

Interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia nella pratica clinica: effetto sullo stato clinico e la disabilità dei pazienti e sul carico e le risorse familiari

Family psychoeducational interventions for schizophrenia in routine settings: impact on patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources

LORENZA MAGLIANO¹, ANDREA FIORILLO¹, CLAUDIO MALANGONE¹, CORRADO DE ROSA¹, GRAZIA FAVATA², ANNARITA SASSO², MONICA PREZIOSO³, LAURA PEZZENATI³, FLORALBA GENTILE⁴, LUCETTA CASALE⁴, EMI BONDI⁵, GIUSEPPINA ROBUSTELLI TEST⁵, MICHELE DI LELLA⁶, ELISABETTA BISCUSCI⁶, FRANCESCO DEGL'INNOCENTI⁷, ROSSELLA BELLINI⁷, RITA DI NUNZIO⁸, LUCIA MATRELLA⁸, ROSA SALMERI⁹, ROSARIO CANTONE⁹, LUISA GARGIULO¹⁰, ANIELLO ESPOSITO¹⁰, VINCENZO DELCURATOLO¹¹, MARIA GIANNINI¹¹, LUISA MARESCA¹², GIOVANNA CAVALIERE¹², BARBARA SCANDONE¹³, MATTEO FOLLA¹³, MAURO RAFFAELI¹⁴, PAOLA INNOCENTE¹⁴, FLAVIA DAGIANTI¹⁴, STEFANIA LUCANIA¹⁵, ANGELA SCORSINO¹⁵, FRANCESCO BARDICCHIA¹⁶, GENNARO CERULLO¹⁶, RICCARDO CURELI¹⁷, SILVANA MISCALI¹⁷, MARIO SCORDATO¹⁸, GRAZIELLA CAMPO¹⁸, MARIO MAJ¹, GRUPPO DI LAVORO¹⁹

¹Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, Napoli; Centro di Salute Mentale di ²Torino, ³Milano, ⁴La Spezia, ⁵Bormio, ⁶Tortona, ⁷Firenze, ⁸Foggia, ⁹Catania, ¹⁰Sorrento, ¹¹Barletta, ¹²Angri, ¹³Settimo Torinese, ¹⁴Roma, ¹⁵Vetralla, ¹⁶Castel del Piano, ¹⁷Oristano, ¹⁸Pace del Mela (ME)

¹⁹Gruppo di Lavoro: C. Avino (Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN), F. Rossano (Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN), M. Traina (Centro di Salute Mentale, Torino), M. Federici (Centro di Salute Mentale, La Spezia)¹, C. Mameli (Centro di Salute Mentale, Lanusei), C. Sodde (Centro di Salute Mentale, Lanusei), L. D'Ambra (Centro di Salute Mentale, Livorno), A. Malacarne (Centro di Salute Mentale, Livorno), A. Martinazzoli (Centro di Salute Mentale, Abbiategrosso), L. Battini (Centro di Salute Mentale, Abbiategrosso), G. Torti (Centro di Salute Mentale, Fermo), G. Pietracchi (Centro di Salute Mentale, Fermo), G. D'Avossa (Centro di Salute Mentale, Ferentino), E. Coppotelli (Centro di Salute Mentale, Ferentino)

SUMMARY. Objective — This study explored the effectiveness of a psychoeducational family intervention for schizophrenia on patients' clinical status and disability and relatives' burden and perceived support. **Methods** — The study has been carried out in 17 mental health centres. In each of them, 2 professionals were trained in a psychoeducational intervention and applied it for six months with families of users with schizophrenia. At baseline and six months later, patients' clinical status and disability, and relatives' burden, social network and professional support were assessed by validated tools. **Results** — Of the seventy-one recruited families, 48 (68%) completed the intervention. At six months, a significant improvement was found in patients' clinical status and social functioning, as well as in relatives' burden and social and professional support. In particular, the percentage of patients with poor or very poor global social functioning dropped from 50% to 27% at six months. Forty percent of patients and 45% of relatives reported a significant improvement in their social contacts over the intervention period. **Conclusions** — The results of this study confirm the hypothesis that psychoeducational family interventions may have a significant effect on social outcome and family burden in schizophrenia when provided in routine conditions.

Declaration of Interest: none of the authors has had any interest or he/she has received any form of support, including that from drug companies and honoraria for lectures and consultancies, potentially in conflict with this scientific work. None of the authors has received any form of fee for his/her participation in this study. This study was supported by grants received from the "M. Lugli" Foundation (grant n. 2/18/8) and from the National Institute of Health, Italy (grant no. 1AL/F3).

KEY WORDS: family psychoeducational interventions, schizophrenia, disability, family burden, social network.

Received 13.03.2006 – Final version received 15.05.2006 – Accepted on 19.05.2006.

INTRODUZIONE

Dalla fine degli anni '80, numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia degli interventi psicoeducativi familiari per il trattamento della schizofrenia (McFarlane *et al.*, 2003). Questi interventi, di matrice cognitivo-comportamentale, si rifanno alla teoria stress-vulnerabilità (Zubin

Address for correspondence: Prof. L. Magliano, Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN. Largo Madonna delle Grazie, 80138 Napoli.

Fax: +39-81-5666523

E-mail: lorenza.magliano@unina2.it

& Spring, 1977) e, pur nelle differenze che caratterizzano le varie scuole, includono: a) una fase informativa finalizzata ad aumentare la conoscenza di utenti e famiglie sulle manifestazioni cliniche, l'esito e i trattamenti di questa patologia; b) una fase relativa al miglioramento delle capacità di comunicazione tra i membri del gruppo familiare; c) l'applicazione di un metodo di *problem solving* per rafforzare le abilità dei familiari di affrontare situazioni potenzialmente stressanti.

I dati di letteratura riportano risultati concordanti rispetto alle capacità di questi interventi di incidere positivamente sull'esito clinico della schizofrenia, con percentuali di ricadute che vanno dal 6 al 12 % a 1 anno nei trattati, a fronte del 41-53% nei controlli, e di 17-40% a due anni nei trattati vs. 66-83% nei controlli (Mueser et al., 2001; McFarlane et al., 2003; Falloon, 2003). Diverse metanalisi, inoltre, dimostrano che questi interventi sono in grado di ridurre a un quarto le ricadute a un anno e di dimezzarle a due anni (Pekala & Merinder, 2002; Pharoah et al., 2003).

