

Interventi di gruppo ad orientamento CC in pazienti psichiatrici ricoverati in fase di scompenso: effetti sull'aggressività e sulla regolazione delle emozioni

Laura Bernabei, Claudia Murtinu, Roberto Delle Chiaie

Abstract

Il trattamento di presentazioni cliniche differenti dello spettro psicotico all'interno di un reparto psichiatrico per acuzie, richiede un intervento integrato complesso, in cui il trattamento farmacologico è affiancato ad una terapia psicologica. L'obiettivo di questo studio è presentare i risultati di un trattamento di gruppo ad orientamento CC specificamente strutturato per pazienti psichiatrici ricoverati in fase di acuzie.

Di 321 pazienti consecutivamente ricoverati nel reparto psichiatrico per pazienti in fase di acuzie, 121 hanno partecipato allo studio. Sono state valutate l'alessitimia (misurata con la TAS-20) e le strategie di regolazione delle emozioni (misurata con l'ERQ).

62 pazienti hanno partecipato alla terapia di gruppo CC in singola sessione, mentre 59 pazienti hanno rifiutato di partecipare. I pazienti che hanno partecipato al gruppo CC, hanno utilizzato più frequentemente la soppressione espressiva come strategia di regolazione delle emozioni. Inoltre, hanno aumentato il numero dei colloqui psicologici e sono stati sottoposti meno frequentemente a contenzioni fisiche.

Questi risultati suggeriscono che la terapia di gruppo CC mirata alla gestione delle emozioni, è un importante strumento nel trattamento della fase di scompenso delle malattie mentali gravi.

L'utilizzo della soppressione espressiva come strategia di regolazione emotiva può essere funzionale per l'inibizione di reazioni aggressive e comportamenti violenti e anche all'aumento dell'aderenza al trattamento psichiatrico.

Parole chiave: TCC, trattamento di gruppo, regolazione delle emozioni, alessitimia, pazienti psichiatrici ricoverati

Introduzione

Negli ultimi anni le terapie cognitivo-comportamentali (TCC) hanno riscosso sempre più popolarità nella gestione e nel trattamento delle malattie mentali gravi (MMG). Queste tecniche infatti, che inizialmente si erano diffuse come strumenti di terapia dei disturbi d'ansia o depressivi, quanto meno come interventi aggiuntivi alla terapia farmacologica, si sono, più di recente, affermate anche nel trattamento di pazienti affetti da condizioni più gravi riferibili allo spettro psicotico (Falloon et al., 2004).

Il più delle volte si è visto che nel trattamento dei pazienti più gravi farmacoresistenti, quando sono stati aggiunti interventi non farmacologici di questo tipo, si è potuto generalmente osservare un significativo miglioramento delle condizioni del paziente (Lynch et al., 2010).

Le tecniche CC sono considerate, con generale accordo, strumenti molto buoni per ottenere una significativa riduzione dei sintomi e del rischio di recidiva nel trattamento ambulatoriale dei disturbi d'ansia e / o depressione.

Recentemente, sono stati condotti alcuni studi per valutare l'efficacia delle tecniche di TCC, anche nei pazienti psichiatrici più gravi ricoverati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura – SPDC. Queste unità operative, dove sono trattati i disturbi psichiatrici in fase acuta e di scompenso, hanno la funzione primaria della gestione dell'urgenza psichiatrica, comprendente la valutazione, la diagnosi e l'impostazione del trattamento (Veltro F et al., 2008). L'introduzione di interventi CC nell' SPDC rappresenta un'importante integrazione al trattamento farmacologico e rappresenta un nuovo e complesso modello di trattamento per questi pazienti psicotici durante la fase di acuzie della loro malattia psichiatrica (Falloon and Fadden, 1993).

Questi interventi terapeutici, se condotti attraverso la modalità del gruppo e se svolti con continuità, sono da considerarsi un valido strumento di aiuto nella gestione integrata dei pazienti in fase acuta di malattia, poichè facilitano l'accettazione delle cure e del ricovero, aumentando l'aderenza al piano di trattamento e promuovono la partecipazione attiva e responsabile al proprio progetto di terapia (Bazzoni et al, 2001). In particolare, i risultati di studi condotti in pazienti ricoverati in SPDC, hanno confermato l'efficacia di questi interventi di gruppo nel ridurre la sintomatologia psicotica persistente (Veltro F et al., 2005).

