

# Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow-up di 4 anni

## *Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients: a 4-year follow-up study*

F. VELTRO  
N. VENDITTELLI  
I. ORICCHIO  
F. ADDONA  
C. AVINO  
G.L. FIGLIOLIA  
P.L. MOROSINI\*

Dipartimento di Salute Mentale,  
ASReM, Zona 3 "Centro Molise"  
di Campobasso; \* Istituto Superiore  
di Sanità, Roma

### Key words

*Effectiveness • Cognitive behavioural group therapy • Inpatient unit*

Correspondence: Dr. Franco Veltro, Dipartimento di Salute Mentale, ASReM Zona 3 "Centro Molise" di Campobasso, Presidio Ospedaliero Cardarelli, corso da Tappino, 86100 Campobasso, Italy  
Tel. +39 0874 409350  
franco.veltro1@virgilio.it

### Summary

#### Objective

*Cognitive-behavioural therapies have been applied successfully in outpatient settings for schizophrenic as well as depressive, bipolar and personality disorders. However this kind of approach in acute inpatient settings is uncommon and involves highly selected cases. Also, in Italy there are more psychosocial interventions in community rather than ward settings, where inpatient treatment tends to be crisis-oriented, with the aim to stabilize the clinical conditions of patients and to control positive symptoms. We are aware that some inpatient unit in the last years have introduced "group-therapy" interventions, but without evaluating their efficacy. In Italy, the first study that explore the effectiveness of a Group Therapy has been conducted in Rome in 2001. It was a 1-year follow-up study of Cognitive-Behavioural Group Therapy. This approach has been more structured, manualized, applied and evaluated in Campobasso after two years of follow-up, obtaining good results. On the basis of this experience in Campobasso, the inpatient unit staff decided to evaluate after a longer period of observation: 1) the effectiveness of the manualized cognitive-behavioral group therapy (CBGT) incorporated into the routine care of a psychiatric inpatient unit; 2) which of the four main diagnostic categories (schizophrenia, major depression, bipolar or personality disorders) are more sensitive to this intervention.*

#### Method

*The description of the Cognitive-Behavioural Group Therapy, of the methodology of evaluation and of the tools (included the inter-rater reliability properties) used for the study have been extensively described in the paper that documented the effectiveness after a 2-year follow-up. Briefly, a pre-post design is used to measure the following indicators: 1) voluntary or compulsory readmissions for each of the main diagnostic categories (schizophrenia, depression, bipolar and personality disorders); 2) ward atmosphere evaluated by an ad hoc developed 5-item Likert-scale. Through this scale it is possible to code and differentiate the aggressive or violent behaviour as well as the strategies used to manage the crises; 3) patient satisfaction evaluated through a very short, 5-item questionnaire filled-in by the patient on the day of discharge. Diagnoses were made on the basis of the DSM-IV. For what concerns statistical analyses, comparisons between parametric variables were performed with analysis of variance and between non-parametric variables with the  $\chi^2$  test. The program used was the 12.0 version of the SPSS for Windows.*

#### Results

*In the years 2001-2005 the percentage of readmissions declined from 38% to 24% ( $p < 0.02$ ), while the compulsory admissions from 17% to 0% ( $p < 0.02$ ) (Table II). The reduction of the readmissions was consistent only for schizophrenic ( $p < 0.001$ ) and bipolar disorders ( $p < 0.04$ ) (Table II). The ward atmosphere at the end of the study was excellent and its improvement measured on a scale has been consistent, from the average of 2.8 to 1.3 (-1.5;  $p < 0.001$ ). The same results were obtained for patient satisfaction ( $p < 0.001$ ) (Table III).*

#### Conclusions

*This is the first effectiveness study of psychosocial treatment in Italy with a long-term follow-up (4 years), strongly structured, manualized with an explicit model of intervention based on a stress-vulnerability and on problem solving models in the form of daily cognitive behavioural group therapy for an acute inpatient unit. Results of outcome indicators suggest that a wide range of benefits may be achieved. On the basis of the results we can conclude that this approach is highly effective for schizophrenic and bipolar disorders.*