Per quanto riguarda l'effetto sul funzionamento sociale dei pazienti (Falloon, 1985; Barrowclough et al., 1999; Montero et al., 2001) e sul carico familiare (Stam & Cuijpers, 2001; Berglund et al., 2003; Hazel et al., 2004), i dati disponibili, benché meno robusti e numerosi, vanno nella direzione di un effetto positivo dell'intervento anche su queste variabili. Per questi motivi, gli interventi psicoeducativi familiari sono indicati in numerose linee-guida tra quelli elettivi per il trattamento della schizofrenia in associazione con gli interventi farmacologici (National Institute for Clinical Excellence, 2002).

Tuttavia, a fronte di un'ampia e rigorosa documentazione relativa all'efficacia, i dati circa l'impatto di questi interventi in condizioni di routine sono limitati (Cardin et al., 1985; Barrowclough et al., 1999; Leff, 2000; Magliano et al., 2005a; 2006). La necessità di studi che ne documentino l'efficienza risulta ancora più evidente in Italia, se si considera che il nostro sistema di assistenza psichiatrica comporta un forte coinvolgimento delle famiglie degli utenti e che, negli studi di efficacia più recenti, l'effetto degli interventi psicoeducativi dipende in larga misura dal tipo di presa in carico che il servizio è in grado di offrire (Leff, 2000). Leff (2000) sottolinea, inoltre, come un intervento di questo tipo sia maggiormente efficace nella pratica clinica se tutto lo staff viene reso partecipe, in modo che l'applicazione dei principi dell'intervento possa trovare condivisione in tutto il servizio.

Pertanto, nell'ottica di una politica sanitaria realmente intenzionata a promuovere interventi che rafforzino le componenti comunitarie dell'assistenza psichiatrica, risulta fondamentale sapere in che misura un intervento

di sostegno alle famiglie rappresenti una risposta attuabile ed efficiente alle esigenze dell'utenza.

Nel periodo 2003-2004, il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN ha coordinato uno studio sugli interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia in 23 CSM italiani (Magliano et al., 2006). Lo studio ha inteso valutare sia la fattibilità di questi interventi in condizioni di routine che il loro effetto sullo stato clinico e la disabilità dei pazienti e sul carico e le risorse professionali e sociali del nucleo familiare (Magliano et al., 2005b). La formazione all'intervento, prima fase dello studio, è stata completata da 38 operatori provenienti da 19 diversi CSM (83%) e, di questi, 34 provenienti da 17 CSM, hanno utilizzato effettivamente l'intervento con famiglie di utenti con schizofrenia per sei mesi.

In ciascun centro, le famiglie selezionate sono state assegnate con procedura randomizzata a un primo gruppo, nel quale l'intervento è cominciato subito, o a un secondo gruppo, nel quale l'intervento è cominciato sei mesi più tardi. I due gruppi differivano solo per la percentuale di pazienti con un lavoro, maggiore nei nuclei che erano stati selezionati per ricevere subito l'intervento (21% vs. 4%, $\chi^2 = 4.5$, $df 1$, $p < .05$). I risultati preliminari a sei mesi hanno evidenziato, a fronte di una situazione sostanzialmente immodificata nel gruppo in attesa, un effetto significativo dell'intervento sulla disabilità dei pazienti, grave o molto grave nel 47% dei pazienti trattati alla valutazione iniziale e nel 25% a fine intervento, nonché sulla rete sociale e sull'aiuto che le famiglie sentivano di ricevere dal servizio (Magliano et al., in press).

In questo lavoro, riportiamo i risultati relativi all'impatto dell'intervento psicoeducativo familiare sull'intero campione di 71 famiglie reclutate, sia per quanto riguarda lo stato clinico e la disabilità dei pazienti che il carico e il sostegno professionale e sociale alle famiglie.

DISEGNO DELLO STUDIO

La fase dello studio relativa all'applicazione dell'intervento psicoeducativo in famiglie di utenti con schizofrenia è stata condotta in 17 CSM, selezionati per lo studio se: a) non avevano personale che aveva già ricevuto una formazione specifica agli interventi psicoeducativi familiari; b) non adottavano un approccio terapeutico in contrasto con il modello cognitivo-comportamentale; c) potevano destinare allo studio due operatori, di cui uno psichiatra. Gli operatori dei centri così selezionati hanno partecipato a un corso modulare di formazione agli interventi psicoeducativi familiari (3 moduli di due giorni ciascuno a cadenza mensile), secondo l'approccio di I.

Falloon (1985) e a 4 supervisioni nell'anno successivo al suo completamento (Magliano *et al.*, 2005b; 2006). Nel corso sono stati trattati i seguenti temi: a) valutazione del contesto di vita, degli aspetti problematici e delle risorse di ciascun membro e del nucleo familiare nel suo complesso; b) conduzione di sedute informative sui disturbi del paziente, sui suoi trattamenti e sul riconoscimento dei segni precoci di crisi; c) conduzione di sedute sulle abilità di comunicazione; d) applicazione del *problem solving* per affrontare problemi quotidiani e pianificare obiettivi individuali e familiari. La formazione ha previsto l'uso di scenari per simulate e lavoro in piccolo gruppo ed esercizi da svolgere nell'intervallo tra i moduli sviluppati in precedenza (Magliano *et al.*, 2005a) e basati sui principi dell'intervento psicoeducativo messo a punto da Falloon (1985; Falloon *et al.*, 1992). Nell'intervallo tra il secondo e il terzo modulo formativo, agli operatori è stato chiesto di presentare lo studio alla propria *equipe* e di chiederne la collaborazione per selezionare 5 utenti con schizofrenia, conviventi con almeno un familiare adulto e in carico al servizio da almeno 6 mesi. Non sono stati indicati criteri di esclusione dei casi, ma è stato comunque consigliato agli operatori di evitare, se possibile, la scelta di nuclei familiari che avevano avuto relazioni conflittuali con il servizio o avevano, fino a quel momento, rifiutato di avere contatti anche informali con gli operatori. Ad utenti e familiari eleggibili sono stati spiegati gli obiettivi e il contenuto dell'intervento e l'eventuale attesa per sorteggio per sei mesi. A tutti è stato chiesto consenso formale a partecipare allo studio.

