

## La psicoeducazione nel Disturbo Bipolare: l'esperienza di Colleferro

Teresa Fera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma

### *Riassunto*

Il Disturbo Bipolare è una delle patologie gravi più frequenti, per la quale si è reso necessario strutturare un trattamento organizzato e modulare, in linea con evidenze scientifiche di provata efficacia.

Rispetto al passato, oggi si guarda al Disturbo Bipolare con un'attenzione diversa: non ci si limita più a considerare esclusivamente il lato biologico della malattia, ma si sottolinea l'importanza di un'attenta educazione del paziente e della sua famiglia, al fine di migliorare non solo la conoscenza del disturbo, ma anche le strategie necessarie per riconoscere e fronteggiare in maniera adeguata le diverse fasi della malattia.

Diversi studi (Vieta, 2009; Miklovitz, 2004) hanno mostrato come la psicoeducazione nel Disturbo Bipolare migliori il decorso clinico, il che si traduce in una riduzione del numero dei ricoveri e delle ricadute. Inoltre, migliora la qualità assistenziale percepita dal paziente, elemento che a sua volta incide in senso positivo sull'alleanza terapeutica e sull'aderenza farmacologica.

Nel presente lavoro, saranno presentate le esperienze ed i risultati di tre gruppi psicoeducazionali effettuati presso il CSM di Colleferro.

### *Summary*

Bipolar disorder is one of the most common severe disease, for which it was necessary to structure an organized and modular treatment, in line with evidence of proven effectiveness.

Compared to the past, we look at a different focus with Bipolar Disorder: no longer limited to only considering the biological side of the disease, but emphasizing the importance of a careful patient and his family education, in order to improve not only the knowledge of the disorder, but also the strategies needed to recognize and appropriately respond to different stages of the disease.

Several studies (Vieta, 2009; Miklovitz, 2004) indicated that psychoeducation in bipolar disorder betters clinical outcome, resulting in a reduction in the number of hospitalizations and relapses. Moreover, the quality of care perceived by patients is also improved, a factor that in turn positively impacts on the alliance and therapeutic drug adherence.

In this paper, the experiences and results of three psychoeducational groups conducted at the CSM of Colleferro will be presented.

## **Il Disturbo Bipolare**

Teresa Fera, La psicoeducazione nel Disturbo Bipolare, *N. 9*, 2012, pp. 28-46.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiin-formazione.it](http://www.psicoterapeutiin-formazione.it)

Il Disturbo Bipolare, anche definito come psicosi maniaco depressiva, è un disturbo del tono dell'umore, caratterizzato da un'oscillazione dello stesso tra due polarità: una maniacale ed una depressiva. Tali polarità si presentano in modo alternato, con una frequenza variabile da persona a persona. Quando, invece, l'umore transita in modo non definitivo da uno stato all'altro (cioè non è completamente depresso né completamente in mania), si parla di stato misto.

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), è possibile distinguere tre sottotipi clinici dello spettro bipolare (tipo I, tipo II, Ciclotimia), la discriminazione fra i quali avviene sostanzialmente sulla base del decorso e della connotazione sintomatologica delle fasi affettive intercorrenti (od anamnesticamente raccolte).

Nello specifico:

- Il Disturbo Bipolare di tipo I è caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi maniacali o misti (copresenza di sintomi maniacali e depressivi per almeno una settimana). Nella maggior parte dei casi, gli episodi maniacali o misti sono alternati ad uno o più episodi depressivi, anche se questi non sono necessari alla formulazione della diagnosi.
- Il Disturbo Bipolare di tipo II mostra un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di almeno un Episodio Depressivo Maggiore, intervallato da uno o più Episodi Ipomaniacali.
- Il Disturbo Ciclotimico è connotato dallo sviluppo di svariati episodi ipomaniacali, alternati a periodi caratterizzati dalla presenza di sintomi depressivi, che tuttavia non sono sufficienti per porre diagnosi di Depressione Maggiore.

A volte, gli episodi severi di mania o di depressione includono i sintomi psicotici. Tra questi, i più comuni sono le allucinazioni (es. udire delle voci che nessuno sente, sentire degli odori che nessuno sente) e i deliri. I sintomi psicotici, nel disturbo bipolare, tendono a riflettere la fase dell'umore. Per esempio, i deliri di grandezza (es. credere di essere un personaggio importante), possono verificarsi durante la mania, così come i deliri di colpa (es. credere di essere rovinato e di aver commesso un crimine terribile), possono comparire durante la depressione.

### **Le cause del Disturbo Bipolare**

Gran parte della comunità scientifica è concorde per un'ipotesi multifattoriale nella genesi della malattia.

Il disturbo bipolare è più frequente nelle famiglie al cui interno, alcuni dei membri, presentano la malattia o tratti di essa. Questo segnala l'importanza dei fattori genetici, su cui però non si ha ancora una risposta definitiva. I geni aumentano la possibilità di sviluppare la malattia, ma non la generano in maniera diretta. Studi su gemelli indicano che, se uno dei due gemelli è malato, l'altro ha 6 volte in più la probabilità di sviluppare la malattia. Essere predisposti, però, non significa

necessariamente ammalarsi: la malattia si manifesta solo se subentrano anche fattori ambientali, come stress fisici e psicologici.

### **Incidenza del disturbo**

Secondo le stime più recenti, in Italia oltre 1 milione di persone è affetto da questa malattia. Il disturbo bipolare compare quasi sempre nelle persone giovani: il picco di comparsa va dall'adolescenza fino alla prima giovinezza, con un'età media di insorgenza intorno ai 21 anni. Spesso, l'esordio avviene in concomitanza a un evento stressante, ma gli episodi successivi possono comparire in qualunque momento.

Il disturbo bipolare rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica, sia per la sua prevalenza (oltre l'1% della popolazione generale per il solo disturbo bipolare I), sia per gli elevati livelli di comorbidità, cronicità e disabilità associati a questa condizione clinica, sia per le rilevanti difficoltà connesse al trattamento di questo disturbo, che, nella maggior parte dei casi, va esteso all'intero arco di vita della persona affetta.

In base a tali considerazioni, nella cura del Disturbo Bipolare si rende necessaria la strutturazione di un trattamento organizzato e modulare, in linea con evidenze scientifiche di provata efficacia.

### **La psicoeducazione**

La psicoeducazione è un'attività socio-sanitaria complessa, che consiste nell'espone in modo chiaro, semplice, didattico, possibilmente interattivo, e, soprattutto, concretamente utile, le informazioni e le istruzioni per prevenire ed affrontare appropriatamente disturbi mentali e disagi di natura psicologica ed interpersonale.

Alla base dell'approccio psicoeducazionale vi è il concetto di *copying* (dall'inglese *to cope*: fronteggiare, affrontare). Si ritiene, infatti, che molti problemi siano peggiorati da modalità inadeguate di fronteggiamento. Nello specifico, una scarsa conoscenza del problema genera comportamenti inadeguati che, invece di migliorare il problema, lo rendono ancora più grave, determinando l'instaurarsi di circoli viziosi, dagli esiti spesso infausti.