## Introduzione

Le terapie cognitivo-comportamentali sono ritenute molto efficaci per i soggetti affetti da schizofrenia<sup>1,2</sup>. Soprattutto gli interventi psicoeducativi familiari e i trattamenti riabilitativi che comprendono tecniche comportamentali, come ad esempio il *social skills training*, hanno mostrato di ridurre il tasso di ricadute<sup>3</sup>, anche per periodi di osservazione prolungati<sup>4</sup>, e di ottenere un miglioramento clinico e sociale<sup>5-7</sup>. Gli esiti positivi osservati nelle ricerche che riguardano questi interventi hanno avuto la conseguenza di farli classificare come “probabilmente efficaci” nel ridurre i sintomi psicotici persistenti<sup>8,9</sup>. In un contesto internazionale le applicazioni in reparti per pazienti acuti sono stati rari e hanno coinvolto casi altamente selezionati<sup>10-12</sup>. Anche in Italia, nonostante un forte orientamento di tipo “socio-terapeutico”, non vi è stato negli anni passati un approccio di tipo biopsicosociale integrato concepito per essere attuato nei reparti di psichiatria. Infatti, nella gran parte dei casi, l’approccio di riferimento nei reparti è sostanzialmente di tipo medico, cioè farmacologico; meno frequente è anche il sostegno psicologico e infine più raramente sono previsti gruppi di discussione o di socializzazione. Questa pratica è molto diversa da quella seguita presso le strutture extraospedaliere dove forse si eccede nel dare importanza alle cosiddette variabili extracliniche. È verosimile che in questo modo si crei confusione per i pazienti.

Bazzoni et al.<sup>13</sup>, hanno dimostrato che un intervento di tipo cognitivo-comportamentale di gruppo risulta efficace anche se applicato in un contesto di tipo ospedaliero. Come conseguenza di questa prima esperienza tale intervento è stato strutturato e manualizzato<sup>14</sup> e adottato presso lo SPDC di Campobasso. L’approccio è basato sul modello stress-vulnerabilità-*coping*. Le principali caratteristiche sono la psicoeducazione e il *problem solving* anche se non strutturato. Essi mirano entrambi al riconoscimento dello stress, dei segnali precoci di ricadute, delle strategie di fronteggiamento dei propri problemi con lo scopo generale di identificare e ridurre i fattori stressanti associati alle crisi e di aumentare l’aderenza al trattamento.

Nello studio effettuato a Campobasso l’intervento si è dimostrato efficace anche a due anni<sup>15</sup>. Sulla base delle precedenti esperienze positive, l’Istituto Superiore di Sanità ha deciso di effettuare alcuni corsi di formazione per gli operatori (medici, psicologi e infermieri) dei Dipartimenti di Salute Mentale. Come conseguenza della formazione l’approccio si sta diffondendo in Italia e sulla base delle nostre attuali conoscenze viene applicato in diversi SPDC, come ad esempio Arezzo, Foggia, Grosseto, Legnago, Ostia, Parma, Pontedera, Roma, Termoli, Trento, nei day-hospital (ad es. L’Aquila), in strutture residenziali extraospedaliere (Fabriano), e con adattamento anche presso centro diurni (Modena) e centro crisi

territoriali (Trieste). Ci è sembrato utile, quindi, nell’ottica di aumentare la documentazione di efficacia di questo approccio monitorare i risultati dopo 4 anni di intervento e verificare quali categorie diagnostiche risentono maggiormente dei benefici.

In questo articolo sono quindi descritti soprattutto i risultati relativi all’efficacia pratica (*effectiveness*) rimandando il lettore agli altri contributi per quanto riguarda un approfondimento relativo alle caratteristiche dell’intervento<sup>14</sup> e alla metodologia dello studio<sup>15</sup>.

## Materiali e metodi

### BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI GRUPPO (ICCG) PER I PAZIENTI RICOVERATI

#### Obiettivi

Si possono suddividere in:

- *generali*: migliorare l’aderenza ai programmi di trattamento, compresa la *compliance* farmacologica, e diminuire la frequenza dei comportamenti violenti e aggressivi;
- *per i servizi*: 1) motivare e migliorare le competenze professionali degli infermieri per la gestione del disturbo mentale acuto; 2) minimizzare il fenomeno del *burn-out*; 3) migliorare la collaborazione tra i pazienti e tra questi e i professionisti;
- *per i pazienti*: 1) dare loro una visione dimensionale della malattia e normalizzare la loro esperienza; 2) ridurre l’isolamento dei pazienti attraverso la condivisione della loro esperienza del disturbo e del senso del ricovero; 3) aumentare l’aderenza al trattamento sia durante il ricovero sia dopo la dimissione; 4) migliorare le abilità dei pazienti per gestire meglio il disturbo mentale acuto e anche l’auto-stima;
- *indicatori di efficacia pertinenti per l’approccio*: 1) la frequenza dei comportamenti aggressive e violenti in reparto; 2) frequenza delle riammissioni e della proporzione dei ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 3) l’atmosfera di reparto; 4) soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari; 5) soddisfazione dei professionisti dell’equipe del reparto.

