

CAPITOLO 15

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NEGLI ESORDI PSICOTICI

Silvia Carlucci, Etrusca Centenero

Introduzione

L'approccio farmacologico nel trattamento dei soggetti schizofrenici, anche se prerequisito indispensabile, non sembra essere sufficiente a garantire un miglioramento globale, non solo sintomatologico ma anche funzionale nel paziente, andando ad incidere in modo significativo su quelle funzioni, cognitive e metacognitive, che la malattia ha così grandemente deteriorato. Le evidenze cliniche confermano ottimismo nelle terapie combinate che integrano approcci diversi, da quello farmacologico a quello psicosociale; in tal modo si possono sfruttare i vantaggi prodotti dai nuovi antipsicotici sul fronte cognitivo favorendo la riacquisizione e generalizzazione di abilità deteriorate con programmi ad hoc.

In questo capitolo cercheremo, in particolare, di considerare i complessi rapporti che legano la presenza del disturbo schizofrenico in un giovane e la famiglia d'appartenenza, famiglia che diventa il naturale luogo di espressione della sintomatologia, teatro nel quale il giovane comunica direttamente il proprio disagio per interagire con quello degli altri. L'esordio della malattia solitamente si registra durante l'adolescenza o nella prima fase della vita adulta (possiamo avere anche forme ad esordio tardivo). Prima della comparsa dei sintomi psicotici caratteristici, si presentano dei sintomi non psicotici correlati alla compromissione del funzionamento cognitivo, ed in particolare delle capacità attentive; aspetti clinici così sfumati che rendono difficoltosa una diagnosi precoce, sottovalutati dai familiari che reagiscono spesso con sufficienza se non con l'irritazione per il persistere di difficoltà apparentemente futili.

Secondo Yung e McGorry il "prodromo" rappresenta un "un gruppo eterogeneo di comportamenti correlati temporalmente all'esordio delle psicosi", in un intervallo di tempo compreso tra l'esordio dei primi comportamenti insoliti e l'esordio dei sintomi psicotici, ovvero tra i primi sintomi visibili e quelli psicotici rilevanti (Yung & McGorry, 1996).

Si è osservato che non è quasi mai il paziente a rivolgersi direttamente al clinico per richiedere un aiuto, ma è più probabile che sia un familiare a rivolgersi al medico di base per segnalare l'inusualità dei comportamenti o di un anomalo ritiro del proprio caro. È altrettanto vero che in molti altri casi il comportamento inusitato del soggetto è ricontestualizzato dai familiari stessi ed implementati nello stile della famiglia, fino all'esplosione della psicosi. Tenteremo di considerare l'influenza dell'ambiente familiare a partire dagli studi più noti effettuati in merito sulle famiglie per poi proporre alcune considerazioni sul trattamento.

Cenni storici

È esperienza comune confrontarsi con familiari di pazienti schizofrenici che mostrano modalità di espressione e di relazione conflittuali, difficilmente comprensibili, con il proprio parente. In passato si è ipotizzato che l'ambiente familiare fosse responsabile dell'insorgenza, del decorso e, non ultimo, delle cronicizzazioni delle psicosi, alimentando un atteggiamento di "colpevolizzazione" nei familiari stessi.

Negli anni '50, gli studi sulla schizofrenia spostarono l'enfasi dal singolo alla diade madre-bambino. Il rapporto patologico tra madre e figlio frequentemente osservato in queste famiglie, è stato inizialmente descritto da Kauffmann nei termini di una modalità di "relazione incestuosa" tra la madre ed il figlio psicotico; la considerazione che esistono modalità relazionali problematiche nell'ambito delle famiglie di pazienti psicotici, ha portato alla formulazione di diversi concetti con l'attesa di proporre ipotesi etiologiche del disturbo. Il primo è quello della madre "schizofrenogena", proposto da Fromm-Reichmann già nel 1948, secondo il quale la madre, una donna fredda, dominante e con forte tendenza al controllo, giocherebbe un ruolo importante nel determinare gravi alterazioni dello sviluppo psichico del bambino. Successivamente Rosen ha descritto una figura simile ovvero quella della "madre perversa". L'esame degli altri membri della famiglia condusse a prendere in considerazione il possibile ruolo patogeno del padre definito "padre debole" (associato ad una madre "attiva e iperprotettiva"), e ancora dell'"assenza del padre" nel caso di una figura paterna caratterizzata da uno stile di relazione indifferente e tendente al rifiuto; Reichard e Tillman hanno descritto poi un padre "schizofrenogeno", che appariva dominatore, sadico e rifiutante. Lidz e collaboratori (1957) hanno considerato invece la coppia genitoriale identificando il "marital schism", ossia i conflitti aperti tra i genitori, e il "marital skew", ossia un rapporto coniugale inclinato con conseguente funzionamento disturbato di uno dei due genitori compensato dalla comunicazione distorta dell'altro, come cause dell'esordio psicotico.

Questa ed altre ipotesi riguardanti le relazioni di tipo genitoriale, quali ad esempio “il doppio legame” di Bateson e collaboratori¹, oppure il contributo di J. Haley (1971) relativo all'impossibilità di definire la relazione ed il triangolo perverso², hanno contribuito ad ampliare le relazioni che intercorrono tra malattia schizofrenica e costellazione familiare del paziente.

Nel corso del tempo, con l'affermarsi del trattamento farmacologico, si è progressivamente imposta un'ottica biologica nel trattamento delle psicosi; lentamente i familiari sono stati esclusi dal trattamento così come dai modelli esplicativi della malattia. Intorno agli anni '60, si osservò che malgrado i miglioramenti resi possibili dai farmaci antipsicotici, i pazienti continuavano comunque a sperimentare i sintomi. L'approfondimento che ne conseguì portò a prendere in esame la natura dell'ambiente familiare; si osservò infatti che spesso (nel 30-40% circa dei casi) i pazienti psicotici dimessi dall'ospedale presentavano ricadute psicotiche nell'arco dei successivi 9 mesi circa. Sulla base di queste teorie e dopo aver compreso la necessità di utilizzare un trattamento familiare accanto a quello farmacologico, a partire dagli anni '70 molti interventi familiari utilizzati precedentemente nel trattamento della schizofrenia cronica vennero applicati alle famiglie di giovani al primo episodio psicotico (Haley, 1980; Lidz, 1973; Palazzoli-Selvini *et al.*, 1978) ma l'accuratezza e correttezza metodologica, nonché l'efficacia di tali trattamenti, non furono valutati in maniera sistematica.