Storicamente, il modello psicoeducazionale nasce come intervento rivolto alle famiglie di pazienti psichiatrici. Nasce dalla constatazione di come, di fatto, i familiari siano i più diretti interessati nella cura del paziente, essendo coloro che spendono la maggior parte del tempo in sua compagnia. Purtroppo, troppo spesso, sono logorati dalle richieste e dalle esigenze del paziente, e tendono a mettere in atto modalità espulsive di comportamento, assolutamente inefficaci quando non controproducenti.

L'idea di base è che, se opportunamente stimolati ed educati, i familiari potrebbero non solo imparare a ridurre lo stress presente all'interno della famiglia, ma diventare una preziosa fonte di informazioni sulle tecniche più utili da adottare per fronteggiare i problemi specifici di quel particolare paziente.

Numerosi studi hanno dimostrato che gli interventi psicoeducativi rivolti ai pazienti con disturbi mentali gravi ed ai loro familiari, possono ridurre il numero di ricadute, migliorare l'aderenza ai trattamenti farmacologici, aiutare i pazienti e i familiari a riconoscere tempestivamente i segni iniziali di crisi, e migliorare la comunicazione all'interno del nucleo familiare.

Uno studio longitudinale, ha mostrato come i pazienti deistituzionalizzati che tornavano a vivere con le famiglie, mostravano una maggiore incidenza di ricadute rispetto a quelli che usufruivano di situazioni alloggiative alternative (Brown e Ring, 1970). Questo dimostra come l'assetto emotivo familiare sia determinante, e per il numero e per la gravità delle ricadute.

Un altro studio ha mostrato come, attraverso sessioni educative, training sulla comunicazione, acquisizione di conoscenze, di abilità di copying e di problem solving, sia possibile ridurre e talvolta eliminare le ricadute psicotiche (Lieberman DB, Lieberman RP, 2003).

La psicoeducazione rappresenta pertanto una componente fondamentale all'interno di qualsiasi progetto di prevenzione, sostegno, aiuto, assistenza, e/o trattamento.

Inoltre, è molto ben accettata e richiesta dagli utenti, per la sua utilità e per l'adesione ai concreti problemi quotidiani che si incontrano soffrendo di uno specifico problema o disturbo.

La psicoeducazione si è dimostrata efficace nel trattamento di un gran numero di disturbi e problemi. Studi di efficacia sono stati condotti in merito a diversi disturbi psichiatrici, quali attacchi di panico, disturbi alimentari, schizofrenia, disturbo bipolare (Dunbar 2009; Mueser 2009; Vieta 2009; Stein 2009). Ma, anche, nella cura delle dipendenze, delle neoplasie, del diabete, dei disturbi cardiovascolari e nei pazienti con patologie croniche ed invalidanti, come ad esempio la sclerosi multipla (Holland 2006; Adkins 2006; McGillon 2004; Mandel 1986).

Occorre sottolineare come la psicoeducazione non rappresenti un'alternativa alla terapia cognitivo comportamentale, così come ad altre forme di psicoterapia, bensì vada considerata un precursore e catalizzatore di successive strategie di trattamento, farmacologico, psicoterapico e psicosociale (Bauml et al, 2006).

Attualmente, le principali linee-guida internazionali sottolineano la necessità di fornire questi interventi ai pazienti affetti da disturbo bipolare di tipo I e ai loro familiari.

### **La psicoeducazione nel Disturbo Bipolare**

Nella seconda metà del 20° secolo, l'introduzione del carbonato di litio nella cura dell'eccitamento psicotico, oltre che la diffusione dei dati sull'ereditarietà della patologia bipolare, aveva portato ricercatori e clinici a considerare il disturbo bipolare come una patologia prettamente biologica, da trattare con la sola terapia farmacologica. Inoltre, si diffusero le erronee convinzioni che i pazienti affetti da questa patologia raggiungessero una remissione completa dopo gli episodi depressivi e maniacali, rimanendo asintomatici tra un episodio e l'altro, senza che ciò comportasse un declino funzionale.

La psicoterapia sembrava superflua, ed è stata a lungo trascurata come possibile opzione terapeutica.

È solo dalla metà degli anni '80 che cominciano ad apparire in letteratura i primi dati, che suggeriscono come l'outcome di pazienti trattati con la sola terapia farmacologica sia tutt'altro che ottimale: in un periodo di osservazione di 2-3 anni, il solo trattamento farmacologico non si rivela efficace nel prevenire le ricadute in più della metà dei pazienti trattati, e un importante percentuale di pazienti manifesta sintomi residui rilevanti tra un episodio e l'altro. Ancora, l'efficacia delle terapie farmacologiche appare limitata dalla scarsa compliance, ed il funzionamento globale dei pazienti rimane ridotto anche in presenza di una completa risoluzione sindromica degli episodi.

Queste evidenze hanno cambiato l'approccio alla cura dei disturbi bipolari, con il passaggio da un trattamento esclusivamente farmacologico ad un trattamento integrato.

Rispetto al passato, oggi si guarda al disturbo bipolare con un'attenzione diversa: non ci si limita più a considerare esclusivamente il lato biologico della malattia, ma si sottolinea l'importanza di un'attenta educazione del paziente e della sua famiglia, al fine di migliorare non solo la conoscenza del disturbo, ma anche le strategie necessarie per riconoscere e fronteggiare in maniera adeguata le diverse fasi della malattia.

Nel 1999 il gruppo di Richard Morris, in Gran Bretagna, ha portato a termine quello che può essere considerato il primo studio randomizzato controllato sull'efficacia dell'intervento psicoeducativo, per la prevenzione delle ricadute del disturbo bipolare.

In questo studio, 69 pazienti bipolari, che avevano presentato una ricaduta nei 12 mesi precedenti, sono stati randomizzati a ricevere o il solo trattamento di routine (quindi farmacologico, monitoraggio dell'umore e dell'adesione alla terapia, supporto medico psicologico ed educazione sul disturbo bipolare), o il trattamento di routine associato all'intervento psicoeducativo, strutturato in 7-12 sedute individuali volte ad addestrare il paziente al riconoscimento dei sintomi prodromici delle ricadute maniacali e depressive, e ad elaborare un piano d'azione una volta che i prodromi si fossero manifestati. Durante il follow-up di 18 mesi, il gruppo che ha seguito il training per il

riconoscimento precoce delle ricadute, ha mostrato un incremento significativo dell'intervallo di tempo libero da ricadute in mania (65 settimane verso 17), ed una riduzione del 30% del numero degli episodi maniacali.