#### Caratteristiche dell’intervento

L’intervento è basato sul modello stress/vulnerabilità e sulle abilità di *coping*<sup>16</sup>. Si insegna ai pazienti a riconoscere sia gli eventi e le situazioni che essi percepiscono come altamente stressanti, sia i segni precoci di ricadute. Viene enfatizzata molto l’importanza dell’aderenza ai farmaci soprattutto quando il livello di stress è alto, così come l’acquisizione di abilità di *coping* verso specifici fattori di stress. Sono previsti

addestramenti brevi all'uso delle abilità di comunicazione efficace e del metodo strutturato di *problem solving*. I pazienti sono inoltre invitati a definire con chiarezza gli obiettivi personali e a pianificare come raggiungerli dopo la dimissione. I sintomi persistenti sono normalizzati come esperienze che la maggior parte delle persone ha in situazioni di elevato stress biologico e psicosociale. Viene data maggiore importanza alle risorse personali e alle abilità dei pazienti piuttosto che ai loro deficit e disabilità. Sono assegnati dei veri e propri esercizi che i pazienti devono svolgere alcune ore dopo aver partecipato agli incontri. Gli esercizi sono supervisionati dai professionisti all'inizio dell'incontro del giorno dopo.

### Setting

Ogni incontro è diretto da un professionista (chiamato "conduttore") con l'assistenza di un altro operatore (il "co-conduttore"). I conduttori possono essere sia medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali o di altra natura professionale. Sulla base della nostra esperienza di cinque anni la presenza di un medico (spesso come co-conduttore) è molto utile per discutere ad esempio dei sintomi presenti, dello stato mentale, delle compromissioni cognitive, degli effetti benefici e indesiderati dei farmaci, ecc. Altri professionisti possono partecipare come osservatori. Due lavagne "nere" sono indispensabili per scrivere durante le sessioni. Gli incontri si svolgono quotidianamente dalle 9.15 alle 11.00. L'argomento da trattare è discusso durante la riunione di equipe la mattina prima di procedere con l'intervento.

### Struttura delle sessioni

Ogni sessione è strutturata in modo molto chiaro e i vari passaggi sono evidenziati e sottolineati nel manuale che, considerato il formato "pocket", viene tenuto tra le mani di coloro che conducono il gruppo<sup>14</sup>. Ogni sessione riguarda un argomento o tema. Essi includono i seguenti "temi costanti" da affrontare indipendentemente dallo stato psicopatologico e dalle condizioni del paziente: 1) "Cosa è successo prima del ricovero", utile per ottenere la descrizione della crisi e informazioni sui fattori stressanti precipitanti e/o associati; 2) "Modello stress-vulnerabilità"; 3) "Farmaci", utile per dare informazioni su questa problematica; 4) "Segni precoci di ricaduta"; 5) "Obiettivi alla dimissione".

In aggiunta a questi temi se ne possono utilizzare altri in accordo con lo stato mentale e le condizioni complessive dell'ammalato, contenuti nel manuale e strutturati allo stesso modo di quelli "costanti". Questi argomenti o temi, definiti "opzionali" perché dipendono dallo stato del paziente e dalla decisione dell'equipe a utilizzarli, sono: 1) "Alcol"; 2) "Allucinazioni"; 3) "Ansia e paura"; 4) "Delirio e pensiero psicotico"; 5) "Disturbi dell'umore: tristezza e gioia"; 6) "Disturbi della rabbia cluster A: rabbia"; 7) "Disturbi della per-

sonalità cluster B: vantaggio secondario"; 8) "Idee di suicidio"; 9) "Trattamento sanitario obbligatorio".