Il modello dell'Emotività Espressa

Lo sviluppo del concetto di Emotività Espressa (E.E.) divenne necessario in seguito all'osservazione di Brown, Carstairs e Topping (1958) che la prognosi dei pazienti con psicosi sembrava essere correlata alla loro situazione di vita dopo la dimissione ospedaliera. Questi, infatti, avevano notato che i pazienti che dopo le dimissioni tornavano a vivere con il coniuge o con i genitori avevano una prognosi peggiore di quelli che andavano a vivere con fratelli o sorelle oppure in un alloggio condiviso con altre persone. Tale assunto era particolarmente evidente

¹ Il concetto di “doppio legame” può essere definito nei seguenti punti (Cigoli, 1977):

1. un individuo è coinvolto in una situazione che prevede una relazione di grande intensità emotiva, una relazione nella quale è d'importanza vitale discriminare accuratamente il messaggio che viene comunicato per dare un'adequata risposta;
2. in tale contesto l'altra persona esprime due diversi messaggi l'uno negazione dell'altro;
3. l'individuo non è in grado di esprimere il proprio parere sui messaggi trasmessi, onde correggere la propria discriminazione circa l'ordine del messaggio cui dare una risposta.

² Una persona appartenente ad una generazione forma una coalizione (azione congiunta contro una terza persona) con la persona dell'altra generazione contro il proprio pari.

nelle famiglie in cui familiari che avevano un ruolo chiave (genitore o coniuge) manifestavano alto criticismo o attitudine al rifiuto verso il paziente, comportamento intrusivo o eccessivamente auto-sacrificante e grande identificazione con il paziente (Leff & Vaughn, 1985).

Il modello dell'Emotività Espressa ha ispirato lo sviluppo più recente della terapia familiare psicoeducazionale ampiamente utilizzata nei protocolli di trattamento integrato degli esordi psicotici, spostando il focus dai fattori familiari che contribuiscono allo sviluppo del disturbo psicotico a quelli che contribuiscono alla ricaduta. Tra i fattori familiari individuati che contribuiscono alla ricaduta e alla recrudescenza dei sintomi troviamo la "devianza comunicazionale" (Miklowitz & Stackman, 1992; Singer & Wynne, 1965; Wynne & Singer, 1963), intesa come difficoltà nella famiglia di condivisione di un focus conversazionale, e lo "stile affettivo familiare" (Miklowitz *et al.*, 1989), caratterizzato da criticismo, senso di colpa indotto e intrusività. Da tali premesse si intuisce come l'andamento della malattia dipenda in larga misura anche da come i membri della famiglia si relazionano e si occupano del paziente al primo episodio psicotico (Brown *et al.*, 1972).

Il modello dell'Emotività Espressa (E.E.) si sviluppa su tre dimensioni che ne sono alla base: criticismo, ostilità e ipercoinvolgimento emozionale (EOI: emotional over-involvement). Specifiche caratteristiche dei familiari dei pazienti costituirebbero il principale fattore di ricaduta e recrudescenza dei sintomi nel paziente: alti tassi di E.E. ossia un ipercoinvolgimento con il paziente, un clima familiare critico ed ostile, ed i cui membri sarebbero altamente espressivi nell'esibizione delle proprie emozioni.

Emotività Espressa e rischio di ricaduta: studi sulla validità predittiva. In seguito all'intuizione dell'importanza del ruolo giocato dall'E.E. rispetto alla ricaduta psicotica, numerosi sono stati gli studi che si sono orientati alla ricerca del peso che tale fattore rivestirebbe nella prognosi del disturbo.

Hooley e Hiller (1998), attraverso una metanalisi conclusero che l'E.E. era un alto predittore di ricaduta psicotica, con tassi che si aggiravano tra il 50% e il 65% nelle famiglie con alta E.E., mentre nelle famiglie con bassi livelli di E.E. tale range si assestava tra il 23% e il 35%.

Butzlaff e Hooley (1998), in una metanalisi condotta sugli studi di correlazione tra E.E. e rischio di ricaduta psicotica, riportarono una media ponderata di effect-size di 0.3 sul campione di pazienti con psicosi, qualificato come un medio effect-size (Cohen, 1992). Tale risultato evidenziava che l'E.E. poteva essere considerata come un predittore del rischio di ricaduta psicotica. Tali studi vennero successivamente ampliati tanto che l'E.E. apparve come un forte predittore anche per altri disturbi: depressivo (Hinrichsen & Pollack, 1997; Hooley, 1986), bipolare (Miklowitz *et al.*, 1988), alimentare (van Furth *et al.*, 1996), uso di sostanze

(O'Farrell *et al.*, 1998) comorbidità tra uso di sostanze e psicosi (Pourmand, Kavanagh & Vaughan, 2005) e disturbo post-traumatico da stress (Tarrier, Sommerfield & Pilgrim, 1999).

Uno dei fattori individuati come moderatore tra E.E. e ricaduta era la quantità di tempo trascorso con il caregivers: l'effetto dell'E.E. era tanto più grande quanto maggiore era il tempo che il caregivers trascorrevva con il paziente (Bebbington & Kuipers, 1994). In particolare, criticismo e ostilità erano i due fattori dell'E.E. che avevano una relazione più forte con il funzionamento del paziente rispetto all'EOI (Emotional over-involvement).