Colom et al, hanno valutato gli effetti della psicoeducazione di gruppo nel prevenire le ricadute nei disturbi bipolari di tipo I e II. Nel loro studio, 120 pazienti in remissione di almeno sei mesi prima dell'arruolamento, che stavano assumendo un trattamento farmacologico standard, sono stati assegnati, con criterio randomizzato, alla psicoeducazione di gruppo o a sedute di gruppo non strutturate: i risultati hanno mostrato, in maniera significativa, come la psicoeducazione ha ridotto le ricadute durante il follow-up di due anni.

Inoltre, tali risultati sono stati replicati in uno studio più ridotto, che ha coinvolto 50 pazienti con un'ottima aderenza al trattamento, suggerendo come l'effetto della psicoeducazione vada oltre quello della compliance.

Questi ed altri studi, suggeriscono i vantaggi clinici dell'aggiunta della psicoterapia al regime di trattamento, in pazienti che stanno già assumendo la terapia farmacologica a base di stabilizzanti dell'umore.

Ancora, nello specifico del disturbo bipolare, diversi studi hanno dimostrato come la psicoeducazione determini una migliore qualità assistenziale percepita, il che si traduce non solo in una maggiore alleanza terapeutica, ma anche in una maggiore aderenza farmacologica; ciò è possibile in quanto il paziente non è più un passivo usufruttore di cure, ma diventa parte attiva del trattamento stesso.

Inoltre, migliora il decorso clinico, il che determina, a sua volta, una riduzione nel numero di ricoveri e delle ricadute.

Oltre a ciò, la psicoeducazione va ad agire sul vissuto di non comprensione del paziente: spesso chi ne è affetto non comprende cosa gli stia accadendo, non si sente compreso dagli altri e non sa cosa aspettarsi dal futuro. Tutto questo non può che tradursi in una frustrante incapacità di pianificare la propria vita: è proprio attraverso un'azione su tali livelli, che la psicoeducazione incide verso una migliore qualità di vita ed un maggiore benessere psicologico.

Sulle basi di queste considerazioni, saranno presentate le esperienze ed i risultati di tre gruppi psicoeducazionali, effettuati presso il Csm di Colleferro.

### **L'esperienza di Colleferro**

La psicoeducazione può essere condotta in molti modi diversi: sessioni individuali con un terapeuta, sessioni mirate specificatamente ai care-givers e ai familiari, sessioni di gruppo cui partecipano persone affette dal disturbo bipolare.

Rispetto ad un approccio psicoeducazionale di tipo individuale, un contesto grupppale offre notevoli vantaggi:

- permette l'effetto di modellamento, consentendo ai pazienti di imparare l'uno dagli errori dell'altro, oltre che di apprendere tecniche efficaci nella gestione delle difficoltà;
- facilita l'aiuto reciproco;
- riduce lo stigma sociale, che troppo spesso affligge questi pazienti;
- facilita la coscienza di malattia;
- aumenta la rete sociale, spesso deficitaria in chi è affetto da tale disturbo;
- ha un costo minore, sia per il paziente stesso, da un punto di vista economico, sia per il terapeuta, in termini di tempo, in quanto consente di erogare un trattamento efficace a più persone contemporaneamente.

Dopo aver esaminato in maniera approfondita la letteratura disponibile in materia, il passo successivo è stato quello della scelta di un modello teorico di riferimento, un modello che fosse in grado di soddisfare due criteri fondamentali, ossia quello dell'efficacia dimostrata e quello dell'applicabilità.

Sulla base di tali considerazioni, la scelta è ricaduta sul modello proposto da Colom e Vieta. Tale modello, tuttavia, nasce all'interno di un ospedale universitario: pertanto, si sono rese necessarie alcune modifiche per una maggiore adattabilità al contesto in oggetto.

Successivamente, si è proceduto alla strutturazione ed alla formazione di un'equipe multidisciplinare, composta da uno psichiatra, 2 infermieri e 2 psicologi.

Infine, si è passati al reclutamento dei pazienti, scelti in relazione ai seguenti criteri:

- In un numero compreso tra 8 e 12;
- Fase eutimica da almeno 6 mesi;
- Età compresa tra 18 e 55 anni;
- Senza distinzione tra Bipolare I e II.

#### *Obiettivi*

I meccanismi di azione della psicoeducazione possono essere suddivisi in tre livelli:

##### Obiettivi di primo livello:

- Coscienza di malattia;
- Detenzione precoce sintomi prodromici;
- Aderenza al trattamento.

##### Obiettivi di secondo livello:

- Gestione dello stress;
- Evitare l'uso e l'abuso di sostanze;
- Raggiungere una regolarità nello stile di vita;
- Prevenire la condotta suicida.

Obiettivi desiderati:

- Incrementare la conoscenza ed il fronteggiamento delle conseguenze psicosociali degli episodi passati e futuri;
- Migliorare l'attività sociale e interpersonale tra gli episodi;
- Fronteggiamento dei sintomi residui sub-sindromici e del deterioramento;
- Incrementare il benessere e migliorare la qualità di vita.

*Programma*

Nonostante fosse disponibile un programma di durata minore, proposto dagli stessi autori, è stato scelto di utilizzare il programma completo, della durata di sei mesi.

Tale scelta ha presentato sicuramente degli svantaggi.

In primo luogo, la presenza di un più elevato tasso di abbandono (stimato intorno al 25% circa), fisiologico ed inevitabile in un percorso di lunga durata. Non esistono fattori in grado di prevedere tale variabile, anche se pazienti in doppia diagnosi, o che fanno uso di sostanze, sembrano mostrare una maggiore probabilità di drop-out.

In secondo luogo, un programma più lungo ha inevitabilmente un costo più elevato. Tuttavia, tale aspetto viene controbilanciato dalla riduzione delle spese sanitarie sostenute per far fronte ad eventuali ulteriori ricoveri e ricadute.

Nonostante gli aspetti sopra elencati, sulla base delle nostre considerazioni, i vantaggi sono di gran lunga superiori. Un programma più lungo consente di trattare in maniera esaustiva tutti gli argomenti; inoltre, facilita una maggiore partecipazione e coesione all'interno del gruppo, oltre che, come già detto, favorire l'effetto di modellamento.

Il programma psicoeducativo, come da modello, è stato articolato all'interno di 21 sessioni, ciascuna effettuata con cadenza settimanale.

Ogni sessione, della durata di 90 minuti, segue al suo interno sempre il medesimo schema: i primi 20 minuti sono dedicati ad una conversazione informale, finalizzata alla creazione di un clima di agio e, quando richiesto, ad eventuali chiarimenti in relazione alle tematiche affrontate nelle sessioni precedenti. Nei 40 minuti centrali viene affrontata la lezione sul tema specifico, come previsto da programma; nei restanti 30 minuti, viene effettuata una discussione aperta sui temi



affrontati, incoraggiando l'espressione di eventuali vissuti personali sintonici rispetto agli argomenti trattati.

