stessi familiari scelgono, in un clima di collaborazione. Gli incontri con l'operatore rappresentano un'opportunità di im-

parare delle abilità in un ambiente protetto, di esercitarsi ripetutamente fino a che non è stata acquisita una buona sicurezza nella loro applicazione. In questi interventi, esercitarsi con a fianco l'operatore è meno importante rispetto a quanto le persone ed i familiari riusciranno a fare e ad applicare fuori, quotidianamente, nei loro ambienti di vita, a casa, sul lavoro e nelle loro relazioni sociali.

L'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI

In merito all'efficacia nel tempo dei trattamenti familiari psicoeducativi a tutt'oggi, sono stati pubblicati 23 lavori in lingua inglese, inclusi nelle recenti rassegne effettuate in materia (Lam, 1991; Dixon & Lehman, 1995; Penn & Mueser, 1996; Casacchia & Roncone, 1999) o in autorevoli lavori di meta-analisi (Mari & Streiner, 1994; Mari *et al.*, 1997). Il numero totale di pazienti inclusi negli studi è di circa 1500 (Casacchia & Roncone, 1999).

Tali studi hanno dimostrato che, nella schizofrenia, gli interventi familiari sono efficaci nel ridurre in maniera significativa le ricadute a 12, 18 e 24 mesi; per periodi più lunghi di *follow-up*, non sono ancora disponibili molti studi per cui è più difficile l'applicazione della meta-analisi. Inoltre, i trattamenti familiari psicoeducativi si dimostrano efficaci nel ridurre le riospedalizzazioni, nel migliorare l'adesione al trattamento farmacologico ed il funzionamento sociale della persona, che riesce a trascorrere più tempo impegnato in attività lavorative (Mari *et al.*, 1997).

Gli esiti positivi sul funzionamento sociale sarebbero in parte sottostimati perché l'efficacia degli interventi familiari sul funzionamento sociale del paziente potrebbero manifestarsi più tardivamente rispetto ai tempi delle valutazioni previste negli studi. I più lunghi intervalli fra le ricadute ed i più brevi periodi di riospedalizzazione ottenuti con i trattamenti familiari permettono al paziente di rimanere più a lungo nel proprio ambiente di vita, promuovendo così un progressivo miglioramento sociale osservabile solo a lungo termine (Dixon & Lehman, 1995).

Nonostante i risultati dei singoli studi, i dati elaborati con la meta-analisi non metterebbero in evidenza un chiaro vantaggio dei trattamenti familiari psicoeducativi in termini di riduzione del carico assistenziale familiare e dell'EE familiare, né gli interventi sembrerebbero avere impatto sulla prevenzione dei suicidi, che, peraltro, presentano un'alta incidenza nella schizofrenia (Mari *et al.*, 1997).

Per quanto riguarda il carico assistenziale familiare, tali conclusioni sembrerebbero attribuibili allo scarso numero di lavori che hanno incluso tale variabile di esito, non permettendo perciò di trarre indicazioni chiare. Anche per altre variabili familiari, quali la soddisfazione dei familiari per l'intervento ricevuto (Vaughn *et al.*, 1992), la modificazione degli atteggiamenti nei confronti del trattamento e del paziente (Glick *et al.*, 1985; 1990) e l'espansione della rete sociale (McFarlane *et al.*, 1995) non sono disponibili sufficienti dati che permettano di arrivare a conclusioni certe.

L'analisi dei vari studi permette di cogliere nel tempo una specifica evoluzione con una crescente attenzione a esiti multidimensionali, in considerazione delle numerose variabili che, influenzate dal trattamento, contribuiscono alla valutazione della sua efficacia.

I primi studi sui trattamenti familiari psicoeducativi erano incentrati sul verificare l'efficacia dell'intervento sui pazienti, principalmente in termini di miglioramento clinico e di prevenzione delle ricadute nel tempo, considerando il numero e la durata dei ricoveri e la cosiddetta *community tenure*, ovvero il tempo che il paziente trascorre nel proprio ambiente di vita in condizione di non ospedalizzazione. In seguito, è stata prestata una crescente attenzione al funzionamento sociale del paziente ed alla valutazione degli effetti sul carico assistenziale e sul disagio psicologico dei familiari. Di recente si è assistito all'inclusione di indicatori di interesse per il sistema sanitario, quali, per esempio, i costi degli interventi, nel tentativo di indagare il rapporto costo-efficacia della loro applicazione, con una crescente sofisticazione.