Nello specifico, trattamenti di gruppo ad orientamento CC promuovono la partecipazione attiva ed informata del paziente alle attività cliniche, migliorando perciò la gestione del disturbo. Tuttavia, nessuno studio centrato sull'efficacia di trattamenti volti a migliorare le abilità dei pazienti nel riconoscere e modulare le loro emozioni è stato pubblicato in popolazioni di pazienti psichiatrici acuti ricoverati.

Secondo l'opinione di alcuni autori, trattamenti CC di gruppo in pazienti psichiatrici acuti potrebbero contribuire, in modo significativo, alla riduzione di comportamenti aggressivi durante l'ospedalizzazione, accorciando così la durata della loro permanenza in ospedale (van De Bosch, 2014).

In questo lavoro presentiamo i risultati di un trattamento di gruppo ad orientamento CC specificamente strutturato per pazienti psichiatrici ricoverati. Abbiamo applicato un protocollo basato sulla Terapia degli Schemi Emozionali (EST) di Leahy (2009). EST ha l'obiettivo di insegnare come riconoscere e descrivere le proprie emozioni, assumendo che anche le emozioni più difficili e dolorose possano essere processate in modo funzionale.

Questa terapia può aiutare il paziente a capire il rapporto che lega le sue emozioni agli eventi significativi della vita (Leahy, 2002; 2009).

In questo studio, abbiamo cercato di osservare se un intervento di gruppo CC per pazienti psichiatrici ammessi a un reparto per acuti, poteva essere di aiuto nell'aumentare la loro capacità di riconoscere le proprie emozioni (consapevolezza di sé) e modularle correttamente (regolazione).

Ci aspettiamo, da un lato, che l'aumento della capacità di gestione delle emozioni, possa contribuire a ridurre il comportamento aggressivo e il numero di contenzioni fisiche (esito primario) e dall'altro, l'aumento della richiesta di colloqui psicologici da parte dei pazienti (esito secondario).

Metodi

Presentiamo i dati raccolti su pazienti che erano stati ricoverati in un reparto di acuzie per pazienti psichiatrici con diversa presentazione clinica dello spettro psicotico (principalmente mania, schizofrenici, episodi schizo-affettivi). Il campione sperimentale era, inoltre, eterogeneo per quanto riguarda il livello di istruzione, lo status socio-economico, il sesso e l'età dei pazienti. Abbiamo anche osservato differenze importanti nei pazienti in relazione alla loro aderenza al trattamento e alla cooperazione con il trattamento di gruppo CC. La durata della degenza differisce nella durata in base alle esigenze individuali di ogni singolo caso.

Un totale di 321 pazienti sono stati arruolati. Di questi, 83 non hanno completato la valutazione basale e perciò sono stati esclusi dal campione di studio; 75 pazienti hanno restituito questionari non validi (sovrascritti e/o con caselle multiple spuntate); 42 pazienti si sono rifiutati di compilare i questionari. Al termine della valutazione basale, sono stati ottenuti ed elaborati 121 questionari.

I pazienti hanno completato i questionari solamente al primo incontro di gruppo.