A loro volta, le sessioni sono raggruppate all'interno di 5 blocchi, o aree tematiche, ciascuna delle quali si pone obiettivi specifici, che possiamo schematizzare nel modo seguente:

Blocco1: Coscienza di malattia

- Sessione 2. Cos'è la malattia bipolare?
- Sessione 3. Fattori eziologici e scatenanti
- Sessione 4. Sintomi: Mania e Ipomania
- Sessione 5. Sintomi: Depressione ed episodi misti
- Sessione 6. Decorso e prognosi

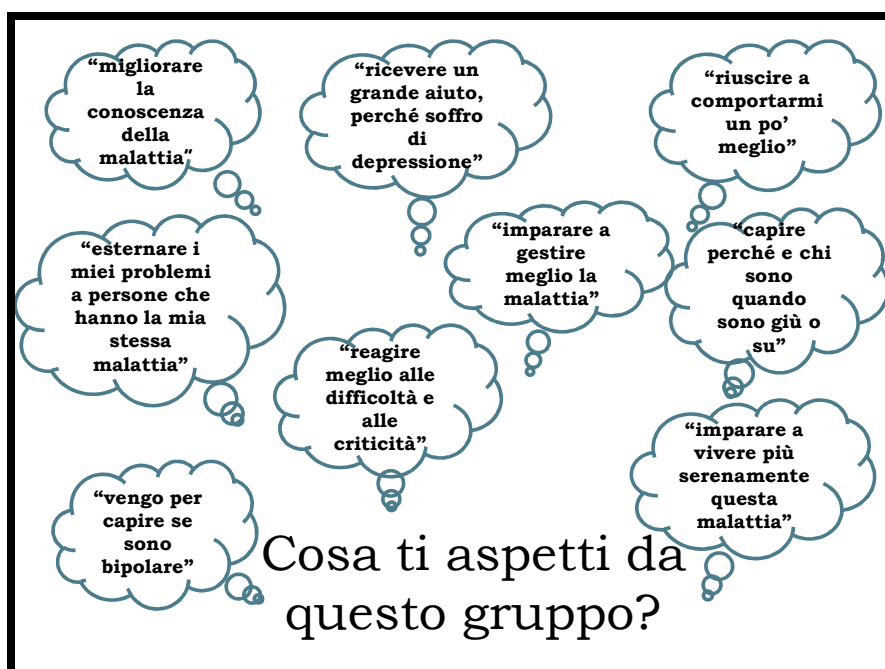


Figura1: Aspettative del gruppo

La prima sessione è finalizzata ad entrare in contatto con il gruppo.

Avviene la presentazione dei terapeuti e dei partecipanti, del programma e degli obiettivi prefissati. Inoltre, vengono elencate le regole, il rispetto delle quali è fondamentale per la buona riuscita del gruppo stesso (riservatezza, presenza, puntualità, rispetto, partecipazione).

Si è rivelata utile e d'impatto la scelta di trascrivere, su di un tabellone, quelle che erano le aspettative di ognuno in relazione alla partecipazione al gruppo: tale tabellone, riportato nella figura 1, ha rappresentato una sorta di guida per tutta la durata del gruppo, aiutando i pazienti a non perdere mai di vista gli obiettivi e, nel contempo, a mantenere i terapeuti sulla giusta rotta.

Successivamente, si entra nel vivo del programma psicoeducazionale.

L'obiettivo del Blocco 1 è quello di far acquisire coscienza e consapevolezza di malattia.

Viene spiegato minuziosamente che cos'è il disturbo bipolare, ponendo particolare enfasi sul carattere biologico del disturbo, ed insegnando a distinguere quelli che sono i fattori causali da quelli scatenanti: questo aiuta i pazienti a vincere il senso di colpa che spesso vivono in relazione al loro disturbo: “*se non avessi bevuto troppo*”.. “*se avessi gestito meglio quella situazione..*”. Sapere che bere un bicchiere di troppo, piuttosto che una situazione stressante gestita male non causano il disturbo, avendo questo un carattere biologico, ma semmai ne determinano il manifestarsi, aiuta il paziente ad assumere un atteggiamento di responsabilità verso la malattia.

Ancora, sono dettagliatamente descritti gli episodi (ipo)maniacali, quelli depressivi e la loro sintomatologia.

Particolare attenzione va posta nell'affrontare la sesta sessione, inerente il decorso: è un disturbo cronico, dalla prognosi lifetime, ma questo non vuol dire che non sia curabile, e che sia da ostacolo ad una vita normale.

#### Blocco 2: Aderenza farmacologica

- Sessione 7. Trattamento: stabilizzanti del tono dell'umore
- Sessione 8. Trattamento: antimaniacali
- Sessione 9. Trattamento: antidepressivi
- Sessione 10. Livelli plasmatici: litio, carbamazepina e valproato
- Sessione 11. Gravidanza e consulenza genetica
- Sessione 12. Psicofarmacologia vs terapie alternative
- Sessione 13. Rischi associati all'interruzione del trattamento

Il blocco 2 è finalizzato ad incoraggiare una maggiore compliance nell'aderenza alla terapia farmacologica, attraverso un'approfondita conoscenza della stessa.

Tali sessioni è preferibile che vengano tenute dallo psichiatra.

Vengono descritte nel dettaglio le diverse tipologie di farmaci (eutimizzanti, antimaniacali ed antidepressivi), analizzando per ognuna vantaggi ed effetti collaterali, e sottolineando l'importanza di effettuare esami periodici per la determinazione dei livelli serici di farmaco nel sangue.

Si affronta la delicata relazione tra psicofarmaci e gravidanza, chiarendo come un paziente bipolare possa diventare genitore, a patto che tale scelta venga concordata e pianificata per tempo con il medico di riferimento.

Viene incoraggiato l'uso di terapie alternative (yoga, meditazione), sottolineando come queste possano affiancare una terapia farmacologica, ma mai sostituirla.

Infine, vengono enfatizzati i possibili rischi associati all'abbandono non pianificato del trattamento farmacologico.

Blocco 3: Evitamento dell'abuso di sostanze

- Sessione 14. Sostanze psicoattive: rischi nella malattia bipolare

Tale blocco è finalizzato a scoraggiare i pazienti dall'uso e dall'abuso di sostanze psicoattive, sottolineando i rischi connessi all'assunzione di tali sostanze.

Quando si parla di sostanze psicoattive, i pazienti generalmente pensano ad alcol e droghe: pochi sanno che anche un tea, o un caffè, possono avere effetti disastrosi.

Blocco 4: Individuazione precoce dei nuovi episodi

- Sessione 15. Individuazione precoce degli episodi maniacali e ipomaniacali
- Sessione 16. Individuazione precoce degli episodi depressivi e misti
- Sessione 17. Che fare quando viene identificata una nuova fase?

L'obiettivo di tale blocco è di insegnare ai pazienti ad identificare in maniera tempestiva quelli che sono i prodromi di una ricaduta.