Sono state così selezionate 71 famiglie (media di famiglie selezionate 4.2 ± 1.7 per centro; da 2 a 5 famiglie per CSM), delle quali 42 hanno cominciato l'intervento subito e 29 sei mesi più tardi.

Prima dell'inizio dell'intervento e sei mesi dopo sono stati valutati lo stato clinico e la disabilità dei pazienti con le interviste BPRS e AD, la rete sociale di ciascun componente del nucleo familiare con il Questionario sulla Rete Sociale (QRS) e il carico su ciascun familiare con il Questionario sui Problemi Familiari (QPF).

L'intervento

L'intervento psicoeducativo familiare utilizzato nello studio è stato sviluppato da I. Falloon (1985). Esso comprende le seguenti fasi: a) la valutazione della qualità di vita di ciascun componente del nucleo familiare, del grado di conoscenza delle caratteristiche del disturbo del paziente e del carico che comporta; b) la valutazione delle capacità comunicative e di *problem solving* del nucleo familiare; c) almeno 3 sedute informative sulle

principali manifestazioni della schizofrenia, sui trattamenti disponibili e sull'identificazione dei segni iniziali di crisi; d) sedute di miglioramento delle abilità di comunicazione intrafamiliare; e) l'applicazione di un metodo di *problem solving* per la risoluzione di situazioni problematiche e la pianificazione di obiettivi individuali e familiari, raggiungibili in 3-6 mesi.

Alle sedute, di un'ora-un'ora e mezza ciascuna, sono invitati a partecipare i familiari conviventi e lo stesso paziente che, nel corso della fase informativa, conduce la seduta come "esperto" insieme agli operatori. Nello studio in questione, agli operatori è stato suggerito di condurre preferibilmente tre sedute al mese per sei mesi con la possibilità di garantire, successivamente, un incontro al mese di verifica. La sede degli incontri è stata decisa di volta in volta, tenendo conto delle esigenze del nucleo familiare e della disponibilità degli operatori.

Strumenti di valutazione e formazione degli operatori al loro uso

Scala di valutazione dello stato psicopatologico (BPRS) (Lukoff *et al.*, 1986). Si tratta di una scala di valutazione dello stato psicopatologico del paziente, che comprende 24 item. Va compilata nel corso di un colloquio clinico, utilizzando alcune domande-guida incluse in un breve manuale d'uso (Morosini & Casacchia, 1995).

Intervista per l'Accertamento della Disabilità sociale (AD) (Morosini *et al.* 1988). Si tratta di una intervista semi-strutturata messa a punto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN (Magliano *et al.*, 1993), sulla base della *Disability Assessment Schedule (DAS)*; World Health Organization, 1988) dell'OMS. L'intervista indaga la disabilità del paziente nel funzionamento personale sia globalmente che in diversi aspetti del funzionamento personale e sociale nel mese precedente la rilevazione. Per ciascuna area considerata è prevista una scala di codifica a 6 livelli, da 1 ("funzionamento eccellente") a 6 ("disfunzione molto grave").

Il *Questionario per i Problemi Familiari (QPF)* (Magliano *et al.*, 1998a) è una versione modificata del questionario auto-somministrato sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN (Morosini *et al.*, 1991). Il QPF comprende 34 item, nelle seguenti dimensioni: a) carico oggettivo; b) carico soggettivo; c)-d) atteggiamenti di criticismo e propositivi nei confronti del paziente; e) aiuto professionale e sostegno sociale ricevuto dai familiari; f) costi sostenuti dalla famiglia per farmaci e assistenza sanitaria. La frequenza delle situa-

zioni descritte è espressa su una scala a quattro livelli (da “sempre” a “mai”). Il periodo indagato comprende i due mesi precedenti la rilevazione. Nel presente lavoro vengono riportati i risultati relativi ai punti a-b ed e.

Il *Questionario auto-compilato sulla Rete Sociale* (QRS), messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN (Magliano et al. 1998a), comprende 15 item raggruppati nelle seguenti sottoscale: a) entità dei contatti sociali; b-c) sostegno pratico e psicologico ricevuto dal *social network*; d) sostegno affettivo ricevuto da una eventuale relazione sentimentale. La frequenza delle situazioni descritte è espressa su una scala a quattro livelli (da “la maggior parte delle volte” a “mai”).

Le proprietà psicometriche del QPF e del QRS (riproducibilità intra-osservatore e validità di facciata, contenuto e costruito) sono state specificamente esplorate in studi precedenti e trovate soddisfacenti (Magliano et al., 1998a).

Le procedure adottate per la formazione degli operatori all'uso della BPRS e dell'AD sono riportate in Magliano et al. (2005b).

Analisi statistica

Le medie alle valutazioni effettuate con la BPRS e l'AD al tempo zero e sei mesi dopo sono state confrontate con il t-test per dati appaiati. I confronti per singoli item al tempo zero vs. 6 mesi sono stati effettuati con il test non parametrico per dati appaiati di Wilcoxon. Le differenze tra i casi che hanno completato e quelli che hanno abbandonato lo studio sono state esplorate utilizzando l'ANOVA e il χ^2 . Per l'analisi statistica è stato utilizzato il programma SPSS, versione 11.5, fissando il livello di significatività statistica a $p < .05$.

RISULTATI

Descrittivi del campione

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei 71 pazienti inclusi nello studio sono riportate in tabella I. Si trattava prevalentemente di pazienti maschi, nel 27% dei casi con basso livello di istruzione, per lo più disoccupati. Da un punto di vista clinico essi avevano una storia di malattia consolidata, con almeno un tentativo di suicidio in poco più di un paziente ogni 4. Alla rilevazione clinica e funzionale presentavano sintomi psichiatrici di grado lieve a fronte di un livello di funzionamento sociale scarso, con deficit marcati nelle relazioni sociali o nelle attività occupazionali, o moderato in entrambe le aree.

Riguardo ai 126 familiari (tabella II), si trattava per lo più di donne, nel 55% dei casi con livello di istruzione basso.

Tabella I. – Variabili socio-demografiche e cliniche dei pazienti (N = 71).