L'impatto dell'E.E. sulla ricaduta psicotica era evidente tanto nel caregiving informale (genitori, coniuge, etc...) quanto in quello formale (operatori della salute mentale), dove si manifestava un andamento tipico di alta e bassa E.E. (Oliver & Kuipers, 1996), anche se in quest'ultimo caso i tassi di E.E. erano più bassi rispetto al caregiving informale (Barrowclough *et al.*, 2001).

Emotività Espresa e Primo Episodio Psicotico: studi di efficacia. Dal costrutto di E.E. derivano diversi interventi psicologici, in abbinamento al trattamento farmacologico, orientati al miglioramento dell'atmosfera familiare e all'acquisizione di capacità sociali, e finalizzati a ridurre i tassi di ricaduta sintomatologica dei pazienti psicotici.

Gli interventi che discendono dalla cornice teorica dell'E.E., si pongono come scopo quello di incrementare le capacità dei familiari di comunicare tra loro e con il paziente e di affrontare insieme i problemi con modalità adeguate. I principali studi randomizzati controllati sugli interventi familiari sembrerebbero confortare l'ipotesi che i programmi che vantano un elemento psicoeducativo ed un training sulle competenze può ritardare la ricaduta dai 12 ai 24 mesi (Streiner, 1998).

Tuttavia anche in altri studi (Linszen *et al.*, 1996) nei quali non si evidenziò una riduzione significativa nei tassi di ricaduta attribuibile all'intervento familiare, si riscontrò comunque un basso tasso di ricaduta complessiva. Alcuni autori hanno poi suggerito che gli interventi familiari possono essere efficaci a posticipare le possibili ricadute se non riescono a prevenirle (Hoharty *et al.*, 1991). In ogni caso gli autori sembrerebbero più concordi nel ritenere che gli interventi familiari migliorino comunque il funzionamento del paziente.

In uno studio di Raune e collaboratori (2004) volto ad indagare l'associazione delle caratteristiche della malattia dei pazienti con l'E.E. nel primo episodio di psicosi, gli autori giunsero alla conclusione che i dati non supportavano un'associazione fra E.E. ed alcuni aspetti della malattia (tipo di sintomo e gravità, età di inizio, durata della malattia e diagnosi). L'assenza di un collegamento fra E.E. e diagnosi si confà con un precedente studio sull'E.E. (Linszen *et al.*, 1996). Nel complesso, i collegamenti fra E.E. e gli attributi dei sintomi hanno ricevuto solo occasionale sostegno in letteratura (Heikkila *et al.*, 2002).

In sintesi, rispetto al quesito relativo ai tassi di ricaduta psicotica, i soli interventi familiari sembrerebbero non tanto ridurli quanto piuttosto posticiparli; emerge però che gli interventi familiari sembrerebbero associarsi ad altre dimensioni altrettanto importanti come il miglioramento del funzionamento psicosociale e la riduzione dello stress delle persone che si prendono cura di questi pazienti. Gli studi dimostrano non tanto una correlazione quanto un'associazione tra la presenza di un alto fattore di E.E. ed un maggior numero di ricadute nei pazienti schizofrenici.

L'intervento psicoeducazionale, volto ad insegnare ai familiari le modalità per diminuire il loro livello di emotività, rappresenta una parte importante del trattamento all'interno della famiglia; oltre che favorire una migliore comunicazione all'interno della famiglia, può contribuire a ridurre quelle tensioni che rappresentano continui elementi stressanti. Un ambiente familiare molto teso, emotivamente problematico, permeato da atteggiamenti o modalità relazionali negative (comunicazione caratterizzata da toni di voce troppo alti, in un clima autoritario e costantemente critico; oppure modalità relazionali contraddistinte da manifestazioni di rabbia, litigi, eccesso o mancanza di stimoli) favorirebbe lo sviluppo di fattori stressanti che sembrerebbero essere tra le principali cause scatenanti di crisi e ricadute; non solo, renderebbero problematico lo sviluppo di un clima di sicurezza e fiducia importante per l'acquisizione di nuove abilità da parte del paziente. È noto che i soggetti schizofrenici siano molto sensibili agli effetti di una comunicazione familiare critica ed eccessivamente emotiva (Kavanagh, 1992); pertanto, avvalendosi di tecniche derivate dai training di abilità sociali applicate al gruppo familiare, si può modificare e migliorare la comunicazione affinché questa sia più efficace riducendo così il livello di stress dei componenti della famiglia.

Il trattamento degli esordi psicotici: la famiglia

Abbiamo brevemente illustrato come la famiglia sembra rivestire un ruolo importante nell'espressione e nello sviluppo della sintomatologia psicotica; a partire da queste considerazioni, i programmi di trattamento in fase precoce prevedono il coinvolgimento della famiglia. L'efficacia di questa strategia di trattamento integrato dipende da diverse variabili; basti pensare al ruolo che la terapia familiare può svolgere per favorire la creazione di un clima supportivo intorno al paziente. Ma il coinvolgimento dei familiari è importante anche per aumentare la compliance del paziente al trattamento farmacologico, per la quale il supporto delle famiglie è prezioso.

Gli interventi integrati sembrano produrre, in generale, un miglioramento nella percezione della severità del disturbo dei pazienti. Leavely e collaboratori (2004), in una ricerca condotta su 106 carers di soggetti con primo episodio psi-

cotico, non ha riscontrato differenze significative tra il gruppo di controllo e quello di trattamento. Tuttavia, anche se non c'erano differenze tra i due gruppi rispetto ai giorni di ricovero al follow-up e alla soddisfazione dei parenti circa l'intervento, si osservava un miglioramento nel gruppo trattato rispetto alla percezione della severità del disturbo.

Un'altra ricerca (*Thorup et al.*, 2005) condotta su un ampio campione di soggetti al primo episodio psicotico e loro familiari, ha mostrato risultati importanti dal punto di vista clinico. I pazienti che hanno effettuato un trattamento integrato (incluso un gruppo psicoeducativo multifamiliare), mostravano una riduzione sia della sintomatologia negativa che positiva, in particolare per le allucinazioni; inoltre, si osservava sui familiari una diminuzione dei livelli di distress e grande soddisfazione per il trattamento.