In Italia non sono ancora disponibili pubblicazioni relative all'applicazione di trattamenti psicoeducativi. I risultati preliminari di uno studio pilota randomizzato controllato condotto a Benevento, qualche anno fa, sembrano confermare i risultati con una riduzione delle ricadute, un minor numero di ospedalizzazioni e di *drop-out* (Veltro *et al.*, 1996). Non sono stati ancora riportati i dati relativi al funzionamento sociale ed al carico assistenziale sostenuto dai familiari.

IL PROBLEMA DELL'ADATTAMENTO CULTURALE

Un interessante quesito, molto ricorrente, riguarda l'applicabilità degli interventi in contesti culturali diversi da quelli in cui sono stati sviluppati, conside-

rando che i principali studi sono stati condotti nei paesi di lingua anglosassone, ed il conseguente grado di flessibilità nella loro somministrazione.

In realtà, tali trattamenti si sono dimostrati efficaci in contesti estremamente diversi da quelli in cui sono stati inizialmente sperimentati. È sufficiente considerare gli studi degli autori che hanno replicato gli interventi in Cina, che hanno mostrato una buona flessibilità dell'approccio, molto apprezzato, nell'ambito di un contesto di erogazione dell'assistenza molto differente rispetto a quello del mondo occidentale (Xiong *et al.*, 1994; Zhang *et al.*, 1994).

Il solo studio che a tutt'oggi abbia mostrato risultati negativi dopo un trattamento familiare confrontato con un approccio individuale (Telles *et al.*, 1995) attribuisce invece il fallimento del trattamento proprio alla strutturazione dell'intervento, che non terrebbe conto delle diverse modalità di comunicazione e di espressione dei sentimenti nei diversi modelli familiari. Lo studio effettuato in un campione di soggetti con caratteristiche di particolare svantaggio socio-economico, relativo ad una popolazione di emigranti spagnoli che vivevano negli Stati Uniti con un basso livello di scolarità (il 45% del campione non aveva terminato la scuola dell'obbligo), ha mostrato la superiorità di un approccio indirizzato al singolo paziente rispetto al trattamento familiare comportamentale secondo il metodo di Falloon *et al.* (1984), prendendo come parametro di esito il funzionamento clinico (Telles *et al.*, 1995). Infatti, i pazienti con un più basso livello di scolarizzazione, che avevano seguito il trattamento familiare comportamentale, hanno mostrato un peggior decorso sintomatologico rispetto ai pazienti in trattamento individuale. In base alle ipotesi degli autori, l'approccio attivo e strutturato del metodo di Falloon *et al.* (1984) sarebbe stato vissuto come culturalmente «distonico» ed imbarazzante, in particolar modo in riferimento a quegli esercizi che miravano ad un miglioramento delle abilità di comunicazione fra membri della famiglia e dell'espressione dei sentimenti. Proprio gli esercizi finalizzati a migliorare il contatto visivo e la comunicazione dei sentimenti negativi venivano vissuti come intrusivi e stressanti dai pazienti e dai familiari, soprattutto nei confronti del capo-famiglia, considerando tali modalità comunicative di scarso rispetto verso l'autorità paterna o coniugale (Telles *et al.*, 1995). Al di là degli utili suggerimenti sulla necessità di adattare con flessibilità i trattamenti psicoeducativi ai modelli culturali delle famiglie, si deve comunque annotare che i risultati di tale studio

sono scarsamente generalizzabili, considerata la peculiarità del campione.