	% (N)
Sesso, M	75 (53/71)
Stato civile, single	93 (66/71)
Livello di istruzione	
Nessun diploma	13 (9/71)
Licenza elementare	14 (10/71)
Licenza media	28 (20/71)
Licenza liceale o diploma professionale	45 (32/71)
Occupazione, %, sì	14 (10/71)
Media (sd)	
Età in anni	35.7 (8.1)
Numero di familiari conviventi	2.2 (0.9)
Tentativi di suicidio, %, sì	27 (19/71)
Età d'esordio della patologia	21.8 ± 6.2
N° di ricoveri volontari	2.3 ± 3.1
N° di ricoveri obbligatori	0.9 ± 1.2
Mesi in carico al centro di salute mentale	89.3 ± 73.7

Tabella II. – Caratteristiche socio-demografiche dei familiari (N = 126).

	% (N)
Sesso, M	39 (49/126)
Stato civile, single	34 (43/126)
Livello di istruzione	
Nessun diploma	34 (43/126)
Licenza elementare	21 (27/126)
Licenza media	24 (30/126)
Licenza liceale o diploma professionale	16 (20/126)
Laurea	5 (6/126)
Occupazione, %, sì	32 (40/126)
Relazione con il paziente	
Coniuge	5 (6/126)
Genitore	75 (94/126)
Figlio/a	3 (4/126)
Fratello / Sorella	15 (19/126)
Altro	2 (3/126)
Media (sd)	
Età in anni	56.5 (16.3)
Ore quotidiane a contatto con il paziente	8.2 (4.0)

Drop out

Delle 71 famiglie incluse nello studio, 48 (68%) hanno completato i sei mesi di intervento e sono state rivalutate e 23 (32%) hanno deciso di interrompere a diverse fasi dello studio.

Di queste, 3 (13%) hanno lasciato dopo la fase di valutazione standardizzata, 4 (17%) a completamento della fase di valutazione individuale, 12 (53%) a conclusione delle sedute informative e 4 (17%) durante la fase sulle abilità di comunicazione.

Nella maggior parte dei casi, gli abbandoni (tabella III) sono riconducibili a cause legate all'intervento, quali scarso interesse o troppi impegni. In un caso si è trattato

di un suicidio, a cui si aggiungono due decessi, di un paziente e di un familiare, dovuti a malattie fisiche.

Gli abbandoni sono stati più frequenti tra le famiglie che vivevano in zone ad alta densità di popolazione (17/35) vs. media (4/14) o piccola (2/22, $\chi^2 = 9.7$, $p < .01$, $df = 2$). È stata più frequente inoltre l'uscita dallo studio di nuclei assegnati alla lista di attesa di sei mesi (17/29, 59%) rispetto a quelli che hanno cominciato subito (6/42, 14%, $\chi^2 = 15.4$, $df = 1$, $p < .0001$).

I 23 utenti che hanno abbandonato presentavano livelli iniziali più marcati di sintomi di mania/ostilità alla BPRS (2.5 ± 0.6 vs. 2.0 ± 0.8 , $F = 3.8$, $p < .05$, $df = 1, 66$) ed erano più spesso di sesso maschile (21/53 vs. 2/18, $\chi^2 = 5.0$, $p < .05$, $df = 1$).

Riguardo alle caratteristiche dei familiari, quelli che hanno abbandonato riportavano minor carico soggettivo (2.1 ± 0.5 vs. 2.3 ± 0.6 , $F = 4.3$, $p < .05$, $df = 1, 112$) e più aiuto da amici e parenti in situazioni di emergenza riguardanti il paziente (2.5 ± 0.7 vs. 2.2 ± 0.9 , $F = 4.4$, $df = 1, 112$; $p < .04$).

Tabella III. – Motivi dell'abbandono ($N = 23$).

Motivi	Fasi			
	Dopo la valutazione standardizzata	Dopo la valutazione individuale	Dopo le sedute informative	Durante le abilità di comunicazione
	N	N	N	N
Esterni all'intervento				
Suicidio del paziente			1	
Morte del paziente per cause fisiche				1
Riacutizzazione psicotica del paziente			1	
Invio del paziente al SERT	1			
Morte di un familiare			1	
Trasferimento della famiglia in altra città	1			
Malattia fisica di un familiare				2
Scompenso psicotico di un familiare			1	
Separazione dei genitori del paziente			1	
Interni all'intervento				
Rifiuto del paziente a continuare l'intervento	1			
Resistenza dei familiari al metodo			1	
Mancanza di interesse/Troppi impegni del nucleo familiare		3	2	1
Difficoltà di comprensione/bassa istruzione		1		
Metodo troppo rigido			1	
Abbandono degli operatori			2	
Conflitti con i colleghi relativi all'intervento			1	
Totale	3	4	12	4

Effetto dell'intervento sullo stato clinico, la disabilità e la rete sociale dei pazienti

Alle rilevazioni effettuate a 6 mesi, si sono evidenziati miglioramenti significativi sia clinici che nel funzionamento sociale dei pazienti (tabella IV).

In particolare, alla BPRS si è rilevata una riduzione significativa dei sintomi positivi, di quelli negativi e di quelli ansioso-depressivi, benché il livello rilevato alla valutazione di base di questi sintomi fosse di lieve entità. Al *follow-up*, il 2% dei pazienti, a fronte del 15% alla valutazione iniziale, ha presentato un livello almeno moderatamente grave (punteggio ≥ 4 alla BPRS) all'item depressione ($W = -3.0$, $p < .003$), mentre questa percentuale è stata 0 vs. 2% iniziale per i sintomi: elevazione del tono dell'umore ($W = -2.2$, $p < .03$), grandiosità ($W = -2.2$, $p < .02$), rallentamento motorio ($W = 3.3$, $p < .001$), e del 2% vs. 9% iniziale per l'item distraibilità ($z = -2.0$,

$p < .04$). Al *follow-up*, la percentuale di pazienti che ha presentato un livello di funzionamento globale scarso o molto scarso è stata del 27%, a fronte del 50% alla valutazione iniziale (Wilcoxon = -3.3 , $p < .001$). Questo miglioramento si è riflesso in una riduzione significativa delle disfunzioni nella partecipazione alla vita familiare (grave o manifesta in 29% vs. 17%; $W = -2.3$, $p < .02$) e nella capacità di controllarsi in situazioni sociali (dal 14% al 4% sei mesi dopo; $W = -2.5$, $p < .02$). Inoltre, mentre alla valutazione di base il 66% dei pazienti presentava compromissioni nel mantenimento di interessi, questa percentuale è scesa al 42% al *follow-up* ($W = -2.2$, $p < .03$). Infine, nell'area lavorativa, al *follow-up* la percentuale di pazienti con una disfunzione grave nella motivazione a trovare un lavoro è scesa al 25% (40% alla valutazione di base, $W = -1.8$, $p < .06$).