In base alla propria personale storia di vita, ogni paziente elabora una lista personalizzata di quelli che possono essere i propri prodromi.

Successivamente, vengono insegnate tecniche e strategie da utilizzare nelle fasi di scompenso, considerando le risorse personali e di contesto che ogni paziente ha a disposizione.

Blocco 5: Regolarità dello stile di vita e gestione dello stress

- Sessione 18. Regolarità dello stile di vita
- Sessione 19. Tecniche per il controllo dello stress
- Sessione 20. Strategie di soluzione di problemi
- Sessione 21. Chiusura

Il blocco 5 sottolinea l'importanza di uno stile di vita sano e regolare.

In particolare, rappresentando lo stress, nelle sue molteplici forme, uno dei più diffusi fattori scatenanti, vengono insegnate delle tecniche specifiche per la gestione dello stesso.

L'ultima sessione è dedicata alla chiusura del gruppo.

Viene effettuata una valutazione costi-benefici della partecipazione al gruppo, discutendo su come questa esperienza abbia, o meno, modificato il comportamento o il modo di pensare in relazione ad alcune tematiche.

**Difficoltà incontrate**

L'implementazione e la gestione di un gruppo psicoeducazionale, all'interno di un contesto quale un centro di salute mentale, ha presentato non poche difficoltà.

In primo luogo vanno considerati gli aspetti logistici: la reperibilità di un luogo idoneo allo svolgimento del gruppo, di un orario che potesse andar bene per tutti (pazienti ed operatori), oltre che la disponibilità del personale necessario, che garantisse la sua presenza in maniera continuativa, non sono state imprese facili.

Un contesto come un CSM è costantemente travolto da richieste continue, urgenze, impellenze di varia natura che, inevitabilmente, interferiscono con la creazione di uno spazio fisico e mentale idoneo allo svolgimento di tali attività.

Un'altra problematica incontrata ha riguardato l'assenza di una cultura condivisa. Soprattutto all'inizio, non tutti gli operatori erano convinti della reale utilità ed efficacia di tale protocollo; un po' per le inevitabili resistenze che le nuove idee incontrano prima di essere accettate e condivise, un po' per la credenza diffusa che la psicoeducazione potesse essere fatta all'interno dei colloqui individuali, senza che fosse necessaria l'implementazione di gruppi ad hoc. Tale iniziale diffidenza si è tradotta in una notevole difficoltà nel reclutamento dei pazienti, difficoltà che, tuttavia, si è estinta dopo la creazione del primo gruppo, grazie anche ai risultati ottenuti.

Ulteriori difficoltà sono emerse in relazione ai contenuti stessi delle sessioni, troppo spesso risultati poco accessibili ai pazienti. È stato necessario riscrivere gran parte del materiale e riformulare alcuni degli argomenti teorici trattati, nell'ottica della creazione di un linguaggio comune e condiviso, che risultasse di agevole comprensione.

Sempre in relazione ai contenuti, molti degli argomenti trattati hanno suscitato nei pazienti reazioni inaspettate, andando ad agire in maniera diretta sulla loro elevata suggestionabilità. Ad esempio, la sessione inerente l'ereditarietà del disturbo, ha inevitabilmente prodotto ansie e timori nei pazienti, spesso difficili da gestire. Domande quali: *“se avessi saputo non avrei fatto figli”*, oppure: *“quando vedo mia figlia un po' giù già mi sembra di riconoscere i sintomi..è solo colpa mia”*, nella loro prevedibilità, possono avere effetti controproducenti, che sarebbe preferibile evitare. È importante trattare tali argomenti con estrema cautela, e sottolineare più volte come esistano fattori responsabili non specifici che possono determinare e/o influenzare l'espressione clinica della vulnerabilità biologica, ma non è detto che ciò accada.

Anche le sessioni inerenti la terapia farmacologica sono da considerarsi estremamente delicate: descrivere i vantaggi derivanti, ad esempio, dall'assunzione del litio, a fronte di pazienti che non lo assumono, può determinare un vissuto di intensa rabbia che, a sua volta, può tradursi in un abbandono della terapia, quando non nella rottura dell'alleanza terapeutica. Va spiegato come ogni terapia farmacologica venga costruita su misura, considerando diversi aspetti, e procedendo talvolta per prove ed errori: ma il fine ultimo è sempre e solo il benessere del paziente. Se, ad esempio, il

litio non compare nella terapia di un determinato paziente, può darsi che questo dipenda dal fatto che, nel caso specifico, gli effetti collaterali o i potenziali rischi siano talmente elevati da giustificare una scelta in tal senso.

### **Risultati**

Verranno di seguito riportati, in maniera schematica, i risultati ottenuti al termine di tali esperienze.

Le tre esperienze di gruppo sono state considerate in maniera complessiva.

Conseguentemente, tale analisi, di natura puramente descrittiva, è stata effettuata su un totale di 36 pazienti.

I pazienti sono stati testati 2 volte, rispettivamente 6 mesi prima dell'inizio del gruppo e 6 mesi dopo la sua conclusione. Nel follow-up a 6 mesi, sono stati esclusi i drop out (n=5).

Sono stati utilizzati due tipi di questionari:

- CGI-Clinical Global Impressions: è una scala tipo Likert a 7 passi che, applicata dal terapeuta, consente di valutare, nel corso del trattamento, la gravità della malattia, le sue variazioni nel Tempo (sono considerati come obiettivi terapeutico-riabilitativi da verificare i seguenti aspetti: sintomatologia, autonomia personale, rete familiare, relazioni sociali, attività lavorative) e l'efficacia terapeutica, cioè il rapporto tra l'effetto terapeutico e gli effetti indesiderati. (Figure 2-3)

- QLI-Quality Life Index: è uno strumento che permette una rapida valutazione della qualità di vita del paziente; valuta 5 variabili (attività lavorativa, attività quotidiane, salute, relazioni sociali, prospettive future), suddivise in 3 parametri, che danno un punteggio da 0 a 2. Il punteggio varia pertanto da 0 (valore minimo) a 10 (valore massimo). (Figura 4)

Inoltre, saranno riportati, per tutti i pazienti, il numero di ricoveri (Figura 5) e di ricadute (Figura 6) accaduti nei 6 mesi precedenti e nei 6 mesi successivi alla partecipazione al gruppo (follow-up).