Non sono state a tuttora riportate altre difficoltà legate all'insegnamento delle abilità di comunicazione, il cui obiettivo reale è quello di creare un clima familiare di maggior serenità, di facilitare l'espressione dei sentimenti che i membri della famiglia provano ed il chiarimento dei problemi che ognuno di loro vive in vista di una loro risoluzione e del raggiungimento di obiettivi importanti per le persone. Né, a tuttora, sono state riportate difficoltà legate all'utilizzazione di materiali educazionali, di opuscoli, di «quaderni per i compiti a casa», sui quali tutti i membri della famiglia registrano i progressi compiuti durante la settimana, quando si esercitano ad applicare autonomamente le cose imparate negli incontri con l'operatore.

La sintetica pubblicazione dei risultati preliminari in merito all'intervento condotto in Italia, a Benevento (Veltro *et al.*, 1996), non fa trapelare specifiche difficoltà socio-culturali incontrate nella nostra realtà.

LA DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI

La serie di incoraggianti risultati suggerirebbe una maggior diffusione degli interventi psicoeducativi familiari nei servizi di salute mentale, come componente imprescindibile della gestione del paziente affetto da schizofrenia (Anderson & Adams, 1996; Falloon *et al.*, 1998a). Uno dei prossimi obiettivi è, infatti, quello della disseminazione degli interventi psicosociali, che, nonostante abbiano dimostrato la loro efficacia nell'ambito della ricerca, sono ancora sottoutilizzati e non sembrano trovare una diffusa applicazione nella pratica dei servizi di salute mentale (Anderson & Adams, 1996; Falloon *et al.*, 1998b).

In primo luogo, tali difficoltà di applicazione possono essere attribuibili alla mancanza di *training* specifici degli operatori, che dovrebbero poter avere la possibilità di aggiornarsi alla luce delle evidenze scientifiche che vengono prodotte nel campo. In una revisione relativamente recente, Lehman *et al.* (1995) riportavano lo scarso aggiornamento degli operatori dei servizi psichiatrici nell'applicazione persino delle strategie farmacologiche più elementari e la totale mancanza di applicazione delle strategie psicosociali. Lo studio di Brooker *et al.* (1994) ha mostrato che il tempo che ogni infermiere psichiatrico territoriale dedicava agli utenti afferenti al ser-

vizio era di 33 minuti settimanali per la conduzione di approcci non-specifici e che invece erano necessari 47 minuti per condurre un intervento psicosociale integrato con gli utenti ed i loro familiari. Questi ultimi interventi producevano, ad un anno, un netto miglioramento della sintomatologia e del funzionamento sociale della persona, con una netta riduzione delle giornate di ricovero, mostrando una riduzione statisticamente significativa del disagio dei familiari, una loro maggior conoscenza dei farmaci antipsicotici ed una loro maggior soddisfazione nei confronti del servizio (Brooker *et al.*, 1994). Tali risultati dovrebbero ulteriormente incoraggiare gli investimenti interni di formazione sugli interventi psicosociali efficaci: l'utilizzazione di pacchetti specifici di insegnamento e di materiali strutturati nella conduzione degli interventi facilitano una buona riproducibilità e la verifica di processo, oltre che di esito, dei trattamenti. Proprio a causa di queste caratteristiche, il *Behavioral Family Management/Therapy*, trattamento familiare psicoeducativo integrato di Falloon *et al.* (1984), ha rappresentato il metodo di intervento familiare oggetto del più alto numero di studi di replicazione.

In secondo luogo, almeno nella realtà italiana che pure ha visto alcuni dipartimenti di salute mentale investire in termini di formazione (Magliano *et al.*, 1993), le principali difficoltà sembrano legate all'organizzazione degli stessi servizi in relazione alla carenza di operatori, agli orari di servizio, all'inserimento degli interventi nelle attività quotidiane dei servizi (Magliano, 1995).

È attualmente in corso uno studio italiano randomizzato controllato multicentrico, finanziato dal Ministero della Sanità, denominato «Coinvolgimento e sostegno dei familiari delle persone con problemi psichiatrici» (<http://www.psychoedu.it>), coordinato dalla Clinica Psichiatrica dell'Università de L'Aquila e dal Reparto Valutazione dei Servizi dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma (Prof. PL. Morosini), il cui obiettivo è di mettere a confronto un approccio multi-familiare confrontato con l'intervento sulla singola famiglia e di verificarne gli esiti a 12 mesi e l'applicabilità nei dipartimenti di salute mentale italiani.