Per quanto riguarda la struttura, ogni sessione prevede i seguenti passaggi: 1) "Introduzione", utile per sottolineare gli scopi, gli obiettivi e le regole dell'incontro; 2) "Presentazione dei nuovi pazienti ricoverati", se ve ne sono; 3) "Revisione dell'esercizio assegnato nell'incontro precedente"; 4) "Riassunto breve dei principali aspetti trattati nell'incontro precedente"; 5) "Il tema del giorno"; 6) "Sintesi dei vari punti trattati e assegno dell'esercizio per il prossimo incontro". Per ogni passaggio è anche indicato approssimativamente il tempo necessario per la trattazione.

### Regole e strategie per la conduzione dell'incontro

Usate in modo flessibile, esse sono: 1) maieutica o approccio socratico; 2) incoraggiare la comunicazione efficace tra i pazienti e il dialogo tra pazienti con simili condizioni cliniche per favorire un intenso scambio tra di essi ("comunicazione tra pari") piuttosto che una comunicazione di tipo accademico e direttiva del professionista *vs.* il paziente; 3) aiutare il paziente a collegare i propri pensieri con le emozioni e con i comportamenti; 4) uso del *modelling* e delle simulate (*role-playing*); 5) "normalizzazione" dei sintomi e del ricovero; 6) rinforzi positivi e *feedback* costruttivo; 7) *problem solving*; 8) abilità di comunicazione efficace come, ad esempio, "esprimere i sentimenti piacevoli", "fare richieste in maniera positiva", "saper comunicare i sentimenti negativi" e l'"ascolto attivo o partecipativo".

L'approccio è descritto in maniera estensiva nel manuale a cura di Vendittelli et al.<sup>14</sup>.

### DISEGNO DELLO STUDIO

Si tratta di un classico studio di efficacia nella pratica (*effectiveness*) pre-post il cui confronto ovviamente non contemporaneo avviene tra lo stesso tipo di variabili presenti e ricavate un anno prima che lo studio iniziasse e alla fine di ogni anno, fino all'*end-point* che riguarda il quarto anno. La metodologia è simile a quella utilizzata per valutare l'efficacia dopo due anni di applicazione, descritta con maggiore dettaglio nel relativo articolo<sup>15</sup>.

### VALUTAZIONE DI EFFICACIA

Come accennato nel paragrafo precedente i risultati osservati durante il primo, secondo, terzo e quarto anno di applicazione sistematica dell'ICCG (a-1 fino ad a-4) sono confrontati con quelli rilevati l'anno prima dell'introduzione dell'intervento (a-0). Nell'ottica di confrontare gli effetti specifici dell'approccio i pazienti con le seguenti caratteristiche sono stati esclusi dalla valutazione benché avessero partecipato all'intervento: a) non residenti nel bacino di utenza del DSM di Campobasso; b) sindromi psico-organiche; c) età maggiore di 64 anni; d) degenza inferiore ai 3

giorni; e) allettati per concomitante malattia fisica; f) doppia diagnosi in cui l'abuso di sostanze fosse prevalente; g) ritardo mentale grave; h) ricoveri per disposizione dell'autorità giudiziaria.

#### INDICATORI DI VALUTAZIONE USATI PER LO STUDIO

Gli indicatori di valutazione utilizzati sono i seguenti:

- riammissioni, sia volontarie sia in regime di TSO, differenziate sulla base delle 4 principali categorie diagnostiche (schizofrenia, depressione, disturbi bipolare e della personalità). Questo indicatore è di particolare rilevanza nel contesto in cui è stata condotta la ricerca poiché Campobasso è sprovvisto del Centro di Salute Mentale e quindi il reparto è in realtà l'unico luogo oltre alla presenza di un unico ambulatorio medico giornaliero;
- soddisfazione dei pazienti, valutata con un questionario breve autocompilato che deriva da uno strumento di valutazione messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità<sup>17</sup>. I 5 *items* selezionati valutano la soddisfazione per: 1) "l'assistenza ricevuta"; 2) "la disponibilità dei professionisti quando richiesta"; 3) "l'aiuto ricevuto"; 4) "le informazioni ricevute durante il ricovero"; 5) "le attività di reparto previste per il pomeriggio". Per ogni *item* ci sono 5 livelli di codifica, con relative definizioni operazionali, che variano da "poco o per niente" (livello 1) a "moltissimo o sempre" (livello 5). I pazienti sono invitati a compilare il questionario subito prima della dimissione;
- atmosfera di reparto, valutata con una scala sviluppata *ad hoc* in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Con questo strumento viene valutata la comunicazione tra i pazienti e i professionisti, la presenza/assenza di comportamenti aggressivi, violenti o bizzarri sulla base di 5-*items* di codifica. Per facilitare l'*assessment* ogni livello di codifica oltre a contenere definizioni operazionali è caratterizzato da un colore: 1) bianco, se l'atmosfera è eccellente; 2) verde, se l'atmosfera è accettabile; 3) giallo, se uno o più pazienti hanno un comportamento disturbante che però non richiede allarme;

4) arancio, se uno o più pazienti presentano un comportamento disturbante che richiede un intervento immediato ma senza procedere a un eventuale contenimento; 5) rosso, se il comportamento disturbante è talmente grave che richiede l'uso del contenimento per effettuare la terapia.