In un altro studio, Addigton e collaboratori (2005) hanno rilevato miglioramenti significativi del benessere psicologico dei familiari ed una diminuzione delle esperienze negative di caregiving che si manteneva a 3 anni di follow-up.

Riassumendo, l'applicazione del trattamento integrato agli esordi rappresenta di per sé un vantaggio poiché permette di ottenere significativi miglioramenti e di posticipare le ricadute. Una metanalisi condotta da Bird e collaboratori (2010) mostra come un intervento precoce integrato (farmacoterapia, interventi familiari, CBT, social skills training, problem solving, crisis management e case management) sia in grado di ridurre il DUP e di conseguenza ottenere un miglioramento prognostico, in modo più efficace rispetto al trattamento integrato della psicosi già stabilizzata.

La psicoeducazione. Tra le tecniche più utilizzate ed efficaci che coinvolgono i familiari dei pazienti, abbiamo la psicoeducazione. Alpi e collaboratori (2008) hanno condotto una ricerca sugli esiti di un intervento psicoeducativo strutturato applicato ai familiari di giovani pazienti. I risultati hanno mostrato un cambiamento qualitativo dell'E.E., con un passaggio del 13% dei familiari dalla categoria ad alta E.E. a quella a bassa E.E.

L'intervento psicoeducativo si esplica attraverso il coinvolgimento dei familiari nella spiegazione del disturbo e del suo trattamento; il familiare diventa soggetto-oggetto di spiegazione ed istruzione: l'obiettivo è favorire l'acquisizione di una maggiore conoscenza della malattia e dei suoi sintomi, delle cause e del decorso; informazioni necessarie ed utili per riformulare in modo più realistico e scientificamente provato le proprie aspettative di trasformazione e di guarigione, ridurre fantasie di colpa che rimandano a vissuti emotivamente dolorosi, per arrivare così a collaborare attivamente con l'équipe medica.

Pertanto si dovrebbero fornire ai familiari informazioni approfondite sul disturbo, sui sintomi e come quest'ultimi influenzano il comportamento del pazien-

te. Ma i familiari dovrebbero essere aiutati anche ad acquisire una maggiore consapevolezza rispetto i propri stati emotivi, i livelli di stress e le conseguenze che ne derivano. Quando un parente stretto sviluppa una psicosi, il familiare può vivere delle reazioni emotive che vanno dalla paura al rifiuto; tende ad attribuire il comportamento psicotico all'abuso di sostanze, all'adolescenza, a conflitti familiari. Il senso di impotenza verso una malattia che non capiscono li porta a sentirsi spesso scoraggiati, esausti e, seppur involontariamente, trasmettono la propria tensione ai pazienti incrementandone i fattori di rischio. Questo tipo di reazione nei familiari suggerisce la necessità di coinvolgerli attivamente il prima possibile, anche al fine di correggere tutte le convinzioni errate sulla psicosi e sul suo trattamento. I familiari dovrebbero essere istruiti a comunicare in modo diretto con il paziente; per questo possono essere coinvolti in programmi di abilità sociali, dove condividere ed applicare, insieme tra loro, le abilità apprese nella quotidianità; può essere utile aiutare i soggetti ad acquisire tecniche di rilassamento volte a favorire la creazione di un'atmosfera supportiva al paziente.

La psicoeducazione dovrebbe essere applicata a tutte le fasi della malattia. Può cominciare in fase di "richiesta di aiuto", quando il dolore e il malfunzionamento sono considerati dai familiari "legati alla malattia", o come una ragione per ricevere aiuto esterno o ancora per dare ai familiari uno spazio in cui raccogliere informazioni sul modo in cui vivono la malattia. Successivamente, può facilitare il confronto sull'iniziale "razionale del trattamento"; sia i soggetti che i familiari possono trarre beneficio dalla spiegazione del trattamento e dallo sforzo di umanizzare e normalizzare il servizio; ciò rende possibile dare ai familiari quelle conoscenze utili a prendersi cura dei cari ed aumentare le loro abilità di confrontarsi con la malattia mentale.

Se il paziente chiede di limitare il coinvolgimento della famiglia, si dovrebbe esplorare il motivo di questa richiesta, cercando di spiegare chiaramente al paziente l'importanza del coinvolgimento della famiglia. L'obiettivo è quello di garantire a ciascun paziente un supporto psicoeducazionale per i familiari; in alcuni casi può essere realizzato anche se il paziente non vuole il coinvolgimento della famiglia, e questo al di fuori del suo trattamento, con appuntamenti distinti dal paziente e da parte di altri servizi.

Interventi di supporto. Alla base dell'utilizzazione di strategie di supporto rivolte alla famiglia c'è il presupposto di considerare la famiglia come un alleato nel trattamento. A tal fine gli interventi non dovrebbero essere rivolti direttamente alla risoluzione dei problemi derivanti dalle disfunzioni prodotte dal disturbo quanto, piuttosto, alla promozione di competenze preesistenti nel contesto familiare. Attraverso gli interventi di supporto, il clinico e/o il carer consultants utilizza un approccio collaborativo con la famiglia finalizzato alla condivisione della definizione del problema,

del processo decisionale e delle responsabilità circa l'evoluzione del trattamento. La differenza con gli altri tipi di approcci, utilizzati all'interno del trattamento integrato, sta nel fatto che gli interventi di supporto offrono alla famiglia uno spazio "non strutturato", all'interno del quale poter discutere le proprie esperienze e i propri dubbi circa l'utilizzo dell'assistenza psichiatrica, andando ad esaminare anche il problema dello stigma sociale derivante dallo stato di malattia del familiare. Inoltre, gli interventi di supporto possono essere anche più pratici come, ad esempio, nell'assistenza alla famiglia all'accesso tempestivo ai servizi di cura o il farsi carico di accompagnare il paziente quando la famiglia è impossibilitata a provvedere in maniera autonoma. Oltre ad occuparsi del paziente, tali interventi permettono anche alla famiglia di accedere essa stessa alle reti di supporto esistenti nel territorio in modo da permetterle di soddisfare i propri bisogni di cura e benessere psicologico in aggiunta a quelli del paziente. In questo modo alla famiglia è garantita l'elaborazione della sofferenza derivante dall'esperienza di caregiving, soprattutto in quelle realtà familiari dove le problematiche connesse allo stato di malattia sono più complesse a causa di un periodo prodromico più prolungato oppure a causa della presenza di un disturbo psicotico in comorbilità con abuso di sostanze.