Inoltre, va segnalato un progetto multicentrico internazionale, *Optimal Treatment Project*, coordinato dal Prof. Falloon, iniziato nel 1994 per valutare i benefici ed i costi di un approccio basato sull'applicazione di strategie efficaci nel trattamento dei disturbi schizofrenici e dei disturbi psicotici non affettivi con un *follow-up* a 5 anni. Il progetto vuole dimostrare la possibilità di condurre tale ricerca di effica-

cia nei servizi di salute mentale al di fuori dagli studi accademici.

Dei 53 centri che in origine avevano aderito al progetto, 20 stanno attualmente conducendo la ricerca. Alla fine del 1997 erano stati inseriti nel progetto un totale di 817 pazienti e 432 avevano terminato il primo anno di trattamento. I principali problemi riscontrati sono relativi al trattamento farmacologico in relazione alle linee-guida del protocollo della ricerca e alla partecipazione dei familiari in servizi che in precedenza li avevano esclusi. I risultati preliminari indicano una netta riduzione dei ricoveri durante il primo anno con dei vantaggi paragonabili a quelli degli studi clinici controllati (Falloon *et al.* 1998c; Falloon, 1999).

CONCLUSIONI

I dati a tutt'oggi disponibili sembrano indicare con discreta affidabilità che i trattamenti familiari psicoeducazionali producono risultati positivi per la persona e per i familiari che le vivono accanto, favorendo, inoltre, l'abbattimento del pregiudizio attraverso il messaggio della «curabilità».

I dipartimenti di salute mentale dovrebbero perciò investire maggiormente nel fornire aggiornamenti a tutti i membri dello staff, senza il timore di perdere la loro identità culturale, favorendo la riorganizzazione dei servizi sulla base di interventi efficaci. Ma, se le industrie farmaceutiche forniscono un buon supporto economico per la diffusione dei nuovi farmaci, i dipartimenti di salute mentale non dispongono di altrettante risorse o spesso ne riservano solo una minima quota alla formazione ed all'aggiornamento nell'applicazione delle nuove strategie psicosociali, che richiedono l'acquisizione di abilità di gran lunga maggiori rispetto a quelle necessarie per imparare a prescrivere con competenza un nuovo farmaco. Gli investimenti indirizzati all'aggiornamento su trattamenti basati sull'evidenza scientifica, la revisione periodica nella qualità dell'applicazione di tali interventi per mantenere le competenze acquisite e la valutazione routinaria a livello clinico dei progressi degli utenti e dei loro familiari potranno forse produrre un reale miglioramento delle pratiche dei servizi.