Le diagnosi cliniche sono state effettuate con i criteri del DSM-IV<sup>18</sup>.

#### ANALISI STATISTICA

I confronti tra le variabili di tipo parametrico sono state effettuate con l'analisi della varianza e tra le variabili non parametriche con il  $\chi^2$ . È stato utilizzato il programma statistico SPSS for Windows (versione 12.0).

#### Risultati

Il 90% dei pazienti ha frequentato giornalmente gli incontri di gruppo.

I pazienti rispondenti ai criteri di inclusione e quindi valutati ai fini dello studio sono stati 150 prima dell'introduzione dell'ICCG (a-0), 171 durante il primo al primo anno (a-1) di introduzione dell'intervento, 181 durante il secondo anno (a-2), 129 durante il terzo anno (a-3) e 102 durante il quarto anno (a-4).

Le riammissioni sono state 57 durante il periodo a-0 (38%), mentre per ogni anno successivo la proporzione dei pazienti riammessi è stata costante (24%), con una riduzione del 14%, statisticamente significativa ( $\chi^2 = 11,8$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0,02$ ). Le riammissioni in TSO sono state 10 nel periodo a-0, 3 nel periodo a-1, 2 in a-2 e in a-3, e nessuna in a-4 ( $\chi^2 = 16,5$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,02$ ) (Tab. I).

Per quanto riguarda le principali categorie diagnostiche la riduzione delle riammissioni è risultata statisticamente significativa per la schizofrenia ( $p < 0,001$ ) e per i disturbi bipolari ( $p < 0,04$ ) (Tab. II).

L'atmosfera di reparto è risultata in media 2,8 ( $\pm 1,2$ ) durante il periodo a-0, cioè codice "giallo". Durante il primo anno di applicazione dell'ICCG la media è stata 2,3 ( $\pm 1,1$ ), codice "verde", durante il secondo

**Tab. I.** Numero di ammissioni, riammissioni, ammissioni e riammissioni in TSO durante il *baseline* (a-0) e il periodo di follow-up (a-1 fino ad a-4). *Number of voluntary and compulsory admissions and readmissions during baseline (a-0) and during follow-up (a-1 to a-4).*

Anni di riferimento	Ammissioni	Riammissioni n (%)	Ammissioni in TSO	Riammissioni in TSO
a-0 (anno 2001)	150	58 (39%)	16	10
a-1 (anno 2002)	171	46 (27%)	18	3
a-2 (anno 2003)	181	43 (24%)	14	2
a-3 (anno 2004)	129	31 (24%)	8	2
a-4 (anno 2005)	102	25 (24%)	10	0
$\chi^2$ (df)		11,8 (4)	16,5 (4)	
p =		0,02		0,02

**Tab. II.** Numero di ammissioni e riammissioni (A:R) durante il *baseline* (a-0) e il periodo di follow-up (a-1 fino ad a-4). *Number of admissions and readmissions during baseline (a-0) and during follow-up (a-1 to a-4) according to disorder.*

Anni di riferimento	Schizofrenia A:R (%)	Depressione	Disturbo bipolare	Disturbo di personalità
a-0 (anno 2000)	69:33 (48%)	7:3 (43%)	25:12 (48%)	41:9 (22%)
a-1 (anno 2001)	64:16 (25%)	15:5 (33%)	37:7 (19%)	49:19 (39%)
a-2 (anno 2002)	67:12 (18%)	28:8 (29%)	30:6 (19%)	50:17 (34%)
a-3 (anno 2003)	60:13(20%)	18:5 (28%)	25:5 (20%)	17:7 (41%)
a-4 (anno 2004)	50:13 (26%)	11:3 (27%) <sup>3</sup>	28:6 (21%)	13:4 (31%)
$\chi^2$ (df)	18,4 (4)	0,7 (4)	10,2 (4)	3,6 (4)
p =	0,001	95	0,04	0,45

