

QUALE RUOLO PER LA PSICOTERAPIA NELLA CURA DEL DISTURBO BIPOLARE? LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Antonella Rainone*^o, Luca Marras*, Anna Chichierchia*

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC

^o Studio di Psicoterapia APC-SPC di Roma

Riassunto:

Il presente lavoro vuole offrire una rassegna delle più accreditate psicoterapie per il trattamento del disturbo bipolare. Queste sono la Terapia Cognitivo-Comportamentale, la Terapia Centrata sulla Famiglia e la Terapia Interpersonale e dei Ritmi Sociali. Vengono inoltre brevemente descritti gli interventi di gruppo a carattere prevalentemente psicoeducativo. Si sostiene la possibilità di integrare la psicoterapia al trattamento farmacologico, il cui intervento esclusivo sembra non essere del tutto efficace a causa della bassa compliance dei pazienti bipolari e del loro scarso supporto sociale. La psicoterapia offre a tali pazienti l'opportunità di aderire maggiormente al trattamento farmacologico e di imparare a gestire e fronteggiare efficacemente gli stressor psicosociali che possono scatenare gli episodi sintomatici.

Maggior attenzione viene posta sul Trattamento Cognitivo-Comportamentale, che si è rivelato tra gli interventi più efficaci nel controllo dei sintomi e nella prevenzione delle ricadute e di cui è descritto uno dei protocolli di intervento specifici della durata di venti sedute.

Parole chiave: disturbo bipolare, Terapia Cognitivo-Comportamentale, Terapia Centrata sulla Famiglia, Terapia Interpersonale e dei Ritmi Sociali, gruppi psicoeducazionali, compliance.

WHAT ROLE FOR PSYCHOTHERAPY IN TREATING BIPOLAR DISORDER? THE COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY

Abstract

The present work offers a survey of the most accredited psychotherapies for the treatment of bipolar disorder such as the Cognitive Behavioural Therapy, the Family Focused Therapy and the Interpersonal and Social Rhythm Therapy. It also briefly describes group interventions of psycho-educational nature.

The authors support the integration of medication with psychotherapy in the treatment of bipolar disorder since the exclusive use of pharmacotherapy proved to be ineffective due to poor compliance and inadequate social support. Psychotherapy seems to help bipolar patients to better comply with pharmacological treatment and to learn to manage and cope with psychological stressors that can induce symptomatic episodes.

The Cognitive Behavioural Treatment, which revealed itself as one of the most effective treatments in controlling the symptoms and preventing relapse, is carefully studied in this work and a twenty-session protocol of specific intervention is described.

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

Key words: bipolar disorder, Cognitive Behavioural Therapy, Family Focused Therapy, Interpersonal and Social Rhythm Therapy, psychoeducational groups, treatment compliance.

Introduzione

Il Disturbo Bipolare (DB) è una malattia cronica e grave caratterizzata da episodi ricorrenti di depressione maggiore e mania. E' un disturbo complesso per le sue origini biologiche, multi-forme nelle sue manifestazioni, imprevedibile per il suo decorso, grave nella recidività e con un alto rischio di suicidio. Anche quando meno grave, il DB può influenzare la produttività, la creatività e le relazioni interpersonali.

La terapia farmacologica rappresenta il trattamento d'elezione per affrontare gli episodi d'euforia e di depressione tipici del disturbo. Sebbene negli ultimi anni siano stati compiuti notevoli progressi in ambito scientifico, il trattamento farmacologico non sempre risulta sufficiente.