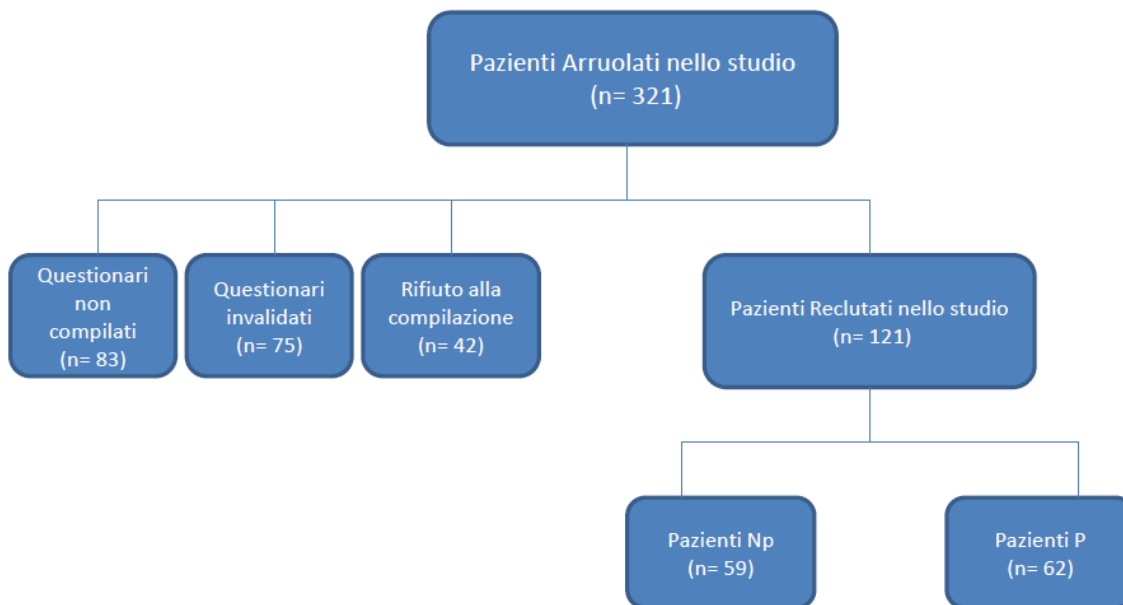
Descrizione del campione

Sono stati reclutati 121 soggetti, di età compresa tra i 18 e i 60 anni ($M=36.22$; $DS=11.78$), con un disturbo mentale grave [schizofrenia ($N=26$), disturbo bipolare tipo I ($N=31$), disturbo bipolare tipo II ($N=9$), disturbo bipolare tipo NAS ($N_a=3$), depressione maggiore ($N=5$), disturbo di personalità ($N=16$), psicosi NAS ($N=13$), disturbo schizo-affettivo ($N=5$), psicosi all'esordio ($N=12$)] (APA, 2013). Tutti i pazienti avevano ricevuto un trattamento farmacologico adeguato con antipsicotici, stabilizzatori dell'umore e benzodiazepine, in differenti combinazioni da paziente a paziente.

Dei complessivi 121 pazienti eleggibili per questo studio, 62 hanno preso parte agli incontri di gruppo e 59 hanno rifiutato. Perciò, abbiamo diviso il campione in due sotto-gruppi di pazienti: i partecipanti (P) e i non-partecipanti (nP) (vedi la Flowchart).

Modalità di reclutamento

Tutti i pazienti ricoverati in reparto sono stati invitati a partecipare al gruppo, indipendentemente dalla diagnosi e dal loro status psicopatologico. Sono stati esclusi solamente i pazienti con comportamento aggressivo. Tutti i soggetti hanno dato il consenso a partecipare allo studio prima del loro arruolamento.



Flow chart. Descrizione del campione

Valutazione

Tutti i pazienti hanno completato una breve batteria psicologica somministrata da una psicologa per valutare il loro funzionamento emotivo.

La valutazione psicopatologica è stata effettuata con la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) versione a 24 item (Overall and Gorham, 1962). L'intervista è stata condotta da medici specificamente formati all'impiego della scala. Per la valutazione del funzionamento emotivo sono stati impiegati due questionari autosomministrati: la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS) (Pasini e Delle Chiaie, 1992) e la *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) (Gross, 2003).

La TAS-20 è una scala auto-somministrata che viene utilizzata per misurare l'alessitimia, un costrutto psicologico che si riferisce alle persone con problemi ad identificare e descrivere le proprie emozioni. Il punteggio della TAS è diviso in 3 sottoscale: 1) difficoltà a descrivere le emozioni (F1); 2) difficoltà nell'identificazione delle emozioni (F2); 3) pensiero orientato all'esterno (F3) (Pasini e Delle Chiaie, 1992).

ERQ è una scala auto-somministrata ed è utilizzata per misurare la tendenza degli intervistati a regolare le proprie emozioni. Si tratta di una scala a 10 item costruita per valutare due strategie di regolazione delle emozioni (ER), la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva (Gross e John, 2003).

Dalle cartelle cliniche di ogni paziente sono stati registrati il numero di colloqui psicologici richiesti dai pazienti e il numero di contenzioni fisiche che sono state effettuate in seguito a episodi di aggressione fisica.

Descrizione dell'intervento di gruppo

Le sedute di gruppo, condotte da una psicologa con formazione CC, si sono svolte due volte alla settimana. Le sedute hanno avuto una durata di un'ora e mezza e sono state seguite anche da una seconda psicologa, osservatrice. Le sessioni di gruppo si sono svolte in una grande sala con sedie disposte in cerchio, in cui i pazienti erano seduti senza alcun ordine particolare.