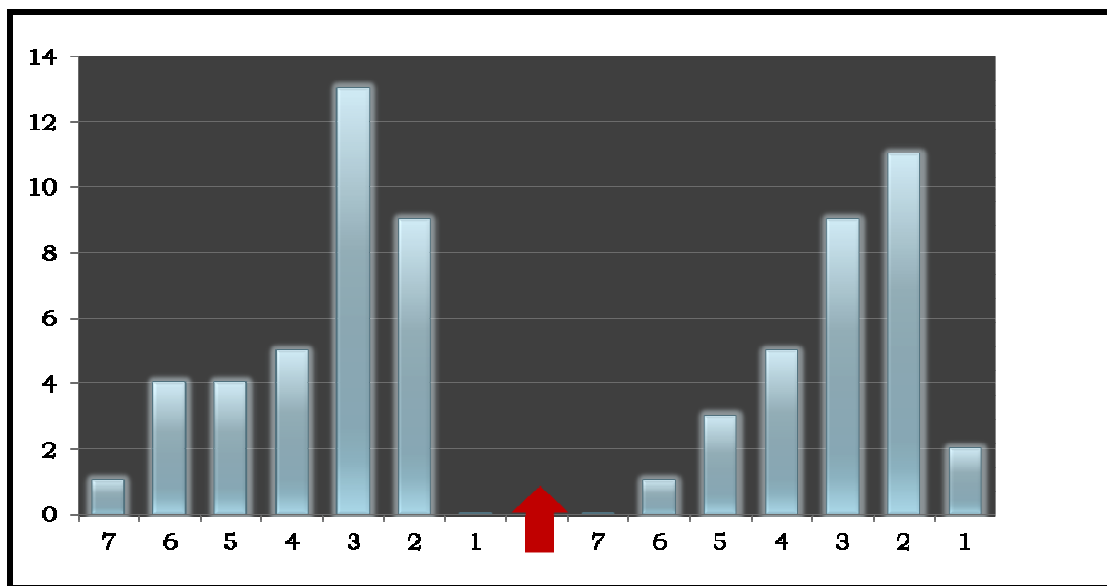


Figura 2: CGI-Clinical Global Impressions

I dati emersi evidenziano, nel follow-up a 6 mesi, un'apprezzabile diminuzione dei punteggi ottenuti nella CGI, ad indicare un miglioramento nel funzionamento globale. Inoltre, i dati sembrano suggerire che la psicoeducazione abbia un effetto più incisivo nei pazienti più gravi.

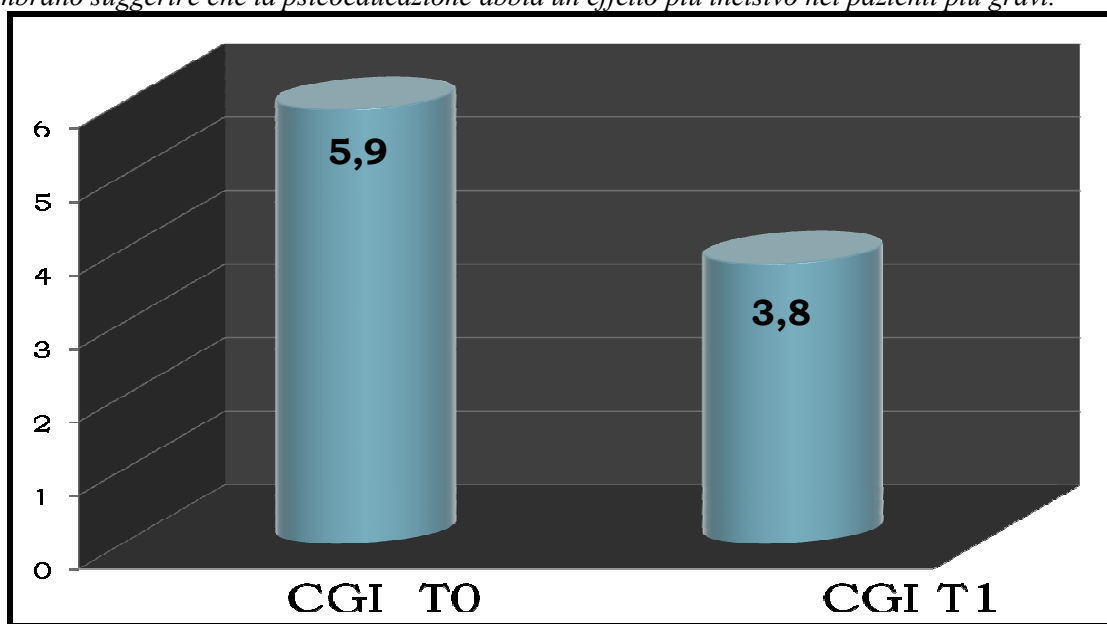


Figura 3: CGI-Clinical Global Impressions

La media dei punteggi ottenuti al CGI passa da 5,9 in T0 (6 mesi prima dell'inizio del trattamento), a 3,8 in T1 (6 mesi dopo la conclusione dello stesso).

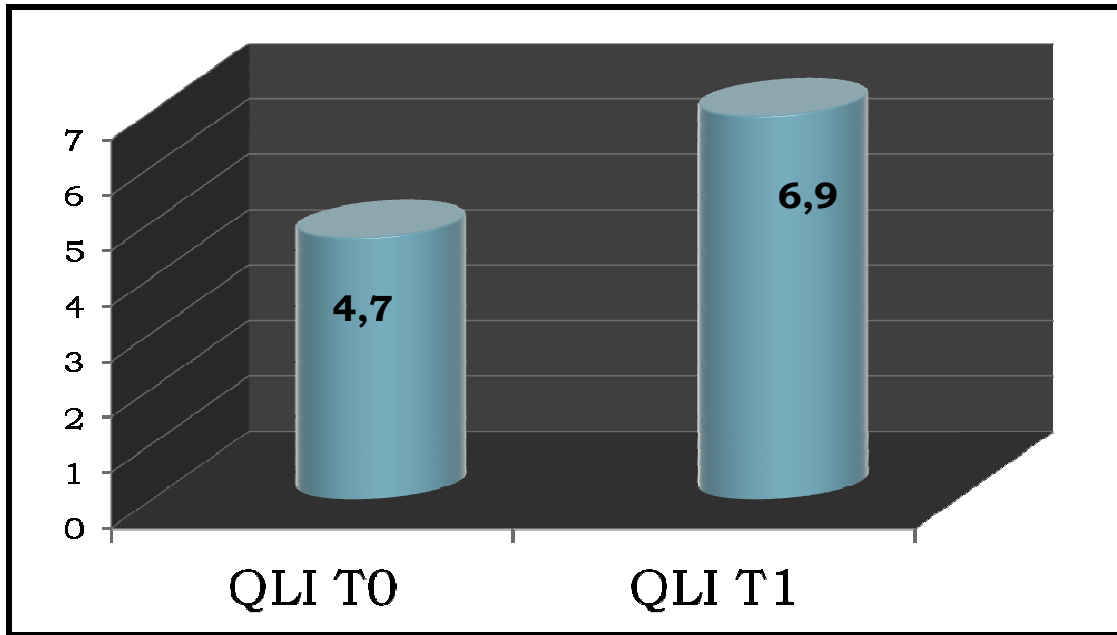


Figura 4: QLI-Quality Life Index

La media dei punteggi ottenuti al QLI, passa da un valore di 4,7 in T0 (6 mesi prima dell'inizio del gruppo), ad un valore di 6,9 in T1 (6 mesi dopo la conclusione dello stesso), ad indicare un miglioramento della qualità di vita percepita.