Le analisi effettuate sul campione distinto per anni di contatto con il servizio (1-5 anni vs. > 5) hanno eviden-

ziato un cambiamento statisticamente significativo della disabilità globale nei pazienti con presa in carico superiore ai 5 anni (3.6 ± 0.8 vs. $3.1 \pm .8$, $t = -3.5$, $df 27$, $p < .001$).

Per quanto riguarda la rete sociale, il 40% dei pazienti ha dichiarato che nei sei mesi di intervento i propri rapporti sociali erano migliorati (a $t_0 = 25\%$, $W = -2.2$, $p < .03$). In particolare, si è rilevato un aumento del sostegno pratico su cui i pazienti sentivano di poter fare affidamento, con il 96% dei casi che si è detto sicuro di avere qualcuno, tra amici e parenti, a cui poter chiedere un aiuto in casa (al $t_0 = 83\%$, $z = -3.1$, $p < .002$).

Tabella IV. – Stato clinico, disabilità e rete sociale dei pazienti al tempo zero e a 6 mesi ($N = 48$).

	Tempo zero m (sd)	Follow-up m (sd)
BPRS		
Sintomi di ansia / depressione ^a	2.6 (1.0)	2.3 (0.9)
Sintomi negativi ^a	2.5 (1.0)	2.2 (0.9)
Sintomi di mania / ostilità	2.0 (0.8)	1.9 (0.6)
Sintomi positivi ^a	2.4 (1.0)	2.2 (1.0)
AD		
Cura di sé in difetto	2.5 (0.8)	2.4 (0.7)
Ipoattività nel tempo libero	3.1 (1.1)	2.9 (0.7)
Lentezza nei movimenti	2.5 (0.7)	2.5 (0.7)
Isolamento sociale	3.1 (0.9)	2.9 (0.8)
Partecipazione alla vita familiare ^a	2.9 (1.0)	2.6 (0.7)
Relazione sentimentale	4.1 (1.1)	3.9 (0.9)
Attrito nei contatti sociali ^b	2.7 (0.8)	2.4 (0.6)
Motivazione a cercare un lavoro o a riprendere lo studio ^c	3.7 (1.2)	3.3 (1.2)
Interessi e informazione ^a	2.8 (0.7)	2.5 (0.8)
Comportamento del paziente in situazioni di emergenza	2.6 (0.8)	2.7 (0.9)
Valutazione Globale ^c	3.5 (0.9)	3.0 (0.8)
RETE SOCIALE		
Contatti sociali	2.1 (0.7)	2.1 (0.7)
Sostegno pratico ^a	3.0 (0.8)	3.3 (0.7)
Sostegno psicologico	2.3 (0.7)	2.4 (0.7)

^a = $p > .05$; ^b = $p < .01$; ^c = $p < .001$

BPRS = i punteggi, da 1 a 7, corrispondono a: 1 = "assente", 2 = "molto lieve", 3 = "lieve", 4 = "moderato", 5 = "moderatamente grave", 6 = "grave", 7 = "molto grave".

AD = i punteggi, da 1 a 6, corrispondono a: 1 = "funzionamento eccellente", 2 = "nessuna disfunzione", 3 = "disfunzione minima", 4 = "disfunzione manifesta", 5 = "disfunzione grave", 6 = "disfunzione molto grave".

Rete sociale = i punteggi degli item delle sottoscale variano da 1 "mai" a 4 "sempre".

Tabella V. – Carico familiare, rete sociale e sostegno professionale ricevuto dal campione di familiari al tempo zero e a 6 mesi ($N = 56$).

	Tempo zero m (sd)	Follow-up m (sd)
Carico oggettivo ^a	2.0 (0.7)	1.8 (0.6)
Carico soggettivo ^b	2.4 (0.6)	2.2 (0.6)
Sostegno pratico	2.9 (0.8)	3.0 (0.7)
Sostegno psicologico	2.4 (0.7)	2.4 (0.5)
Contatti sociali	2.2 (0.7)	2.3 (0.5)
Aiuto nella gestione del paziente ^c	2.1 (0.8)	2.2 (0.8)
Sostegno professionale ^c	2.9 (0.5)	3.2 (0.5)

^a = $p < .05$; ^b = $p < .01$; ^c = $p < .005$; i punteggi vanno da 1 = "mai" a 4 = "sempre"

Effetto dell'intervento sul carico, la rete sociale e il sostegno professionale ai familiari

Come si può osservare in tabella V, a fine intervento si è rilevato un significativo miglioramento sia nel carico oggettivo che in quello soggettivo, associato ad una aumentata percezione da parte dei familiari di poter contare sull'aiuto di parenti, amici e operatori del servizio di salute mentale.

Per quanto riguarda il carico, si rileva un significativo miglioramento nella possibilità dei familiari di coltivare hobby e attività ricreative, che risultava compromessa sempre o spesso nel 45% dei casi a t_0 vs. 21% sei mesi più tardi ($W = -2.4$, $p < .02$). A ciò si aggiunge una diminuzione nella preoccupazione per il futuro di altri familiari, molto consistente nel 49% dei familiari a t_0 vs. 40% a sei mesi, e nel piangere e sentirsi depressi, riportata come condizione presente sempre o spesso dal 39% dei familiari alla valutazione di base e dal 29% al *follow-up* ($W = -2.3$, $p < .02$). La sensazione di sentirsi a disagio in luoghi pubblici in compagnia del paziente, riportata come sempre o spesso presente dal 15% dei familiari alla valutazione di base, è risultata essere dell'8% al *follow-up* ($W = -3.4$, $p < .0001$). Infine, la collaborazione del paziente alla vita familiare, riportata come soddisfacente dal 24% dei familiari al t_0 , è stata del 52% al *follow-up* ($z = -2.1$, $p < .03$).