Ogni seduta di gruppo si è aperta con l'esposizione di semplici regole (Tab 1).

REGOLE DEL GRUPPO

1. Libertà di entrare ed uscire dalla stanza ogni qualvolta lo si ritiene opportuno
2. Rispettare il pensiero dell'altro
3. Alzare la mano per prendere la parola

Tab 1 Regole del gruppo enunciate all'inizio di ogni incontro di gruppo

L'obiettivo principale delle sedute di gruppo era quello di facilitare l'identificazione e la verbalizzazione delle emozioni, soprattutto quelle sperimentate durante il ricovero. Una serie di domande chiave aiuta a ricostruire i processi emotivi, come ad esempio attraverso l'impiego del metodo ABC (Ellis, 1962), contribuendo così a rimodellare le valutazioni e i comportamenti del paziente. I punti chiave che guidano la ricostruzione degli eventi sono i seguenti: 1) la descrizione di come le emozioni si sono manifestate a livello delle percezioni e sensazioni corporee; 2) come i pazienti le hanno gestite o hanno tentato di gestirle nel momento in cui le hanno provate; 3) la descrizione del comportamento che ha accompagnato l'emozione provata; 4) la descrizione dello stato mentale che ha accompagnato l'emozione provata; 5) le strategie alternative per il controllo delle emozioni (Tab 2).

DOMANDE GUIDA

1. **Cosa ho sentito a livello fisico? (tremore, vuoto, calore ecc..)**
 2. **Dove si localizzava maggiormente l'emozione nel mio corpo? (addome, testa, gambe ecc..)**
 3. **Quanto era intensa? (su una scala da 1 a 10)**
 4. **Ho mai provato una cosa simile in passato? (l'ho già sperimentata? La conosco?)**
 5. **Che cosa ho fatto per gestire questa emozione in quel momento?**
 6. **Che cosa sto facendo per gestire questa emozione in questo momento?**
 7. **Che cosa ho pensato in quel momento?**
-

Tab 2. Esempio di domande guida. Sono rivolte ad ogni paziente che intende raccontare la propria esperienza emotiva durante il gruppo

In questo tipo di trattamento di gruppo, i pazienti sono aiutati a raggiungere una più profonda consapevolezza degli stati emotivi che caratterizzano il momento del ricovero, al fine di accettare o gestire in modo più funzionale le emozioni sperimentate come intollerabili.

Lo scopo non è quello di sopprimere le loro esperienze emotive, o di spostare la loro attenzione verso altri stati affettivi, ma di condividere il disagio con gli altri partecipanti alle sessioni di gruppo e di trovare le strategie di coping più funzionali. A tal fine, sono utilizzati alcuni strumenti specifici della Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) (Hayes et al, 1999) e la Terapia degli Schemi Emozionali (EST) (Leahy, 2009).

L'emozione prevalente, che i pazienti descrivono durante le sessioni di gruppo sono stati raccolti da "un registro delle emozioni" (Leahy, 2009) (vedi figura 2). La serenità è stata menzionata raramente. Alcuni pazienti hanno parlato della loro gioia, spesso perché era legata a uno stato di ipomania, o perché il ricovero in ospedale è stato il risultato di una decisione personale, considerata l'unica soluzione possibile ad una condizione di grave disagio. Le emozioni negative sono spesso conseguenza di una condizione di scarsa consapevolezza di malattia.