La vera sfida che come operatori dovremmo imparare ad accettare è quella di dirci pronti a rivedere le nostre pratiche ed applicare gli interventi che la ricerca dimostrerà più utili per le persone affette da malattie mentali e per i loro familiari e non in quanto a noi più congeniali.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson J. & Adams C. (1996). Family intervention in schizophrenia. *British Medical Journal* 313, 505-506.
- Brooker C., Falloon I.R.H., Butterworth A., Golberg D., Graham-Hole V. & Hillier V. (1994). The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial interventions. *British Journal of Psychiatry* 165, 222-230.
- Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M. & Wing J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventative Social Medicine* 16, 55-68.
- Casacchia M. & Roncone R. (1999). Trattamenti psicosociali familiari. In *Trattato Italiano di Psichiatria* (ed. G.B. Cassano et al.), pp. 3675-3712. Masson: Milano.
- Dixon L.B. & Lehman A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21(4), 631-643.
- Falloon I.H.R. (1999). Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatric Services* 50(5), 615-618.
- Falloon I.H.R., Boyd J.L. & McGill C.W. (1984). *Family Care of Schizophrenia. A Problem-Solving Approach to the Treatment of Schizophrenia*. Guilford Press: New York.
- Falloon I.R.H., Coverdale J.H. & Brooker C. (1996). Psychosocial interventions in schizophrenia: a review. *International Journal of Mental Health* 25, 3-21.
- Falloon I.H.R., Held T., Roncone R., Malm U. & Coverdale J.H., Laidlaw T.M. (1998a). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32, 43-49.
- Falloon I.H.R., Roncone R., Malm U. & Coverdale J.H. (1998b). Effective and efficient treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia: how much longer will people have to wait before we provide them? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2, n. 2, 107-127.
- Falloon I.R.H., Coverdale J.H., Laidlaw, Merry S., Kydd R.R., Morosini P.L., and the OTP collaborative group (1998c). Early intervention for schizophrenic disorders. Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services. *British Journal of Psychiatry* 172, Suppl. 33, 33-38.
- Fava G. (1997). La ricerca in psicoterapia: perché in Italia è così poca? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 6(2), 81-83.
- Glick I., Clarkin J., Spencer J., Haas G., Lewis A., Peyser J., DeMane N., Good-Ellis M., Harris E. & Lestelle V. (1985). A controlled evaluation of inpatient family intervention. I: preliminary results at 6-month follow-up. *Archives General Psychiatry* 42, 882-886.
- Glick I., Clarkin J., Spencer J., Haas G., Lewis A., Peyser J., DeMane N., Good-Ellis M., Harris E. & Lestelle V. (1990). A randomized trial of inpatients family intervention. IV: follow-up results for subjects with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 3, 187-200.
- Goldstein M.J. & Miklowitz D.J. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy* 21(4), 361-376.
- Kavanagh D.J. (1992). Recent development in Expressed Emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 160, 601-620.
- Lam D.H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine* 21, 423-441.
- Lehman A.F., Carpenter W.T., Goldman H.H. & Steinwachs D.M. (1995). Treatment outcomes in schizophrenia: implica-

- tions for practice, policy and research. *Schizophrenia Bulletin* 21, 669-675.
- Magliano L. (1995). L'intervento psicoeducativo familiare: l'esperienza italiana. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4(2), 103-105.
- Magliano L., Veltro F. & Morosini P. (1993). L'approccio psicoeducativo territoriale. Un'esperienza di formazione integrata per gli operatori di un servizio di salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 4, 562-579.
- Mari J.J. & Streiner D. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine* 24(3), 565-578.
- Mari J.J., Adams C.E. & Streiner D. (1997) Family intervention for those with schizophrenia. In *Schizophrenia Module of the The Cochrane Database Systematic Reviews* (ed. C. Adams, J. Anderson, J. De Jesus and J. Mari) (aggiornato al 4 marzo 1997). Cochrane Library (CDROM), Issue 3, Update Software: Oxford.
- McFarlane W.R., Lukens E., Link B., Dushay R., Deakins S.A., Newmark M., Dunne E.J., Horen B. & Toran J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 52, 679-687.
- Penn D.L. & Mueser K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 153, 607-617.
- Telles C., Karno M., Mintz J., Paz G., Arias M., Tucker D. & Lopez S. (1995). Immigrant families coping with schizophrenia: behavioral family intervention v. case management with a low-income Spanish-speaking populations. *British Journal of Psychiatry* 167, 473-479.
- Vaughn C.E., Doyle M., McConaghy N., Blaszczyński A., Fox A. & Tarrier A. (1992). The Sidney Intervention Trial: a controlled trial of relatives' counseling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, 16-21.
- Veltro F., Magliano L., PL. Morosini, Falloon I.H.R., Capocasale F., Fasulo E. & Russo M.C. (1996). Behavioural Family Therapy (BFT) for patients with schizophrenia: a randomised controlled trial (RCT). In *Atti V Congresso della World Association for Psychosocial Rehabilitation*, p. 173. WAPR: Rotterdam.
- Xiong W., Phillips M.R., HuX., Wang R., Dai Q., Kleinman J. & Kleinman A. (1994). Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 165, 239-247.
- Zhang M., Wang M., Li J. & Phillips M.R. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry* 165, 96-102.