Benché i livelli medi di rete sociale di per sé non si modificano in maniera statisticamente significativa durante l'intervento, è stato riferito un aumento dei contatti telefonici con amici e parenti (40% vs. 29%, $z = -2.8$, $p < .005$). Inoltre, al *follow-up* il 45% dei familiari ha ammesso un significativo miglioramento nei propri rapporti sociali (21% al tempo zero, $W = -2.3$, $p < .02$).

Alla valutazione a sei mesi, è risultata aumentata la percentuale di familiari che si è detta sicura di ricevere aiuto da amici e parenti (dal 29% al 40%, $W = -2.3$, $p < .02$) e dagli operatori del servizio (dal 74% all'86%, $W = -2.5$, $p < .01$) e di coloro che sentivano di aver avuto sufficienti informazioni dal servizio su cosa fare in situazioni critiche (dal 62% al 93%, $W = 4.4$, $p < .0001$).

Le analisi effettuate tenendo conto degli anni di contatto con il servizio (1-5 anni vs. > 5) hanno evidenziato un miglioramento statisticamente significativo nel gruppo di familiari di utenti in carico da non più di 5 anni per quanto riguarda il carico oggettivo (2.1 ± 0.6 vs. 1.7 ± 0.5 , $t = 3.2$, $df 22$, $p < .005$) e soggettivo (2.6 ± 0.6 vs. 2.3 ± 0.5 , $t = 2.9$, $df 22$, $p < .01$). La percezione del sostegno professionale ricevuto risulta migliorata sia nel gruppo di familiari di utenti con presa in carico breve (3.0 ± 0.5 vs. 3.3 ± 0.4 , $t = -1.0$, $df 22$, $p < .05$) che in quelli di utenti in contatto con il servizio da più di 5 anni (2.8 ± 0.5 vs. 3.2 ± 0.6 , $t = -4.7$, $df 31$, $p < .0001$).

DISCUSSIONE

Questo studio è il primo condotto nei SSM italiani sulla fattibilità e l'efficienza degli interventi psicoeducativi familiari per la cura della schizofrenia che presenta le seguenti caratteristiche: a) è stato condotto in 17 CSM diversi; b) ha previsto un "controllo" rappresentato da famiglie in lista di attesa che hanno ricevuto comunque l'intervento sei mesi più tardi; c) è stato realizzato interamente utilizzando personale degli stessi SSM dopo un breve periodo di formazione.

Da un punto di vista metodologico, lo studio si caratterizza per: a) la scelta di utilizzare personale sanitario con limitata esperienza nella conduzione di interventi familiari strutturati; questa scelta, che ha previsto un monitoraggio longitudinale dei vantaggi e delle difficoltà incontrate dagli operatori sia nell'apprendimento che nell'applicazione dell'intervento, ha fornito utili indicazioni sulle possibilità di trasferire i principi base di questi interventi ad operatori con diverso *background* e ruolo professionale (Magliano *et al.*, 2006); b) l'adozione di criteri minimi per la selezione dei casi, rappresentati dalla diagnosi e dalla convivenza con almeno un familiare, così da raccogliere indicazioni sicuramente più generalizzabili all'utenza con questa patologia afferente ai servizi di salute mentale; c) l'uso di indicatori funzionali, quali la disabilità e il carico familiare, per valutare l'effetto dell'intervento sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, utilizzando di preferenza strumenti di rilevazione autocompilati.

Benché i risultati ottenuti siano molto promettenti, essi vanno considerati con cautela dato il breve periodo del *follow-up*. Il fatto che le valutazioni siano state ripetute a sei mesi non consente di trarre conclusioni relative all'impatto dell'intervento su aspetti fondamentali della vita degli utenti, quali la capacità di avere e di mantenere un lavoro e il raggiungimento di obiettivi personali più ambiziosi (indipendenza di vita, rapporti sentimentali) che richiedono periodi più lunghi di realizzazione. Non è

da escludere, inoltre, che eventuali differenze, ad esempio nella rete sociale, non siano state evidenziate da un punto di vista statistico per la numerosità del campione.

Inoltre, dato il numero limitato di operatori che si è potuto formare in ciascun centro, è opportuno mantenere un atteggiamento prudentiale circa le possibilità che, terminata l'esperienza dello studio, nei servizi coinvolti vi sia effettivamente la possibilità di continuare ad offrire questi interventi alle famiglie degli utenti (Leff, 2000). Segnali positivi a tale riguardo possono essere considerati la volontà espressa da molti dei centri partecipanti di estendere l'intervento a famiglie di utenti con altre patologie e l'intenzione di formare altro personale, utilizzando l'esperienza acquisita dal gruppo di lavoro.

23 nuclei familiari su 71 non hanno completato i 6 mesi dell'intervento. Si tratta, in prevalenza, di famiglie caratterizzate da bassi livelli di carico soggettivo, che riferiscono un consistente sostegno da parte del *social network* e che più frequentemente vivono in zone ad alta densità di popolazione. Queste caratteristiche suggeriscono che ad abbandonare siano per lo più famiglie con buone capacità di *coping* nei confronti dei disturbi del paziente (Magliano *et al.*, 1998b) e che sono integrate in una rete di relazioni sociali spontanee. Nelle zone ad alta densità di popolazione, inoltre, sono più disponibili interventi riabilitativi per i pazienti, così come gruppi di autoaiuto e associazioni di familiari (Magliano *et al.*, 2002). In questi casi è probabile che l'intervento, impegnativo sia per i familiari che per gli operatori, sia percepito come non necessario, soprattutto se la presa in carico di routine risulta già sufficiente. Comunque, solo in alcuni casi, l'abbandono è legato a ragioni "non controllabili", quali malattia, morte o trasferimento, mentre nella maggior parte delle situazioni gli abbandoni sembrano essere legati prioritariamente all'intervento. Studi *ad hoc* dovrebbero concentrarsi su questo gruppo di "abbandoni evitabili", approfondendone i motivi di fondo e testando l'efficacia di strategie alternative per diminuirli.