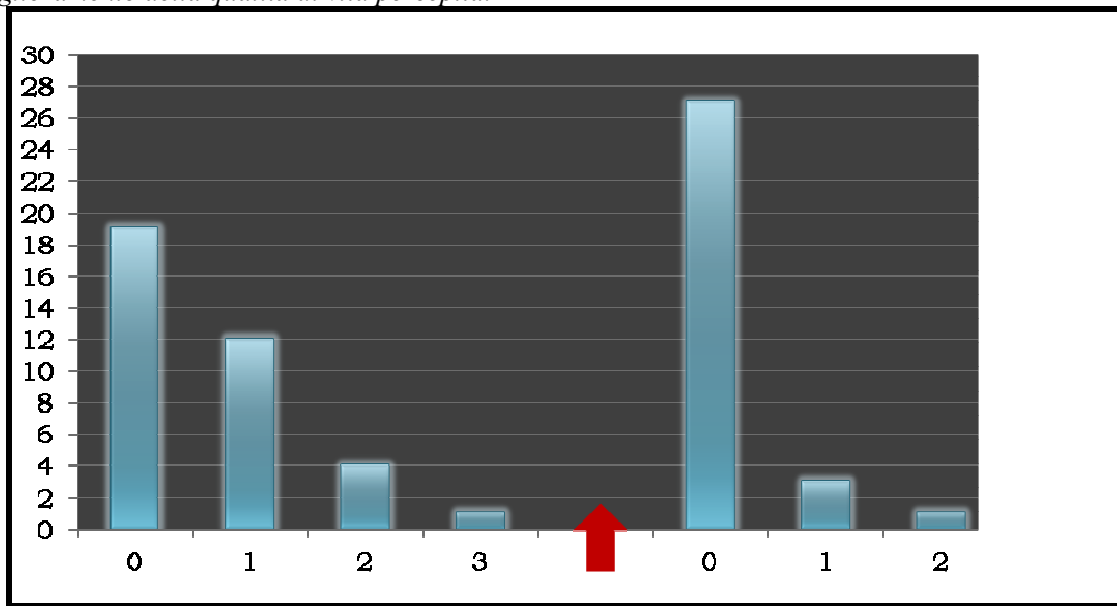


Figura 5: Numero ricoveri

Il grafico evidenzia una netta riduzione nel numero dei ricoveri tra T0 e T1, ad indicare come la psicoeducazione agisca in maniera efficace su tale variabile.

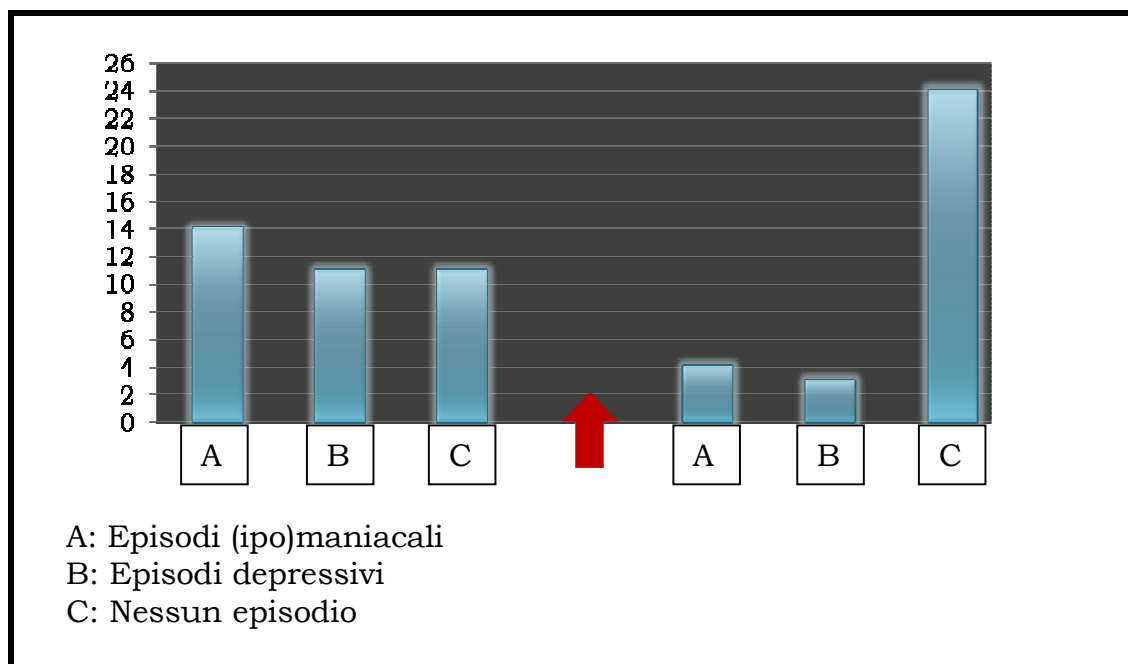


Figura 6: Numero episodi

Allo stesso modo, il grafico evidenzia una netta riduzione nel numero delle ricadute tra T0 e T1.

### Conclusioni

Alla luce delle tre esperienze effettuate, possiamo ritenerci estremamente soddisfatti dei risultati ottenuti, da un punto di vista umano prima ancora che clinico.

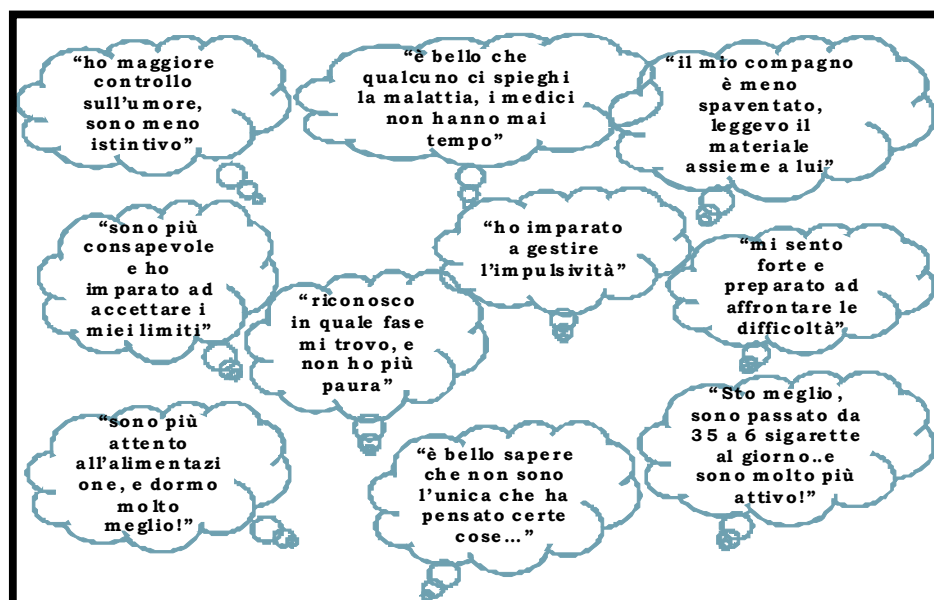


Figura 7. Commenti finali



Il primo e, a mio avviso, più importante risultato, è stato quello di aver creato una rete sociale di sostegno attorno a questi pazienti: molti di loro, vivendo all'intero di un piccolo paese, tendevano ad evitare ogni forma di contatto sociale, per il timore di essere considerati "pazzi". La condivisione dei loro vissuti più intimi, con persone realmente in grado di comprendere, e di non giudicare, e per lo più geograficamente vicine, ha reso possibile la creazione di solidi legami di amicizia.