Strategie di coping. Lo sviluppo di strategie di coping delle difficoltà più funzionali all'interno della famiglia, è essenziale per garantire la presenza di un clima relazionale più disteso. Ma per far sì che tali strategie vengano implementate all'interno della famiglia è necessario rassicurarla sulla loro utilità: si osserva spesso nei familiari di pazienti psicotici una sensazione di "camminare sulle uova", dovuta alla preoccupazione che il cambiamento nella modalità relazionale con il paziente possa provocare un'esacerbazione sintomatologica. A sua volta questo timore può portare ad inibizione che, di riflesso, apre la strada verso una comunicazione emotivamente forte, di risentimento e rabbia. Le famiglie possono essere incoraggiate ad utilizzare strategie comunicative meno calde per affrontare temi delicati e per mantenere un buon funzionamento familiare. Non sempre le famiglie sono completamente sprovviste di buone strategie di coping: in questo caso bisogna incoraggiare la famiglia ad utilizzarle (Wright *et al.*, 2004).

Le dinamiche familiari: carers-caregivers

Il paziente che si impegna nel trattamento necessita di ricevere dai familiari feedback positivi, essere incoraggiato rispetto ai progressi, deve poter anch'egli mettere in pratica le abilità apprese al fine di ottimizzarne l'acquisizione ed estinguere comportamenti maladattativi poiché, generalmente, il paziente schizofrenico ha già sperimentato una lunga serie di frustrazioni e fallimenti.

La letteratura sembrerebbe non convalidare l'ipotesi di una specifica costellazione familiare nei disturbi schizofrenici; tali famiglie presenterebbero inoltre caratteristiche differenti e con altrettanti differenti bisogni. Pur nella loro specificità ed unicità, tutte le famiglie sembrerebbero avere un denominatore comune nella presenza al loro interno di una o più figure di "carers-caregivers", ovvero "individui preposti alle cure".

Prendersi cura di un familiare con schizofrenia, la cui insorgenza spesso si colloca nei primi anni della vita adulta, generalmente provoca sofferenza, alti livelli di carico, e si associa ad un progressivo svuotamento della rete sociale non solo del paziente. Il ruolo di chi presta le cure e l'impatto della malattia sulle famiglie implica dei profondi cambiamenti che potrebbero influenzare sia aspetti del funzionamento familiare sia quello della famiglia inteso come fonte di cure.

Al primo episodio i caregivers hanno chiari bisogni di informazione, supporto ed aiuto per far fronte ad una larga quantità di problemi fino ad allora non immaginati, e devono far fronte a nuove e stressanti difficoltà. Proponiamo una review relativa l'importanza di fornire un supporto precoce alla famiglia.

Caratteristiche dei caregivers e loro esperienza. La ricerca di Tennakoon e collaboratori (2000) aveva lo scopo di indagare gli aspetti del caregiving e l'eventuale comorbilità nei caregivers di persone al primo episodio psicotico. Il campione era costituito dai caregivers di 40 persone al primo episodio psicotico. I caregivers sono stati intervistati a casa sulla loro esperienza di caregiving, sulle modalità di padroneggiamento e sulle strategie per fronteggiare la situazione, e la sofferenza sperimentata. Dallo studio emerse che le esperienze negative dei caregivers comprendevano sofferenza, stigmatizzazione, preoccupazione, vergogna e colpevolezza. Come precedenti studi hanno dimostrato, circa un terzo dei parenti che si prendevano cura dei pazienti mostravano elevati livelli di ansia o depressione connessi con il loro ruolo di assistenza (Goldberg & Hillier, 1979; MacCarthy *et al.*, 1989). Inoltre, i caregivers di persone affette da psicosi erano essenzialmente madri anziane (Scazufca & Kuipers, 1997).

In questo studio il 12% dei caregivers soffrivano di comorbilità psichiatrica, percentuale peraltro paragonabile a quella della popolazione generale; non sono state osservate differenze significative tra i caregivers, se appartenenti a classi sociali più o meno elevate, in riferimento alle ore di contatto o condizioni di vita.

Nel campione in esame, il 58% dei caregivers aveva più di 32 ore di contatto diretto a settimana con il paziente; la quantità di contatto con la persona malata tende a diminuire se si considera uno stato più avanzato di malattia, in pazienti affetti da schizofrenia di lunga durata (Schene *et al.*, 1998). Non è chiaro se maggiori livelli di contatto contribuiscano a sviluppare sensazione soggettiva di peso/carico (burden) e livelli di Emotività Espressa elevata (entrambi in connes-

sione) con il passar del tempo (Scazufca & Kuipers, 1997). Sebbene non misurate, in questi studi esistono alcune prove che persino al primo episodio, il carico e l'emozione espressa sono già presenti in alcuni caregivers (Kuipers & Raune, 2000).

Dallo studio emerge che i caregivers manifestano una maggiore preoccupazione di fronte all'esibizione di comportamenti difficili e dei sintomi negativi dei pazienti. In queste circostanze sembrerebbe che essi adottino uno stile di caregiving basato su strategie emozionali, pratiche per fronteggiare i sintomi negativi dei pazienti in occasione dei comportamenti difficili; per esempio essi aumentavano la sorveglianza quando i pazienti manifestavano comportamenti problematici.