Il fatto che solo 7 famiglie su 23 abbandonino prima di aver partecipato alle sedute informative sulla schizofrenia sottolinea l'interesse di familiari e utenti a ricevere informazioni su questa patologia e di avere la possibilità di fare domande agli operatori su come affrontare situazioni cliniche problematiche. Questo dato rimanda all'opportunità di considerare due livelli nella formazione degli operatori dei servizi. Il primo, aperto a tutti, finalizzato a saper dare informazioni chiare ed esaustive sulla schizofrenia (ma anche sugli altri disturbi mentali) a utenti e familiari. Il secondo, dedicato a un numero più ristretto di operatori, relativo alla conduzione di interventi psicoeducativi familiari veri e propri. La selezione di utenti e

familiari che potrebbero giovare di un intervento “di secondo livello” resta un aspetto ancora dibattuto. A tale proposito, il fatto che la durata di contatto con il servizio, che può essere considerata un’ approssimazione della durata di malattia, influenzi in misura differente la risposta dei pazienti (in termini di riduzione di disabilità) e dei familiari (come riduzione del carico), sottolinea la necessità di studi *ad hoc* sulle caratteristiche da considerare nella selezione delle famiglie per l’intervento.

Non è da escludere che l’uscita dallo studio, più frequente dopo la fase informativa, dipenda anche dalla capacità degli operatori di motivare e condurre sedute strutturate sulla comunicazione, propedeutiche al *problem solving*. Durante il percorso formativo e le supervisioni, infatti, gli operatori segnalavano più consistenti difficoltà di apprendimento e di utilizzo proprio in queste componenti. In ogni caso, la questione degli abbandoni andrebbe affrontata con studi specifici che esaminino i vantaggi e le difficoltà incontrate dagli utenti e dai familiari nel seguire l’intervento e l’importanza da loro attribuita alle diverse fasi (Magliano et al., 2006).

Mentre i risultati relativi alle variazioni dello stato clinico, pur essendo statisticamente significativi, hanno scarsa rilevanza clinica dati i bassi punteggi basali alla BPRS, nei 48 pazienti che completano i sei mesi di intervento, risulta quasi dimezzata la percentuale di coloro che presentano disabilità globale scarsa o molto scarsa, con riduzione significativa nell’area sociale, familiare e lavorativa. Questo risultato è probabilmente legato al fatto che già in fase iniziale sono stati concordati con gli utenti obiettivi individuali raggiungibili in 3-6 mesi e in grado di comportare un significativo miglioramento delle condizioni di vita. In molti casi, gli obiettivi concordati riguardavano l’ampliamento della vita di relazione e, per essere raggiunti, richiedevano un lavoro sulle abilità di comunicazione e di *problem solving*. In questa fase, il coinvolgimento dei familiari ha, da un lato, facilitato l’acquisizione delle abilità richieste e la loro generalizzazione, dall’altro ha comportato una più attiva collaborazione reciproca tra utenti e familiari nel raggiungimento di obiettivi comuni (Lieberman & Lieberman, 2003). Questa situazione, a sua volta, ha favorito la partecipazione dei pazienti alla vita familiare, compromessa in maniera manifesta nel 29% dei casi a t0 e nel 17% a t6, e la percezione di un significativo miglioramento del sostegno pratico da parte del *social network* e, genericamente, della qualità dei rapporti sociali.

Riguardo agli effetti sulla famiglia, il metodo di lavoro per obiettivi ha favorito da parte dei familiari un ampliamento dei rapporti sociali, migliorati in maniera significativa a fine intervento, e la riappropriazione di spazi di vita autonomi da dedicare ad attività ricreative. A ciò si

aggiunge un miglioramento della dimensione psicologica, con una significativa diminuzione nei familiari della preoccupazione per il futuro e del senso di depressione.

Per quanto riguarda la rete sociale dei familiari, benché non si modifichi in maniera sostanziale il sostegno pratico e psicologico che i familiari sentono di ricevere, la percezione di un miglioramento dei rapporti sociali viene riferito dal 45% del campione a fronte del 21% al tempo zero. È probabile che, per un risultato più specifico, sia necessario un tempo più lungo di osservazione e di lavoro, che consenta ai familiari di apprezzare un eventuale e duraturo cambiamento nel *social network*.

A completamento dell’intervento, i familiari riportano un aumento significativo del sostegno sociale e professionale su cui sentono di poter contare. In particolare, arriva al 93% la percentuale di coloro che sentono di aver avuto sufficienti informazioni dagli operatori su cosa fare in situazioni critiche. Un risultato riconosciuto anche dagli operatori, i quali hanno segnalato tra i principali vantaggi dell’intervento il miglioramento dei rapporti con utenti e familiari in aggiunta a positivi risultati clinici (Magliano et al., 2005b). Non è da escludere che altri fattori, legati al servizio (ad esempio, interventi sociali, riabilitativi e farmacologici) e occorsi nel periodo dello studio, abbiano in qualche misura contribuito all’aumento del sostegno professionale rilevato. Va anche sottolineato che la percezione dell’aiuto ricevuto dal servizio risulta significativamente aumentato anche nel campione distinto sulla base della durata della presa in carico.

In conclusione, i risultati di questo studio avvalorano l’ipotesi che gli interventi psicoeducativi siano utili in condizioni di routine per migliorare l’esito sociale della schizofrenia e sostenere le famiglie nell’assistenza e nella convivenza con un congiunto affetto da questa patologia.

Ulteriori ricerche dovranno precisare, a nostro avviso, in che modo questi interventi vanno integrati nel quadro complessivo dell’assistenza territoriale e quali adattamenti sono necessari per il loro utilizzo nella cura di altre patologie mentali ad alto carico.

Ringraziamenti. Si ringraziano i responsabili dei servizi partecipanti per aver reso possibile lo svolgimento dello studio: C. Astuto, G. Bellagamba, M. Binelli, S. Caldarazzo, L. Ciani, G. Corlito, A. Cutitta, G. D’Avossa, V. Delcuratolo, F. Della Pietra, M. Ferrara, M. Fischetti, G. Guerrini, G. Lanteri, G. Luoni, G. Minnai, C. Munizza, L. Nahon, P. Palmarigi, G. Ripani, L. Sartore, E. Serio, M. Serrano, F. Tuligi.