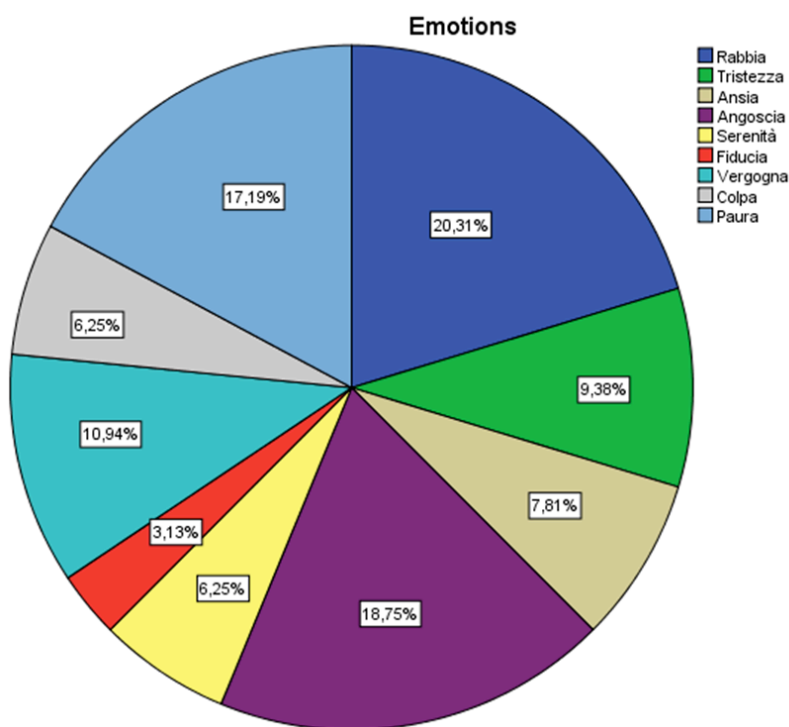


Figura 2 Registro delle emozioni espresse dai pazienti durante gli incontri di gruppo

Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il pacchetto statistico per le Scienze Sociali versione 20.0 (SPSS 20.0) per Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Le variabili demografiche e cliniche sono state confrontate con le statistiche descrittive. I dati sono mostrati come (M) media \pm e (SD) deviazione standard. Le distribuzioni delle misure continue sono state esaminate prima dell'analisi. Il test del chi-quadrato (χ^2) per le variabili categoriche è stato utilizzato per confrontare le frequenze. L'ANOVA between group è stata impiegata per confrontare lo stato psicopatologico nelle diverse diagnosi. L'ANOVA between group è stata impiegata per confrontare la TAS-20 e l'ERQ nella Rivalutazione Cognitiva e nella Soppressione Espressiva. Il T-Student test è stato utilizzato per confrontare i giorni di ricovero in ospedale e il numero di colloqui psicologici. Il test U Mann-Whitney è stato utilizzato per confrontare il numero di contenzioni fisiche.

L'alfa conservativa è stata fissata a $p < .05$ e / o $p < .01$.

Risultati

Sono stati valutati 121 soggetti; l'età media è 37.84 ± 1.05 .

58 soggetti sono uomini (47,9%) e 63 sono donne (52,1%). L'età media per gli uomini è $36.90 \pm 11,41$ anni; per le donne è $38.71 \pm 11,62$ anni.

I pazienti arruolati nella sperimentazione hanno ricevuto le seguenti diagnosi cliniche secondo i criteri del DSM-5: 26 soggetti erano schizofrenici (21,5%); 5 soggetti avevano un disturbo schizo-affettivo (4,1%); 31 soggetti avevano un disturbo bipolare di tipo I (25,6%); 9 soggetti avevano un disturbo bipolare di tipo II (7,4%); 3 soggetti avevano il disturbo bipolare NOS (2,5%); 17 soggetti avevano un disturbo borderline di personalità (14,1%); 5 soggetti avevano un episodio depressivo maggiore (4,1%); 13 soggetti avevano disturbi psicotici NOS (10,7%); 12 soggetti avevano un disturbo bipolare NOS (2,5%); 12 soggetti sono stati classificati "al primo episodio psicotico" (9,9%).

I punteggi BPRS erano significativamente differenti tra le diverse diagnosi poiché il livello di gravità psicopatologica era altamente disomogeneo nei diversi pazienti ($p < .0001$). I punteggi più alti sono stati riportati dai pazienti schizofrenici (58.81 ± 11.6), dai soggetti al primo episodio psicotico (53.25 ± 12.3) e dai pazienti con depressione maggiore (53.20 ± 13.2).

Dei 121 pazienti valutati con la TAS-20, 20 soggetti sono risultati alessitimici (TAS ≥ 61), di conseguenza, sono stati esclusi dalle analisi statistiche (N = 101).

L'ANOVA tra gruppi è stata condotta per testare le differenze nelle abilità di "riconoscimento e descrizione delle emozioni" (TAS-20) tra P e NP.

Il punteggio globale di TAS-20 è significativamente più alto nei pazienti "P" (F = 22,593; $p < .000$). Anche il sotto-punteggio TAS-20 F1 (F = 4.355; $p = .04$); il sotto-punteggio TAS-20 F2 (F = 35,453; $p < .000$) e il sotto-punteggio TAS-20 F3 (F = 10.090; $p < .002$) sono stati trovati significativamente più elevati nei pazienti "P".