I risultati dello studio mostrerebbero che aumentare la quantità delle strategie di fronteggiamento tra i caregivers e il focalizzarsi sul miglioramento dei sintomi negativi dei pazienti e dei problemi comportamentali associati possono favorire la riduzione della sofferenza dei caregivers. È interessante osservare che molti caregivers credevano che i sintomi negativi fossero sotto il controllo del paziente, come confermato anche dalla precedente letteratura (Kuipers *et al.*, 1992).

I caregivers che riescono a fronteggiare la situazione problematica di malattia, sono quelli fortemente influenzati dalla loro consapevolezza, dalla loro conoscenza e valutazione dei sintomi del paziente (piuttosto che dai sintomi stessi). È anche chiaro che i caregivers sono spesso confusi dai sintomi e stressati dai livelli di sorveglianza loro richiesti. Presumibilmente questo può portare nel tempo a livelli ridotti di contatto.

Il trattamento multifamiliare

Dalla ricerca esposta discendono importanti implicazioni cliniche:

- al primo episodio i sintomi negativi ed i problemi comportamentali causano una maggiore sofferenza nel caregivers (carico-burden);
- le donne caregivers rivelano maggiori tassi di sofferenza rispetto gli uomini;
- persino al primo episodio i caregivers manifestano sofferenza e tentano di fronteggiarla usando una certa quantità di contromisure;
- interventi che periodicamente coinvolgono i caregivers possono essere più utili.

Gli interventi terapeutici che coinvolgono tutti i membri della famiglia sembrano alleggerire e ridurre questi problemi. Pertanto i servizi ed i clinici dovrebbero essere a conoscenza di questi bisogni.

N. Hazel e collaboratori hanno rivolto la loro attenzione verso il trattamento multifamiliare; l'obiettivo del loro studio era valutare gli effetti del trattamento multifamiliare di gruppo sulla sofferenza, stress, dolore, angoscia e sulle risorse psicosociali fra i caregivers della famiglia di persone con schizofrenia. Il campio-

ne utilizzato era rappresentativo della tipologia di pazienti psicotici ambulatoriali, però con una lunga storia di malattia. Tale variabile potrebbe aver influenzato i risultati attenuandoli, poiché come Martens e Addington segnalano, coloro che sperimentano i maggiori livelli di sofferenza sono i caregivers di pazienti durante la prima fase della schizofrenia.

Alla luce dei dati emersi dalla ricerca, si può affermare che il trattamento multifamiliare di gruppo può contribuire a ridurre la sofferenza sperimentata dai caregivers della famiglia, favorendo il benessere psicosociale dei caregivers così come dei pazienti, con implicazioni significative sulla salute fisica, sul bisogno di interventi da parte dei servizi. Invece, il trattamento multifamiliare di gruppo non sembrerebbe avere un effetto rispetto alle risorse dei caregivers. Resta ancora da chiarire se gli effetti del trattamento multifamiliare di gruppo sono di entità e di durata sufficiente per esercitare un'influenza significativa sui risultati della salute a lungo termine dei caregivers.

In altri studi (Dick *et al.*, 2000, 2002) è stato osservato che il trattamento multifamiliare di gruppo è associato con la riduzione dei sintomi negativi e con la riduzione dell'uso dei servizi psichiatrici da parte dei pazienti dopo un anno.

Le analisi presentate nello studio di Hazel e collaboratori non forniscono un'indicazione sul perché il trattamento multifamiliare di gruppo incida positivamente sulla sofferenza dei caregivers. Tuttavia, poiché i risultati indicano che il trattamento multifamiliare di gruppo non ha un effetto significativo sulle risorse dei caregivers, è improbabile che tali risorse abbiano mediato nel cambiamento osservato nella sofferenza. Saranno necessarie ulteriori ricerche per elaborare le misure e le metodologie più idonee alla valutazione delle risorse dei caregivers così come per valutare i possibili meccanismi attraverso i quali il trattamento multifamiliare di gruppo influisce sul funzionamento del sistema familiare dei caregivers e degli altri membri della famiglia dei pazienti. Sembrerebbe che alcune ricerche condotte in passato non abbiano colto dati significativi sul peso/carico (*burden*) dei caregivers per bias metodologici; queste riguardano il tipo di metodo e misure utilizzate negli studi; per esempio, in un lavoro di McDonell e collaboratori (2003), la misura del carico usata consisteva in brevi e numerose scale Likert per valutare quelle varie zone di funzionamento psicosociale del caregiving che possono essere state insensibili al cambiamento.

Tali informazioni saranno necessarie per poter valutare il trattamento multifamiliare, allo scopo di renderlo più efficace; raggiunto l'obiettivo di sostenere la sofferenza dei caregivers, è necessario apportare modifiche all'intervento per cercare di influenzare positivamente le risorse dei caregivers della famiglia. Sembrerebbe che uno degli ostacoli all'incremento del supporto sociale sia la limitata quantità di tempo mensile in cui i partecipanti sono coinvolti nel trattamento multifamiliare di gruppo, e l'assenteismo.

I clinici che conducono il trattamento multifamiliare di gruppo sono portati allora a modellare gli interventi cercando di adattarli ai problemi e alle necessità dei membri della famiglia e dei pazienti, cercando di aumentare la coesione sociale ed espandendo la rete sociale dei partecipanti. A tal proposito, Magliano e collaboratori (1999) segnalano l'associazione tra il carico e le strategie di fronteggiamento dei caregivers primari e di quelli di altri parenti, ovvero altre persone con le quali essi entrano in contatto o che fanno parte della loro vita.

Un modello di organizzazione dell'intervento da una prospettiva familiare

Antecedentemente gli anni '70, il trattamento delle psicosi si orientava prevalentemente sulle psicoterapie individuali e di gruppo ad indirizzo psicodinamico oppure era volto a favorire un miglioramento delle modalità di comunicazione all'interno della famiglia.

A partire dalle ricerche sull'influenza dell'ambiente familiare sulle ricadute (soprattutto di matrice anglosassone), negli ultimi 30 anni sono state sviluppate numerose strategie di intervento familiare, etichettate in maniera ampia come "psicoeducazionali", influenzate in diversa misura dagli approcci comportamentali e cognitivi.