**Tab. III.** Soddisfazione dei pazienti il giorno della dimissione. Codifica da 1 (poco o per niente) a 5 (moltissimo o sempre). *Patient satisfaction at discharge (range from 1 low or not at all to 5 [very much or always]).*

Item	"a-0"	"a-1"	"a-2"	"a-3"	"a-4"	p <
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	(Anova)
Assistenza ricevuta	4,3 (0,7)	4,4 (0,8)	4,6 (0,8)	4,5 (0,6)	4,4 (0,8)	F = 5,7 (df = 4)*
Disponibilità dei professionisti quando richiesta dal paziente	4,3 (0,8)	4,5 (0,6)	4,7 (0,5)	4,6 (0,5)	4,5 (0,7)	F = 7,2 (df = 4)*
Aiuto ricevuto dai professionisti	4,3 (0,8)	4,4 (0,8)	4,7 (0,5)	4,5 (0,6)	4,5 (0,8)	F = 7,6 (df = 4)*
Informazioni ricevute	4,3 (0,8)	4,5 (0,7)	4,6 (0,7)	4,5 (0,6)	4,4 (0,8)	F = 5,7 (df = 4)*
"Attività" in reparto nel pomeriggio	3,9 (0,1)	4,5 (0,7)	4,6 (0,7)	4,3 (0,8)	4,4 (0,9)	F = 16,3 (df = 2)*

\* p < 0,001.

anno 1,3 ( $\pm 0,8$ ), codice "bianco", in a-3 di 1,2 ( $\pm 0,5$ ), codice "bianco", così come durante il quarto anno con una media di 1,3 ( $\pm 0,6$ ). La differenza è stata tra i vari anni statisticamente significativa (F = 115,7; df 4; p < 0,001).

La Tabella III mostra che la soddisfazione è migliorata in maniera significativa per tutti gli *items*, in particolare nel confronto tra il secondo anno (a-2) di applicazione dell'intervento vs. l'anno precedente l'introduzione (a-0), assestandosi su valori inferiori ma comunque più elevanti rispetto al *baseline* durante il terzo (a-3) e quarto anno (a-4).

## Discussione

Questo studio conferma in un periodo prolungato di osservazione, ben 4 anni, l'efficacia di un intervento psicosociale radicalmente innovativo rispetto ai trattamenti standard che di routine sono effettuati all'interno degli SPDC. Con un'osservazione prolungata e valutata con diversi indicatori pertinenti, accurati e riproducibili, viene dimostrato che con l'applicazione costante e quotidiana di un intervento di gruppo, con un approccio molto strutturato di tipo cognitivo-com-

portamentale a valenza fortemente psicoeducativa, si possono ottenere grandi benefici per i pazienti e per il servizio che li cura. Questi includono il tasso di riammissioni, una migliore atmosfera di reparto e un'alta soddisfazione da parte degli utenti. Anche il tasso di riammissioni in TSO è stato drasticamente ridotto fino a essere annullato nell'ultimo anno di osservazione. Si è consapevoli che non si tratta di uno studio clinico controllato randomizzato, ma la conduzione nel *real world*, il periodo lungo di osservazione e la completezza dei dati aggiunge valore ai risultati osservati. Va ancora enfatizzato che soprattutto in Italia continuano a essere effettuate ricerche cliniche controllate che riguardano esclusivamente il farmaco e molte di esse sono sponsorizzate dalle case farmaceutiche. Sono invece rari gli studi di efficacia teorica (*efficacy*) o pratica (*effectiveness*), indipendenti e senza finanziamento, che riguardano interventi non strettamente farmacologici, di tipo psicosociale in un'ottica di *health services research*. Vale la pena sottolineare che questa tipologia di interventi è anche la più utile in un contesto di sanità pubblica o accreditata. Questo intervento è stato concepito proprio per essere fruibile in un contesto di servizio sanitario nazionale anche se ovviamente è applicabile in altri contesti.