Nel corso degli anni '70' attraverso diversi studi randomizzati si avanzò l'ipotesi che la profilassi con litio poteva garantire la remissione del disturbo in molti pazienti. Il litio diventò il trattamento farmacologico standard per la gestione a lungo termine dei pazienti bipolari, con l'aspettativa di un netto miglioramento in più del 70% di casi. Già negli anni '80, diversi studi di follow-up sul decorso naturale del DB hanno dimostrato che il litio è meno efficace in condizioni cliniche ordinarie rispetto a quanto si osserva nel corso di studi clinici randomizzati controllati (Goldberg e Harrow 1998). Questa discrepanza tra efficacy (esito potenzialmente ottenibile in condizioni cliniche controllate) ed effectiveness (esito realmente ottenibile nel trattamento ordinario), sembra essere spiegata da alcune variabili che influiscono sul decorso del disturbo, come la presenza di altri disturbi in comorbilità, la scarsa compliance al trattamento farmacologico e lo scarso supporto sociale. La terapia farmacologica da sola, infatti, non dà ai pazienti l'opportunità di imparare le abilità per fronteggiare gli *stressor* psicosociali che possono scatenare gli episodi sintomatici (Newman et al. 2005).

Bisogna osservare, inoltre, che negli ultimi anni sono mutate l'epidemiologia e la gravità dei sottotipi di mania. In ambito clinico si è arrivati a descrivere forme di mania sempre più complesse come gli stati affettivi misti, il decorso a cicli rapidi (aumentati notevolmente dopo l'uso a largo spettro di antidepressivi triciclici), stati maniacali secondari dovuti a condizioni mediche (ad esempio l'HIV) o abuso di sostanze o alcool.

Sebbene siano stati compiuti sostanziali progressi nella terapia farmacologia per il DB, con regimi antimaniacali alternativi al litio, come l'uso degli anticonvulsivanti, diversi studi dimostrano che una terapia integrata (terapia farmacologia combinata con psicoterapia) migliora notevolmente la prognosi, fornendo maggiori opportunità ai pazienti di fronteggiare gli stressor psicosociali che possono scatenare gli episodi sintomatici (Gutierrez e Scott 2004).

Esistono numerosi modelli teorici di spiegazione del disturbo che sostengono la possibilità di utilizzare la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) come complementare, e non alternativa al trattamento farmacologico. Inoltre sono stati sviluppati modelli di terapia psicosociale basati su prove di efficacia che sembrano migliorare gli esiti dei pazienti con DB: Terapia Centrata sulla Famiglia (TCF), Terapia Interpersonale e del Ritmo Sociale (IP-SRT) e diverse forme di Terapia di Gruppo Strutturata (Gutierrez e Scott 2004).

Quale ruolo per la psicoterapia?

Il trattamento psicoterapico nasce, in particolare, per affrontare i problemi di mancanza di

collaborazione del paziente (*compliance* al trattamento). Molto spesso aspettarsi che il trattamento farmacologico proceda in modo lineare crea, con buone probabilità, problemi secondari. Il litio, in particolare, fornisce controllo sulla maggior parte degli eventi problematici, ma spesso non in maniera sufficiente. Ciò comporta notevole frustrazione da parte del paziente. A volte la mancata compliance nei confronti dell'assunzione del litio diventa un tema fondamentale nella terapia. In alcuni casi, inoltre, l'efficacia del litio nell'alleviare il decorso della malattia, non è sempre gradita, poiché priva alcuni pazienti della loro energia e dei momenti di esaltazione dell'umore a lungo desiderati e a volte può avere sgraditi effetti collaterali (Goodwing e Jamison 2007).

Il disturbo bipolare può portare i pazienti al limite delle loro risorse. E' una malattia complicata e frustrante, quasi impossibile da accettare del tutto. Mette a dura prova emotiva la famiglia, gli amici e si ripercuote sullo stress psicologico del paziente. E' spesso accompagnata da una diagnosi psicotica, uno sviluppo incerto e una condanna a vita all'assunzione dei farmaci. Soprattutto nei casi in cui non sia riconosciuta e curata precocemente spesso comporta una profonda svalutazione di sé, difficoltà nelle relazioni interpersonali, problemi d'alcool e abuso di droghe, caos economico e perdita del posto di lavoro, ricadute ricorrenti e tentativi di suicidio.

Una terapia valida ed efficace del disturbo bipolare si deve dunque fondare sulla conoscenza competente della malattia, intesa come la comprensione della fenomenologia, della storia naturale, ovvero la natura ricorrente, il peggioramento e l'andamento stagionale, la conoscenza degli aspetti biologici, compresa la reazione ai farmaci nelle diverse fasi di mania e depressione, le teorie biologiche riguardanti l'eziologia e i meccanismi di azione dei farmaci utilizzati.