Gli interventi educativi che hanno come oggetto la conoscenza della schizofrenia, costituiscono un aspetto del programma globale di trattamento; scopo di tali interventi è quello di fornire informazioni sulla schizofrenia sotto forma di lezioni, spesso supportate da materiale audiovisivo. Nella pianificazione degli interventi vengono presi in esame anche Training di abilità specifiche, Trattamento multifamiliare di gruppo, Interventi familiari mirati ad insegnare capacità strutturate di problem solving e di comunicazione.

Un protocollo di intervento complesso ed integrato sulla famiglia ha come obiettivo di aiutare i familiari a comprendere e fronteggiare la malattia del parente, ridurre le crisi e incrementare il senso di efficacia, di benessere e guarigione nella famiglia. Ciascun soggetto avrebbe la possibilità di sentirsi sostenuto dagli operatori, con una informazione specialistica, ma anche dallo scambio esperienziale con i membri delle altre famiglie che hanno vissuto simili cambiamenti.

All'interno di un protocollo di educazione e supporto alla famiglia sono previsti interventi di psicoeducazione, generalmente in un setting gruppale; ma anche interventi di supporto nei momenti di crisi, eventualmente anche domiciliari; a volte è necessario prevedere terapie familiari strutturate o consultazioni individuali dei singoli componenti; generalmente si cerca, comunque, di favorire gli scambi gruppali, sia come forma di supporto da parte degli operatori o sotto forma di mutuo-aiuto.

Family Support & Involvement Plan for the Adult Mental Health Program in Vancouver

Un valido esempio di protocollo di educazione e supporto alla famiglia, del quale proponiamo un estratto, è stato sviluppato a Vancouver.

Tale programma terapeutico supportivo, è la tappa finale di una serie di programmi che hanno il fine di favorire una riorganizzazione dei servizi mentali di riabilitazione di Vancouver (programmi/servizi e sostegni per utenti e le famiglie).

Influenzati da una politica iniziata già nel 1997, nel 2001 i servizi per le famiglie sono stati organizzati all'interno dei servizi mentali sotto l'egida di un responsabile regionale, che opera in collaborazione a un consulente e al comitato consultivo della famiglia. Dalla rassegna dei passati documenti di progettazione, della letteratura e dei focus-groups condotti con le famiglie, è emersa l'importanza di fornire servizi coordinati di sostegno per le famiglie. I dati indicano che il supporto della famiglia, insieme con il trattamento, conduce ad un miglioramento dei risultati, aumenta la consapevolezza fra i membri della famiglia, migliora le abilità dei membri della famiglia e dell'utente, riduce la difficoltà del caregiver e migliora le capacità dei membri della famiglia nel sostenere un parente malato.

Il progetto ha coinvolto oltre 120 membri di varie famiglie; esse frequentavano gruppi nei quali venivano approfondite e sviluppate le teorie e le strategie presentate. I membri della famiglia erano concordi che l'inclusione nel trattamento fosse per loro il punto di maggior importanza.

Un punto di rilievo era l'accesso alle informazioni ed al trattamento; le famiglie credono che si dovrebbe prestare particolare attenzione alla formazione, dei familiari così come dei professionisti del settore medico-sanitario, per rinforzare le loro abilità e competenze nel relazionarsi con i diversi membri della famiglia.

I membri della famiglia, pur riconoscendo l'importanza prioritaria di avere qualcuno che possa coordinare i servizi ed i supporti alla famiglia stessa (e quindi il loro ruolo), convengono nel sostenere che una soluzione di tipo "operativo" si trovi principalmente all'interno del sistema "salute mentale". Tra gli aspetti di importanza secondaria, venivano evidenziate problematiche esterne, verso le quali i membri della famiglia non avevano o non potevano avere influenza diretta (ad esempio lo stigma sociale, le difficoltà di accesso a servizi di vario genere).

Sulla base di tali studi, si è ritenuto necessario stabilire sin dalla prima fase del progetto il ruolo di un coordinatore della famiglia. Una volta che questa figura è stabilita ed individuata, il servizio di salute mentale potrà cominciare a richiamare le questioni-argomenti, le strategie e definire le priorità di intervento, mentre prende in considerazione gli ostacoli segnalati dal personale. Sarà nominato un comitato consultivo della famiglia per sorvegliare l'esecuzione del programma e per riunire i membri della famiglia, il personale dell'ospedale e gli operatori di salute mentale della Comunità.

Riportiamo le linee guida estratte dal programma di “sostegno e di partecipazione della famiglia per il programma di salute mentale per Adulti a Vancouver”.

1. Realizzare l’impegno dell’équipe dell’amministrazione di salute mentale ad effettuare il programma e ottenere il contributo finanziario per realizzare le priorità su un periodo quinquennale. Distribuire il programma ai consegnatari relativi.
2. Creare un coordinatore a tempo pieno della famiglia che funzionerà con tutti i responsabili di salute mentale e sotto il controllo del responsabile regionale, della riabilitazione di salute mentale per facilitare i bisogni e le priorità conformi a questo rapporto.
3. Istituire un comitato consultivo di programma della famiglia per sorvegliare l’esecuzione del programma e per riunire il personale dell’ospedale, gli operatori sanitari della Comunità, gli utenti ed i membri della famiglia.
4. Il coordinatore dei servizi della famiglia collaborerà con i principali operatori sanitari, con i servizi di salute mentale e il personale dell’ospedale, il coordinatore di formazione e di sviluppo del personale e con associazioni di sostegno della famiglia e di salute: lo scopo è coordinare i programmi/servizi attuali e sviluppare e/o effettuare i nuovi programmi. Le priorità includeranno lo sviluppo dei metodi di funzionamento con le famiglie attraverso le équipes di salute mentale; coordinare la circolazione delle informazioni; accertarsi sull’educazione alla salute mentale; fungendo da consulente affinché la persona e le famiglie risolvano i problemi/reclami.
5. Identificare il personale (le équipes di salute mentale ed il personale ospedaliero) per sostenere la partecipazione della famiglia al livello locale. Questi riceveranno e forniranno l’addestramento attraverso la psicoeducazione alla famiglia.
6. Il coordinatore sviluppa ed effettua il processo e la formazione di addestramento per il personale di salute mentale coinvolto.