Nessuna correlazione è emersa tra TAS-20 e BPRS ($p > 0,05$).

L'ANOVA tra gruppi è stata condotta per testare le differenze nelle strategie di regolazione delle emozioni. Nessuna differenza è emersa tra il sottogruppo P e nP nella rivalutazione cognitiva ($p > 0,05$). Differenze significative sono emerse tra il sottogruppo P e nP alla soppressione espressiva ($F = 10,485$; $p < .002$). Il sottogruppo P ha usato più di frequente la capacità di soppressione espressiva.

È stata inoltre confrontata la durata dell'ospedalizzazione. La durata media del ricovero è stata di $12,0 \pm 8,0$ giorni (per P), e $10,4 \pm 5,2$ giorni (per NP). Queste differenze sono state trovate non significative ($< 0,5$).

Il numero di colloqui psicologici richiesti dai pazienti durante il ricovero è stato: 6.4 ± 5.2 (nel gruppo P) e 4.4 ± 3.5 (nel gruppo NP). La differenza è stata trovata significativa ($t = 2.170$, $p = 0,033$), in quanto i soggetti che hanno partecipato al gruppo CC hanno incrementato il numero dei colloqui psicologici da loro richiesti.

Infine, l'analisi non parametrica è stata eseguita per confrontare il numero di contenzioni fisiche tra pazienti P e nP. Differenze significative sono emerse tra i gruppi ($U = -3,231$; $p = .001$). I soggetti che hanno partecipato al gruppo CC sono stati sottoposti a contenzione fisica con una frequenza inferiore.

Discussione e conclusioni

In questo studio, presentiamo i risultati di una terapia di gruppo CC in un campione di pazienti psichiatrici ricoverati in un reparto di acuzie, e gli effetti di tali incontri sull'utilizzo di due differenti strategie di regolazione emotive.

A differenza di altri studi (Hayes et al, 1996; Thompson, Lewis, e Calkins, 2008; Dalgleish, Yiend, Schweizer, & Dunn, 2009), ma in accordo con Gross (2002), i nostri risultati mostrano che l'utilizzo di strategie di regolazione emotiva è sostanzialmente dipendente dalle differenze personali. Queste sono stabili nel tempo e la loro adattabilità dipende fortemente dal contesto.

Le strategie RE, devono infatti essere considerate come competenze adattative del soggetto, legate ad una situazione-problema, che il soggetto vive in un dato momento. Gross (2002) ha riportato che i soggetti che sono inclini a sopprimere le emozioni possono provare un numero maggiore di sentimenti negativi rispetto ai positivi ma, allo stesso tempo, la soppressione delle emozioni può risultare un metodo di coping adattivo per ridurre l'impatto psicologico causato dall'interazione con gravi stress ambientali.

I pazienti ricoverati in reparti psichiatrici per acuzie riportano, come una delle emozioni più frequentemente provata, la rabbia. In questi casi, l'uso di una strategia di RE come la soppressione espressiva, può essere funzionale per inibire reazioni aggressive e comportamenti violenti.

Alcuni studi precedenti hanno riportato che l'alessitimia può essere associata alla gravità dei sintomi e della psicosi e che, di conseguenza, una grave psicopatologia può influenzare l'alessitimia (Bach et al, 1995; De Rick, Vanheule, 2006).

I nostri risultati sono coerenti con questo modello. In effetti, i risultati del nostro studio hanno dimostrato che, con l'aumentare della gravità della psicopatologia (BPRS punteggio totale) anche il punteggio TAS-totale aumenta. Ciò conferma la

possibilità che le "reazioni Alessitimiche" siano dipendenti dallo stato e possano verificarsi in condizioni di notevole disregolazione emozionale.

Questo meccanismo può avere un ruolo protettivo, come precedentemente descritto da alcuni autori (Taylor, Bagby, 2000; Pasini, Delle Chiaie, 1992).

Infine, per quanto riguarda l'esito clinico, il nostro risultato sottolinea che una terapia di gruppo CC focalizzata sulla gestione delle emozioni può contribuire a promuovere alcune importanti modifiche durante il periodo di ricovero in ospedale (ad esempio, aumentando il numero di colloqui psicologici richiesti dai pazienti e la riduzione del numero di contenzioni fisiche).