RIASSUNTO. Scopo — Valutare l’effetto di un intervento psicoeducativo familiare fornito in condizioni di routine: a) sullo stato clinico e la disabilità dei pazienti con schizofrenia; b) sul carico e le risorse professionali e sociali del nucleo familiare. **Metodo** — Lo studio è stato condotto in 17 centri di salute mentale, in ciascuno dei quali due operatori sono stati formati a un intervento psicoeducativo familiare per la schizo-

frenia e lo hanno utilizzato per 6 mesi con famiglie di utenti in carico. Prima e dopo l'intervento sono stati valutati: a) lo stato clinico e la disabilità dei pazienti; b) il carico e il sostegno sociale e professionale dei familiari. **Risultati** — Delle 71 famiglie reclutate, 48 (68%) hanno completato l'intervento. A sei mesi, si sono osservati miglioramenti statisticamente significativi nello stato clinico e nella disabilità dei pazienti, nel carico familiare e nel sostegno professionale e sociale. La percentuale di pazienti con un livello di funzionamento globale scarso o molto scarso è passata dal 50% al 27%. Il 40% dei pazienti e il 45% dei familiari ha riportato un significativo miglioramento nei rapporti sociali durante i sei mesi di intervento. **Conclusioni** — Questi risultati avvalorano l'ipotesi che gli interventi psicoeducativi familiari siano utili in condizioni di routine per migliorare l'esito sociale della schizofrenia e il carico familiare.

PAROLE CHIAVE: interventi psicoeducativi familiari, schizofrenia, disabilità, carico familiare, social network.

BIBLIOGRAFIA

- Barrowclough C., Tarrier N., Lewis S., Sellwood W., Mainwaring J., Quinn J. & Hamlin C. (1999). Randomized controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 174, 505-511.
- Berglund N., Vahlne J.O. & Edman A. (2003). Family intervention in schizophrenia – impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38, 116-121.
- Cardin V.A., McGill C.W. & Falloon I.R.H. (1985). An economic analysis: costs, benefits, and effectiveness. In *Family Management of Schizophrenia* (ed. I.R.H. Falloon), pp. 115-123. John Hopkins University Press: Baltimore.
- Falloon I.R.H. (1985). *Family Management of Schizophrenia: a Controlled Study of Clinical, Social, Family and Economic Benefits*. John Hopkins University Press: Baltimore.
- Falloon I.R.H. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2, 20-28.
- Falloon I.R.H., Magliano L., & Morosini P.L. (1992). *Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria*. Edizioni Centro Studi Erickson: Trento.
- Hazel N.A., McDonell M.G. & Short R.A. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services* 55, 35-41.
- Leff J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, Supplementum No. 407, 78-82.
- Lieberman D.B. & Lieberman R.P. (2003). Rehab rounds: involving families in rehabilitation through behavioral family management. *Psychiatric Services* 54, 633-635.
- Lukoff D., Nuechterlein K.H. & Ventura J. (1986). Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin* 12, 594-601.
- Magliano L., Guarneri M., Marasco C., Veltro F. & Morosini P.L. (1993). Studio di riproducibilità di un'intervista semi-strutturata per l'accertamento della disabilità sociale e del carico familiare (ADC). *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* 1, 49-52.
- Magliano L., Fadden G., Madianos M., Caldas de Almeida J.M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P. & Maj M. (1998a). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 405-412.
- Magliano L., Fadden G., Economou M., Xavier M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P. & Maj M. (1998b). Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 413-419.
- Magliano L., Marasco C., Fiorillo A., Malangone C., Guarneri M., Maj M. & Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. (2002). The impact of professional and social support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 1-9.
- Magliano L., Fiorillo A., Fadden G., Gair F., Economou M., Kallert T., Schellong J., Xavier M., Pereira M.G., Torres Gonzales F., Palma-Crespo A. & Maj M. (2005a). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 4, 45-49.
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Favata G., Sasso A.R., Prezioso M., Pezzinati L., Gentile F., Casale L., Bondi E., Robustelli Test G., Di Lella M., Biscussi E., Degl'innocenti F., Bellini R., Di Nunzio R., Matrella L., Salmeri R., Cantone R., Gargiulo L., Esposito A., Del curatolo V., Giannini M., Maresca L., Cavaliere G., Scandone B., Folla M., Raffaeli M., Innocenti P., Dagianti F., Lucania S., Scorsino A., Bardicchia F., Cerullo G., Curreli R., Miscali S., Scordato M., Campo G., Mameli C., Sodde C., D'Ambra L., Malacarne A., Maj M., Gruppo di Lavoro (2005b). Aspetti positivi e difficoltà nella diffusione degli interventi psicoeducativi familiari nella pratica clinica: uno studio multicentrico in 23 CSM italiani. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14, 235-242.
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Maj M. & the Family Intervention Working Group (2006). Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. *Psychiatric Services* 57, 266-269.
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Maj M. & the Family Intervention Working Group (in press). A pragmatic, randomized, controlled trial of a psychoeducational family intervention for schizophrenia on patients' personal/social functioning and relatives' burden and perceived support. *Psychiatric Services*.
- McFarlane W.R., Dixon L., Lukens E. & Lucksted A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 29, 223-245.
- Montero L., Asencio A., Hernandez I., Masanet M.J., Lacruz M., Bellver F., Iborra M. & Ruiz I. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin* 27, 661-670.
- Morosini P.L. & Casacchia M. (1995). Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) – versione 4.0, manuale d'istruzioni. In *Come Valutare l'Esito nei Dipartimenti di Salute Mentale* (ed. M. Ruggeri e R.B. Dall'Agnola), pp. 131-141. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Morosini P.L., Veltro F., Cerreta A., Gaio R., Palomba U. & Ventra C. (1988). Disabilità sociale e carico familiare. Studio di riproducibilità di un nuovo strumento di valutazione. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 3, 541-563.
- Morosini P.L., Roncone R., Veltro F., Palomba U. & Casacchia M. (1991). Routine assessment tool in psychiatry: a case of questionnaire of family attitudes and burden. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 1, 95-101.
- Mueser K.T., Sengupta A., Schooler N.R., Bellack A.S., Xie H., Glick I.D. & Keith S.J. (2001). Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 3-12.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). *Clinical Guideline 1: Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. NICE: London.
- Pekala E. & Merinder L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 2.
- Pharoah F.M., Rathbone J., Mari J.J. & Streiner D. (2003). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 3.
- Stam H. & Cuijpers P. (2001). Effects of family interventions on burden of relatives of psychiatric patients in the Netherlands: a pilot study. *Community Mental Health Journal* 37, 179-187.
- World Health Organization (1988). *Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS)*. World Health Organization: Geneva.
- Zubin J. & Spring B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-126.