Le conseguenze della mancata compliance equivalgono clinicamente ad una malattia maniaco-depressiva non trattata o trattata in modo inadeguato. A differenza della mancata risposta ai farmaci, tuttavia, la mancata compliance è reversibile e si può ovviare con l'esperienza, la psico-educazione, l'apprendimento e la psicoterapia.

Diversi studi stimano che una percentuale tra il 30 e il 54% di persone con DB abbandona il trattamento farmacologico (Newman et al. 2005). I fattori principali del drop-out sono da ricercare negli *stressor* psico-sociali che incidono negativamente sull'attivazione dell'umore provocando episodi ricorsivi di depressione o mania.

Da differenti studi si evince che esistono diversi fattori di rischio alla compliance. Innanzitutto sembrerebbe che il primo anno di trattamento con il litio sia il periodo a più alto rischio d'interruzione del farmaco. Per quanto riguarda i fattori di rischio legati alla persona, sembrerebbe che la compliance aumenti con l'aumentare dell'età (all'aumentare dell'età diminuirebbero anche gli episodi ricorrenti), ed esisterebbe una maggiore incidenza del disturbo per gli uomini rispetto alle donne. Esistono, inoltre, una serie di variabili correlate all'umore che sembrano predire la mancata compliance: mancanza di picchi euforici, elevazioni dell'umore fini a se stesse e precedenti deliri di grandezza.

I fattori di rischio maggiormente implicati nel favorire l'interruzione del trattamento sono causati dagli effetti collaterali dei farmaci, soprattutto del litio; in particolare: aumento ponderale, compromissione cognitiva (in particolare disturbi mnesici), coordinazione e tremori, poliuria, stanchezza e faticabilità, opacizzazione sensoriale, offuscamento della vista, nausea e vomito.

I pazienti non aderenti al trattamento tendono a vedere la terapia negativamente o a negare la gravità stessa del disturbo, e sono resistenti ad assumere i farmaci a scopo profilattico.

Molte evidenze empiriche indicano che l'intervento psicoterapeutico interviene sull'effetto del farmaco, aumenta l'aderenza al trattamento e agisce sul funzionamento psico-sociale dell'individuo, tanto che il mondo scientifico ha ormai riconosciuto che la psicoterapia può essere

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

utile in aggiunta alla farmacoterapia nel trattamento del DB. Diversi studi dimostrano l'efficacia dell'intervento Cognitivo-Comportamentale nel trattamento del DB, sia nel migliorare gli effetti che nel ridurre i rischi del solo trattamento farmacologico.

I pazienti devono percepire l'azione terapeutica confortante quando i sintomi cominciano a riemergere, e allo stesso tempo i terapeuti devono poter dare un feedback onesto ai loro pazienti quando arrivano i segnali d'allarme o quando le loro azioni li mettono a rischio di una ricaduta.

A differenza di trattamenti acuti come depressioni o disturbi d'ansia, il trattamento del DB richiede un impegno a lungo termine per il paziente.

A causa della forte componente genetica e dell'andamento ciclico di remissione dei sintomi, che può avvenire sia spontaneamente sia grazie all'intervento terapeutico, il trattamento non deve lavorare principalmente sulla remissione dei sintomi bensì sulle conseguenze psicosociali e deve preparare il paziente all'inevitabile ritorno dei sintomi stessi.

Di solito nella prima fase della terapia le sedute sono settimanali e si lavora sull'insegnamento di specifiche abilità e sulla riduzione dei sintomi. Pian piano che la sofferenza del paziente decresce, si passa gradualmente e in base alle esigenze individuali a sedute bisettimanali e poi mensili.

Una volta che il paziente si stabilizza, la terapia viene sospesa per molti mesi o addirittura anni, finché non sarà nuovamente necessario l'intervento del terapeuta.

E' necessario che una volta finita la terapia ci sia un incontro di aggiornamento sulla situazione del paziente, più o meno ogni sei mesi, che può avvenire anche tramite uno scritto (es. e-mail) o una telefonata.