Nella figura 7 sono riportati i commenti dei pazienti alla fine del gruppo.

### Bibliografia

- Amenson CS, Liberman RP. *Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia*. Psychiatr Serv 2911;52:589-92.
- Backer TE, Liberman RP, Kuehnel TG. *Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions*. J Consult Clin Psychol 1986;54:111-8.
- Cakir S et al (2009). *Does psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder?* J Affect Disord; 10.
- Cohen AN et al. (2008). *The family forum: directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness*. Psychiatr Serv; 59,1: 40-48.
- Colom F et al. (2003) *Psychoeducation efficacy in bipolar disorders : beyond compliance enhancement*. J Clin Psychiatry; 64,9:1101-1105.
- Colom F et al. (2003). *A randomized trial on efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission*. Arch Gen Psychiatry; 60(4):402-417.
- Colom F et al. (2004). *Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders*. Bipolar Disorders; 6:294-298.
- Colom F et al. (2005). *Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels*. Bipolar Disorders; 7(Supl 5):32-36.
- Colom F et al. (2009). *Group psychoeducation for stabilized bipolar disorders : 5 year outcome of a randomized clinical trial*. The British Journal of Psychiatry; 194:260-265.
- Colom F et al. (2009). *Psychoeducation for bipolar II disorder: an exploratory, 5-year outcome subanalysis*. J Affect Disord; 112:30-35.
- Colom F, Lam D (2005). *Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder*. European Psychiatry; 20:359-364.
- Colom F, Vieta E (2004). *A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients*. Bipolar Disord; 6:480-486.
- Colom F, Vieta E (2004). *Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation*. Rev Bras Psiquiatr; 26 (Supl III):47-50.
- Colom, Vieta. *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*. Fioriti, 2006.
- Dore G, Romans SE. *Impact of bipolar affective disorder on family and partners*. J Affect Disord 2001;67:147-58.
- Even C et al. (2009). *Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium*. J Affect Disord; 6.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. *The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family*. Br J Psychiatry 1987;150:285-92.
- Fountoulakis KN, Grunze H, Panagiotidis P. *Treatment of bipolar depression: an update*. J Affect Disord 2008;109:21-34.

- Fountoulakis KN. *The emerging modern face of mood disorders: a didactic editorial with a detailed presentation of data and definitions*. *Ann Gen Psychiatry* 2010;12:9-14.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, et al. *Relapse and impairment in bipolar disorder*. *Am J Psychiatry* 1995;152:1635-40.
- Goodwin e Jamison Kay. *Malattia maniaco-depressiva*. McGraw-Hill, 1994.
- Goodwin GM, Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. *Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology*. *J Psychopharmacol* 2009;23:346-88.
- Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, et al. *The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression*. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:81-109.
- Heru AM, Ryan CE. *Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up*. *J Affect Disord* 2004;83:221-5.
- Jamison Kay. *Toccato dal fuoco*. TEA, 2009.
- Jamison Kay. *Una mente inquieta*. TEA 2005.
- Keller MB, Lavori PW, Coryell W, et al. *Bipolar I: A five-year prospective follow-up*. *J Nerv Ment Dis* 1993;18:238-45.
- Koukopoulos e Girardi. *Fallimenti terapeutici nei pazienti bipolari: Nuove strategie*. Fioriti, 2005.
- Kupfer DJ. *The increasing medical burden in bipolar disorder*. *JAMA* 2005;293:2528-30.
- Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, et al. *Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: results of a study funded by the European Commission*. *World Psychiatry* 2005;4:45-9.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, et al. *Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families*. *Psychiatr Serv* 2006;57:266-9.
- McFarlane R, McNary S, Dixon L, et al. *Predictors of dissemination of family psychoeducation in community mental health centers in Maine and Illinois*. *Psychiatr Serv* 2001;52:935-42.
- Miklowitz DJ et al. (2003). *Randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorders*. *Arch Gen Psychiatry*; 60(9):904-912.
- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, et al. *A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:904-12.
- Miklowitz. *Il disturbo bipolare. Una guida per la sopravvivenza*. Fioriti, 2005.
- Otto MW et al. (2003). *Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder*. *J Affect Disord*; 73:171-181.
- Perini, Pavan, Di Florio, Sessa, Magnolfi. *Il disturbo bipolare*. Fioriti, 2006.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, et al. *Caregiver burden and health in bipolar disorder. A cluster analytic approach*. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:484-91.
- Preti A, Rucci P, Santone G, et al. *Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy*. *Psychol Med* 2008;38:1-12.
- Reinares M et al. (2008). *Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial*. *Bipolar Disord*; 10:511-519.
- Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, et al. *Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial*. *Bipolar Disord* 2008;10:511-9.
- Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. *Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients*. *Psychother Psychosom* 2004;73:312-9.

- Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. *What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden*. J Affect Disord 2006;94:157-63.
- Revicki DA, Matza LS, Flood E, et al. *Bipolar disorder and health-related quality of life. Review of burden of disease and clinical trials*. Pharmacoeconomics 2005;23:583-94.
- Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, 5. ed. New York: Free Press 2003.
- Rouget BW, Aubry JM (2007). *Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature*. J Affect Disord; 98:11-27.
- Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, et al. *Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial*. Br J Psychiatry 2011;198:385-90.
- Simon GE (2009). *Practical lessons from effectiveness trials of care management and psychoeducation for bipolar disorder*. J Clin Psychiatry; 70(8):28.
- Simpson S et al (2009). *The Bipolar Interactive Psychoeducation (BIPED) study: trial design and protocol*. BMC Psychiatry; 12;9:50.
- Vieta E (2005). *Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation*. J Clin Psychiatry; 66(Supl 1):24-29.
- Wolff N, Perlick DA, Kaczynski R, et al. *Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder*. J Ment Health Policy Econ 2006;9:99-110.
- Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et al. *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009*. Bipolar Disord 2009;11:225-55.

**Teresa Fera**

**Terzo Centro, Roma**

**Specializzata a Roma, training Semerari-Lorenzini**

**e-mail: [teresa.fera@hotmail.it](mailto:teresa.fera@hotmail.it)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)