Questi dati sembrano indicare la possibilità che i pazienti psicotici in fase di scompenso, che prendono parte ad una terapia di gruppo CC durante il loro soggiorno in un reparto psichiatrico, possono aumentare le proprie competenze nella gestione delle loro emozioni, migliorando la loro aderenza al trattamento e riducendo la rabbia.

Bibliografia

APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. DSM-5*. APP, Washington DC 2013.

Bach, M., Bach, D. (1995). *Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients*. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 64, 43-8.

Bazzoni, A., Morosini, P., Polidori, G., Rosicarelli, M.L., Fowler, D. La terapia cognitivo comportamentale (TCC) di gruppo nella routine di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). *Epidemiol Psichiatri Soc* 2001, 10:27-36. 11.

De Rick, A., Vanheule, S. (2006). The Relationship between Perceived Parenting, Adult Attachment Style and Alexithymia in Alcoholic Inpatients. *Addictive Behaviors*, 31, 1265-1270.

Dosa, M., Cavicchio, A. *Gruppi per il miglioramento dell'atmosfera in reparto e la diminuzione di comportamenti aggressivi*. Abstract Book, 2010; 87.

Ellis, A., Maclaren, C. (1998). *Rational emotive behavior therapy: A Therapist's guide*. San Luis Obispo, CA.

Falloon, I., Fadden, G., *Integrated mental health care*. Cambridge University Press, Cambridge 1993.

Falloon, I., Montero, I., Sungu, M., et al, (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*, June 3:2.

Fowler, D, Garety, P, Kuipers, E. *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi*. Milano: Masson, 1998.

Gross, J.J. (1998). Antecedent-and-response focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Gross, J.J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*.

- Gross, J.J., John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Haddock, G., Tarrie, N., Morrison, A.P., 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.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press
- Hayes, S.C., Strosalch, K.D. (2004). *A practical guide to Acceptance and commitment therapy*. Springer, New York.
- Lehay, R. L. *Resistance: an Emotional Schema Therapy (EST) approach*. In Simos G.: *Cognitive behavior therapy: a guide for the practicing clinician*, London 2002: Routledge.
- Lehay, R. L. *La regolazione delle emozioni in psicoterapia. Guida pratica per il professionista*. Eclipsi 2009.
- Lynch, D., Laws, K.R., McKenna, P.J. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 2010; 40: 9-24.
- Massaro, C.R.M., Matrella, L., Petito, A., et al. Efficacia di un intervento psicoeducativo di gruppo a orientamento cognitivo-comportamentale applicato a pazienti in fase acuta. *Psichiatria e Psicoterapia*, 2007; 26: 1-11.
- Overall, J. E., Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799-812.
- Pasini, A., Delle Chiaie, R., Seripa, S., Ciani, N. (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Compr Psychiatry* 33: 42-46.
- Taylor, J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 32, 153-64
- Thompson RA, Lewis MD, Calkins SD (2008). *Reassessing emotion regulation*. *Child Development Perspectives* 2(3), 124-131.
- Trapp, W., Engel, S., Hajak, G., Lautenbacher, S., Gallhofer, B. (2016). Cognitive remediation for depressed inpatients: results of a pilot randomized controlled trial. *Aust NZ J Psychiatry*, Jan;50(1):46-55.
- van De Bosch, L.M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., van Furth, E.F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trial* May 1;15:152.
- Veltro, F., Vendittelli, N., Oricchio, I., et al. (2008). Effectiveness and efficiency of cognitive-behavioral group therapy for inpatients: 4 year follow-up study. *J Psychiat Pract* 14: 281-8.
- Veltro, F., Cuccaro, A., Vendittelli, N., et al. (2005). Valutazione di efficacia dell'intervento strutturato cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati. *Riv Psichiatr*, 6: 353-9.

Vendittelli, N., Veltro, F., Oricchio, I. (2003). *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Note sugli autori

Laura Bernabei: Riabilitatore Psichiatrico, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-comportamentale in formazione. PhD Neuroscienze Clinico-Sperimentali e Psichiatria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, SPDC Policlinico Umberto I.

Claudia Murtinu: Psicologa, SPDC Policlinico Umberto I, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma.

Roberto Delle Chiaie: Medico Psichiatra Psicoterapeuta, Professore Associato, SPDC Policlinico Umberto I, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma.

e-mail: bernabeilau@gmail.com