Viene chiesto al paziente, durante il periodo di interruzione della terapia, di non seguire la regola "no news is good news", bensì il terapeuta dovrebbe incoraggiare il paziente a chiedere un consulto anche quando le cose vanno per il verso giusto o se ci sono delle buone notizie nella sua vita.

Questo feedback positivo rinforza nel paziente l'idea che anche il terapeuta si impegna e si sforza nella relazione terapeutica, e che è più interessato alla persona che ha di fronte piuttosto che al disturbo o problema che si presenta.

Seppure in alcuni approcci terapeutici è sconsigliato, in pazienti affetti da DB l'utilizzo di un breve testo, una telefonata o una e-mail, è di fondamentale importanza e viene utilizzato nel contratto terapeutico soprattutto nei casi di primi segnali di ricaduta, o quando ci sono difficoltà nella compliance al trattamento o nella gestione dei sintomi.

La psicoterapia diventa quindi nella vita di questi pazienti un forte stabilizzatore. Le sedute hanno l'obiettivo di strutturare i passaggi di tempo, monitorare i progressi e definire nuove mete.

Le principali psicoterapie per il disturbo bipolare

Di seguito vengono descritte le principali psicoterapie per il trattamento del disturbo bipolare.

Numerosi studi hanno dimostrato, negli ultimi anni, l'efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale combinata con la farmacoterapia nel trattamento del disturbo bipolare (Beck e Newman 2005).

La Terapia Centrata sulla Famiglia (TCF) deriva dal trattamento con pazienti schizofrenici basato sulla psicoeducazione familiare.

La Terapia Interpersonale e dei Ritmi Sociali (IP/SRT) è una nuova terapia psicosociale "ibrida" che deriva dalla terapia interpersonale per la depressione unita all'importanza di

focalizzarsi sulle situazioni di vita legate ai ritmi circadiani.
Infine vengono brevemente descritti i gruppi a carattere psicoeducativo.

Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC)

I primi dati relativi all'efficacia della TCC per il DB risalgono a più di vent'anni fa. Cochran (1984) dimostrò come un intervento breve di TCC di sei settimane diminuisse la frequenza di significativi problemi di non compliance in pazienti con DB.

Successivamente un certo numero di studi controllati ha suggerito che la TCC ha un'efficacia aggiuntiva significativa nell'intero regime del trattamento del DB (Perry et al. 1999; Lam et al. 2000; Lam et al. 2005; Scott et al. 2001; Scott 2006a; Colom et al. 2003; Bull et al. 2006; Taube-Schiff et al. 2006; Khazzal e Pomini 2006).

E' stato dimostrato che la TCC è molto efficace nell'incrementare la compliance. In particolare il lavoro sulla compliance si basa su tre interventi cardine di seguito riportati.

1. Sviluppare e rafforzare costantemente l'alleanza terapeutica durante tutto il processo psicoterapeutico. In particolare si interviene sull'alleanza terapeutica grazie alla riformulazione e concettualizzazione del disturbo fatte insieme al paziente, e attraverso la fase di psicoeducazione. Il trattamento parte dal rispetto delle risorse e necessità del paziente e l'assenza di giudizio è il punto centrale della relazione collaborativa. Sembrerebbe che la compliance aumenti quando il paziente percepisce il terapeuta come competente, supportivo, incoraggiante e ottimista e si sente rispettato e compreso.

2. Sviluppare strategie di problem-solving che aiutino il paziente a risolvere problemi di natura pratica legati all'utilizzo dei farmaci. Il terapeuta si assicura che il paziente sia sufficientemente organizzato per poter seguire le prescrizioni sull'assunzione della terapia farmacologica e affronta in terapia la pianificazione e la programmazione dell'assunzione dei farmaci, discutendo anche i dettagli pratici, ad esempio del come ricordarsi di prendere la terapia utilizzando promemoria scritti, agende elettroniche o segnali acustici, o chiedendo aiuto a familiari che possano fare da promemoria.