Un'altra considerazione di tipo metodologico riguarda le variabili prese in considerazione per il confronto di efficacia che appaiono del tutto pertinenti per lo scopo dello studio e confermano un miglioramento nella qualità del trattamento della crisi o acuzie dei pazienti psichiatrici. In accordo con le teorie di Donabedian<sup>19</sup>, il più grande esperto di valutazione di qualità degli interventi sanitari, sono stati considerati sia gli indicatori di processo (atmosfera di reparto, comportamenti disturbanti), sia del risultato del processo (riammissioni, inclusi i TSO) e sia dell'esito soggettivo (soddisfazione dei pazienti). Per le caratteristiche organizzative, ma anche per le finalità, dello studio non sono stati invece misurati gli indicatori clinici diretti come ad esempio la riduzione della morbilità clinica e sociale. Nella parte finale di questo paragrafo saranno discussi alcuni aspetti relativi a questa problematica.

Alcune considerazioni relative alla modalità dell'approccio appaiono utili. L'intervento di gruppo non intende sostituire i colloqui clinici con i pazienti. Anzi essi sono meglio condotti, sulla base della nostra esperienza, proprio grazie all'intervento di gruppo che ha dimostrato nel tempo di facilitare i rapporti interpersonali umanizzando le relazioni anche attraverso il miglioramento dell'atmosfera di reparto. Questa variabile viene tra l'altro raramente valutata negli SPDC a differenza invece di quanto avviene in contesti internazionali<sup>20</sup>. L'ICCG migliora l'addestramento dei pazienti nell'autogestione del disturbo mentale che viene appreso probabilmente in misura maggiore proprio nelle condizioni di crisi piuttosto che nella comunità. Probabilmente in una fase di stabilizzazione i pazienti potrebbero essere meno motivati ad apprendere strategie specifiche di  *coping*  verso i sintomi di crisi o i segni precoci di ricadute. Questa riflessione ci sembra sostenuta dal fatto che, considerata la natura di tipo psicoeducativo dell'ICCG, migliorano soprattutto i pazienti affetti da schizofrenia e i disturbi bipolari dove l'aderenza al trattamento farmacologico è più importante nel favorire un decorso migliore nel tempo. Al contrario, nei disturbi di personalità le variabili psicologiche e i fattori della relazione psicoterapica giocano un ruolo più decisivo per quanto riguarda l' *outcome* . Ciò è confermato anche dal fatto che negli anni precedenti l'introduzione dell'ICCG, l'approccio clinico individuale e la terapia farmacologica non ha ridotto in modo significativo il tasso di riammissioni. Anche se non sono state considerate le variabili relative alla dimensione dell'efficienza va comunque comunicato che dopo l'introduzione di questo intervento il numero dei posti letto è gradualmente diminuito da 15 a 12 (da 1,15 per 10.000 a 0,9 per 10.000) per-

mettendo la trasformazione dei tre posti letto in day-hospital. Si potrebbe argomentare che probabilmente altri fattori hanno favorito un migliore  *outcome* , come ad esempio, l'introduzione di trattamenti efficaci nella comunità o il perfezionamento delle strategie di terapia farmacologica o l'introduzione di nuovi farmaci più efficaci. Comunque, negli ultimi cinque anni non sono stati introdotti in modo sistematico trattamenti efficaci per la gestione dei disturbi gravi nella comunità, né tantomeno si sono osservati innovazioni significative relative all'efficacia degli psicofarmaci.

Bazzoni et al.<sup>13</sup>, hanno osservato risultati simili ai nostri studi, con riduzione significativa per le riammissioni (12,2 da 16,9%), per i TSO (25 da 72%), per gli episodi violenti (24,7 da 41,5%) nel primo anno di introduzione dell'ICCG confrontato con l'anno precedente.

La continua conferma dei risultati osservati dopo l'introduzione di questo intervento porta alla conclusione che l'ICCG è promettente per migliorare le condizioni dei pazienti e l'atmosfera del reparto.

Un'ultima considerazione riguarda alcuni aspetti specifici relativi alla natura degli interventi cognitivo-comportamentali. Gli studi clinici controllati randomizzati delle terapie cognitive comportamentali nei  *settings*  di trattamento per acuti hanno mostrato risultati discordanti. Infatti, Drury et al.<sup>8,21</sup>, hanno concluso che sia l'approccio individuale sia quello di gruppo riducono il tempo di remissione dei sintomi psicotici. Tuttavia, un'attenta replica di questi studi usando una metodologia più accurata non ha avuto come risultato significativi benefici dopo due anni di follow-up<sup>22</sup>. Uno studio più recente mostra come l'intervento individuale sempre di tipo cognitivo-comportamentale in soggetti ricoverati con esordio di schizofrenia migliora il tasso di remissione, ma pochi e specifici sono i benefici se confrontati con un approccio di sostegno tipo  *counselling*  o di farmacoterapia a 6 così come a 18 mesi di follow-up<sup>23</sup>. Le ricadute e le riammissioni erano sovrapponibili nei due gruppi<sup>24</sup>. Tutti questi studi erano sostanzialmente focalizzati sui sintomi psicotici e diftavano di una prospettiva più ampia del modello psicosociale così come viene proposto nelle nostre sessioni di gruppo.