Il programma di Vancouver rappresenta certamente un punto di arrivo di eccellenza nell’erogazione di un servizio sanitario dal quale si evince nuovamente l’imprescindibilità del coinvolgimento dei familiari nel trattamento.

Bibliografia

1. Addigton J., Collins A., McCleery A. & Addigton D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
2. Alpi A., Cocchi A., Meneghelli A., Pafumi A. & Patelli G. (2008). Lavorare con le famiglie negli esordi psicotici: un intervento strutturato per i caregiver. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento B. Psicologia*, 30:3, 62-70.

3. Barrowclough C., Haddock G., Lowens I., Connor A., Pidliswyj J. & Tracey N. (2001). Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low security unit: an exploratory study. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 517-26.
4. Bebbington P. & Kuipers L. (1994) The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-18.
5. Bird V., Premkumar P., Kendall T., Whittington C., Mitchell J. & Kuipers E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197, 350-6.
6. Brown G.W., Birley J.L.T. & Wing J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
7. Brown G.W., Carstairs GM & Topping G.G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *CE*, 685-9.
8. Butzlaff R.L. & Hooley J.M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-52.
9. Cigoli V. (1977). *Modelli di interazione familiare*. Milano: Angeli.
10. Cohen J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-9.
11. Dyck D.G., Short R., Hendryx M., Norell D., Myers M., Patterson T., McDonell M., Voss W. & McFarlane W.R. (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatric Services*, 51, 513-519.
12. Dyck D.G., Hendryx M.S., Short R.A., Voss W.D. & McFarlane W.R. (2002). Service use among consumers with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, 53(6):749-754.
13. Fromm-Reichmann F. (1948). Notes on the Treatment of Schizophrenia by Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychiatry*, 2, 266-267.
14. Haley J. (1971). *Il distacco dalla famiglia*. Roma: Astrolabio, 1983.
15. Haley J. (1980). *Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People*. New York: McGraw-Hill.
16. Hinrichsen G.A. & Pollack S. (1997). Expressed emotion and the course of late-life depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 336-40.
17. Hoharty G.E., Anderson C., Reiss D., Kornblith S., Greenwald D., Ulrich R. & Carter M. (1991). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the altercare treatment of schizophrenia. II Two year effect of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48: 340-347.
18. Hooley J.M. & Hiller J.B. (1998). Expressed Emotion and the pathogenesis of relapse in schizophrenia. In M.F. Lezenweger & R.H. Dworkin (eds.), *Origins and Development of Schizophrenia: Advance in Experimental Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Press, pp. 447-68.
19. Hooley J.M. (1986). Expressed emotion and depression: interaction between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 237-46.
20. Jeppesen P, Petersen L., Thorup A. et al. (2005) Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden – OPUS trial. *British Journal of Psychiatry Special Issue: Early Psychosis: A Bridge to the Future*, 187, s85-9.
21. Leavey G., Gulamhussein S., Papadopoulos C., Johnson-Sabine E., Blizard B. & King M. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological Medicine*, 34, 423-31.
22. Leff J. & Vaughn C. (1985). *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. New York: Guilford Press.
23. Lidz T., Cornelison A.R., Fleck S. & Terry D. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, 241-8.
24. Lidz, T. (1973). *The Origin and Treatment of Schizophrenia*. New York: Basic.

25. Linszen D., Dingemans P., Van der Does J.W., Nugter A., Scholte P., Senior R. & Goldstein M.J. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorder. *Psychological Medicine*, 26: 333-342.
26. Magliano L., Fadden G., Fiorillo A., Malangone C., Sorrentino D., Robinson A. & Maj M. (1999). Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different from other relatives? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99: 10-15.
27. Mari J.R. & Streiner D. (1998). Family intervention for schizophrenia. In: *Schizophrenia Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane collaboration, Oxford.
28. McDonnell M.G., Short R.A., Berry C.M. & Dyck D.G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process*, 42:91-103.
29. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., Snyder K.S. & Mitz J. (1988). Family factor and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-31.
30. Miklowitz D.J. & Stackman D. (1992). Communication deviance in families of schizophrenic and other psychiatric patients: current state of the construct. *Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research*, 15:1-46.
31. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Doane J.A., Nuechterlein K.H., Strachan A.M., Snyder K.S. & Magaña-Amato A. (1989). Is expressed emotion an index of a transactional process? I. Parent's affective style. *Family Process*, 28, 153-67.
32. O'Farrell T.J., Hooley J. Fals-Stewart W. & Cutter H.S.G. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-52.
33. Oliver N. & Kuipers E. (1996). Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 150-9.
34. Palazzoli-Selvini M., Boscolo L. Cecchin G.F. & Prata G. (1978). *Paradox and Counterparadox; A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction*. New York: Jason Aronson.
35. Pourmand D., Kavanagh D.J. & Vaughan K. (2005). Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 473-8.
36. Singer M.T. & Wynne L.C. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. *Archive of General Psychiatry*, 12, 201-12.
37. Tarrier N., Sommerfield C. & Pilgrim H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, 29, 801-11.
38. Thorup A., Petersen L., Jeppesen P., Ohlenschlaeger J., Christensen T., Krarup G., Jorgensen P. & Nordentoft M. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis: result from Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 79, 95-105.
39. van Furth E.F., van Strien D.C., Martina L.M., van Son M.J., Hendrickx J.J. & van Engeland H. (1996). Expressed emotion and the predictor of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 19-31.
40. Wright B., Casswell G., White D. & Partridge I. (2004). Family work in adolescent psychosis: the need for more research. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 61-74.
41. Wynne L.C. & Singer M.T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics: I. A research strategy. *Archive of General Psychiatry*, 9, 191-8.
42. Yung A.R. & McGorry P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22: 353-370.