3. Sviluppare strategie che aiutino il paziente a fronteggiare le convinzioni disfunzionali sottostanti allo stress emotivo e ai comportamenti disfunzionali. Ad esempio aiutarlo ad elicitare le preoccupazioni riguardo la terapia farmacologica, ed in particolare gli effetti collaterali e le critiche da parte delle persone significative. Il terapeuta indaga attentamente il livello di compliance, attraverso un'inchiesta accurata che non si ferma a domandare semplicemente se viene assunto o meno il farmaco, ma va a sondare quante volte non si è assunto il farmaco dall'ultimo incontro, oppure quali problemi si sono incontrati durante la settimana rispetto alle prescrizioni date. In questo modo si possono elicitare le credenze disfunzionali riferite alla compliance cercando, attraverso opportune tecniche, di modificarle con valutazioni alternative e soluzioni ai problemi presentati.

Gli scopi principali del trattamento TCC generalmente sono i seguenti.

- Fornire informazioni al paziente e ai suoi familiari sul disturbo bipolare, il trattamento farmacologico e le difficoltà alla compliance al trattamento.
- Far riconoscere precocemente i segnali d'allarme (l'inizio di un episodio sintomatico), insegnando abilità di fronteggiamento preventive che possano far diminuire la gravità e la durata dei sintomi.
- Far riconoscere le credenze disfunzionali tipiche del disturbo bipolare, in particolare ri-

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

- spetto alla terapia farmacologica per poter migliorare la compliance al trattamento.
- Favorire abilità di problem-solving, di regolazione emotiva e di risposta adattiva per poter fronteggiare gli stressors psico-sociali.
- Favorire un senso di potere personale migliorando la qualità di vita, riducendo in particolare le ospedalizzazioni e il rischio di suicidio.

La Terapia Cognitiva per il DB generalmente comprende i seguenti moduli.

1. **Assessment:** valutare la sintomatologia, la storia del problema e dei precedenti trattamenti, e le strategie di coping utilizzate.
2. **Psicoeducazione:** fornire informazioni corrette sui sintomi del disturbo, sul decorso, sulla terapia farmacologica e le fasi del trattamento.
3. **Identificazione dei segnali di allarme:** insegnare ai pazienti strategie per identificare i prodromi dei sintomi dalle due alle quattro settimane prima di un episodio maniacale o depressivo. I pazienti bipolari in grado di individuare i segnali imminenti di un problema legato all'umore riescono a controllare e moderare i propri livelli di attivazione cercando supporto nella rete sociale e verificando con il terapeuta il bisogno di compiere aggiustamenti nella terapia farmacologica.
4. **Miglioramento della compliance al trattamento:** fornire il rationale del trattamento e la concettualizzazione del caso, discutere insieme al paziente dei problemi che incontrerà o che ha già incontrato nel seguire il trattamento farmacologico, prevedere e pianificare soluzioni alternative di fronteggiamento di tali problemi.
5. **Fornire abilità psicologiche per il controllo dei sintomi:** la terapia cognitiva è centrata sul monitoraggio, la valutazione e la modifica degli stili di pensiero disfunzionali, orientando l'individuo a ricercare evidenze concrete e ipotesi alternative. Per far questo vengono utilizzate delle comuni tecniche di TCC come:
 - **l'analisi logica dei pensieri distorti su base emotiva** sia per pensieri associati alla depressione che per pensieri di rabbia o per pensieri eccessivamente positivi propri della mania;
 - **mantenimento di una routine stabile** aiutando il paziente con strategie di auto-monitoraggio e auto-regolazione emotiva a strutturare le proprie giornate cercando di ridurre al minimo le attività che possono far alzare o diminuire il tono dell'umore;
 - **identificazione e modificazione delle cognizioni** utilizzando tecniche di ristrutturazione cognitiva per modificare i pensieri automatici disfunzionali, identificare le resistenze al cambiamento, accettare i propri limiti e costruire una visione positiva del futuro. In questa fase le sedute sono orientate a cambiare i modelli di comportamento non adattivo attraverso compiti che rinforzano comportamenti adattivi. Si incoraggia il paziente a fare valutazioni realistiche dei costi e benefici nell'inseguire mete grandiose, cercando di favorire un maggior utilizzo di test obiettivi della realtà;
 - **abilità di problem-solving** per poter fronteggiare con maggior sicurezza gli stressor psico-sociali che il paziente affronta nella vita quotidiana, migliorare le relazioni interpersonali, rafforzando il grado di percezione del supporto che le persone significative possono offrire.