In conclusione, la conferma a quattro anni dei risultati ottenuti e i benefici dimostrati sono stati così promettenti da stimolare la promozione a cura dell'Istituto Superiore di Sanità di uno studio clinico controllato randomizzato multicentrico nazionale con il coinvolgimento di diversi SPDC prima di poter considerare questo intervento come il trattamento di prima scelta per i reparti per acuti.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. *The psychosocial treatment of schizophrenia: an update*. Am J Psychiatry 2001;158:163-75.
- <sup>2</sup> Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. *Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation*. Psychol Med 2002;32:783-91.
- <sup>3</sup> Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. *Cognitive behavioral therapy for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD000524.
- <sup>4</sup> Veltro F, Magliano L, Morosini P, Fasulo E, Pedicini G, Cascavilla I, et al.; Gruppo di Lavoro DSM-BN1. *Randomised controlled trial of a behavioural family intervention: 1 year and 11-years follow-up*. Epidemiol Psychiatr Soc 2006;15:44-51.
- <sup>5</sup> Falloon IRH. *Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness*. World Psychiatry 2003;2:20-8.
- <sup>6</sup> Kopelowicz A, Liberman RP. *Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses*. Psychiatr Serv 2003;54:1491-8.
- <sup>7</sup> Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. *Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia*. Psychiatr Serv 2006;57:1784-91.
- <sup>8</sup> Garety PA, Fowler D, Kuipers E. *Cognitive-behavioural therapy for medication resistant symptoms*. Schizophr Bull 2000;26:73-86.
- <sup>9</sup> McIntosh A, Lawrie S. *Schizophrenia*. BMJ 2001;6:790.
- <sup>10</sup> Drury V, Birchwood M, Cochrane R, McMillian F. *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms*. Br J Psychiatry 1996;169:593-601.
- <sup>11</sup> Kanas N. *Group therapy with schizophrenic patients: a short-term homogeneous approach*. Int J Group Psychother 1991;41:33-48.
- <sup>12</sup> Wykes T, Landau S. *Group treatment of auditory hallucinations: exploratory study of effectiveness*. Br J Psychiatry 1999;175:180-5.
- <sup>13</sup> Bazzoni A, Morosini P, Polidori, Rosicarelli ML, Fowler D. *La terapia cognitivo comportamentale (TCC) di gruppo nella routine di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)*. Epidemiol Psychiatr Soc 2001;10:27-36.
- <sup>14</sup> Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, Bazzoni A, Rosicarelli ML, Polidoro G, et al. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.
- <sup>15</sup> Veltro F, Falloon I, Vendittelli N, Oricchio I, Scinto A, Gigantesco A, et al. *Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients*. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2006;21:2-16.
- <sup>16</sup> Falloon IRH, Fadden G. *Integrated mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press 1993.
- <sup>17</sup> Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Morosini P. *Patients and relatives satisfaction with services in a large catchment's area in Rome*. European Psychiatry 2002;17:139-47.
- <sup>18</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- <sup>19</sup> Donabedian A. *Explorations in quality assessments and monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press 1985.
- <sup>20</sup> Rössberg J, Melle I, Opjordsmoen S, Friis S. *Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward*. Nord J Psychiatry 2006;60:77.
- <sup>21</sup> Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillian F. *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time*. Br J Psychiatry 1996;169:602-7.
- <sup>22</sup> Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. *A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34:254-8.
- <sup>23</sup> Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P, et al. *18-month follow-up of a randomised, controlled clinical trial of cognitive-behavior therapy in first episode and early schizophrenia (The SoCRATES Trial)*. Br J Psychiatry 2004;184:231-9.
- <sup>24</sup> Drury V. *Cognitive behaviour therapy in early psychosis*. In: Birchwood M, Fowler D, editors. *Early intervention in psychosis: a practical handbook*. New York: Wiley and Sons 1999, pp. 185-212.