La TCC per il disturbo bipolare elaborata da Basco e Rush (1996, 2005; Basco 2006), cui faremo riferimento per descrivere dettagliatamente il protocollo TCC, nasce con l'obiettivo di

potenziare l'intervento farmacologico e aumentare la compliance e per poter istruire pazienti, familiari e amici sugli effetti della malattia e le possibilità del trattamento.

Il manuale (Basco e Rush 1996, 2005) fornisce istruzioni esplicite seduta per seduta, compreso il razionale e gli homework. Nell'ultimo manuale Basco (2006) fa esplicito riferimento ad un libro scritto come supporto diretto al paziente, al quale viene chiesto di leggerne alcune parti durante le varie fasi della terapia: "The bipolar workbook: Tools for controlling mood swings" (Basco 2006).

Il protocollo TCC elaborato da Basco può essere suddiviso in cinque segmenti ciascuno relativo a cinque differenti obiettivi del trattamento. A questi se ne aggiunge uno per il mantenimento degli obiettivi terapeutici raggiunti.

Tabella 1: Piano di un trattamento TCC

SEDUTE	OBIETTIVO
1-4	Educare il paziente ed i suoi familiari
1	Panoramica sulla terapia cognitivo-comportamentale
2	Che cos'è il disturbo bipolare
3	Gi stabilizzatori dell'umore
4	Farmaci antidepressivi
5-6	Investigazione sui sintomi
5	Individuazione dei sintomi del disturbo bipolare
6	Monitoraggio dei sintomi
7	Intervento sulla compliance
8-13	Fornire TCC skill per il controllo dei sintomi
8	Distorsioni cognitive
9	Modificazioni cognitive nella depressione
10	Analisi logica dei pensieri automatici negativi
11	Cambiamenti cognitivi nella mania
12	Gli aspetti comportamentali della depressione
13	Cambiamenti comportamentali nella mania
14-20	Sviluppare abilità di problem-solving
14	Problemi psicosociali
15	Verifica del funzionamento psicosociale
16	Sviluppo dell'abilità di problem-solving
17-20	Soluzione di problemi psicosociali
1-4	Fase di Mantenimento

Un Protocollo TCC di 20 sedute per il trattamento del Disturbo Bipolare

Seduta 1: Panoramica sulla TCC

Scopo

Lo scopo della prima seduta è presentare al paziente e ai suoi familiari il razionale della Terapia Cognitivo-Comportamentale nel trattamento del DB, le fasi del processo terapeutico e gli obiettivi della terapia. Fornire informazioni sul processo terapeutico aiuterà il paziente ad affrontare i mesi successivi. Inoltre, i familiari e gli amici, se presenti, apprenderanno come gestire e affrontare le situazioni problematiche del paziente.

Questa fase, insieme alle sedute psico-educazionali, contiene gli aspetti centrali per stabilire l'alleanza terapeutica con il paziente e con i suoi familiari.

Obiettivi

1. Fornire informazioni sul funzionamento della terapia.
2. Spiegare i diritti del paziente:
 - diritto ad avere una qualità alta del livello di cura clinica;
 - diritto al segreto professionale.
3. Chiarire le responsabilità specifiche del paziente nella terapia.
4. Chiarire le responsabilità specifiche del terapeuta nella terapia:
 - fornire un alto livello di cura;
 - essere reperibile per le situazioni di emergenza quando necessario;
 - fornire feedback onesti al paziente.
5. Discutere le responsabilità dei familiari durante la terapia:
 - conoscenza della sintomatologia;
 - incoraggiamento e supporto del paziente.

Procedura

1. Spiegare il funzionamento della TCC (familiarizzazione con le tecniche cognitive di auto-osservazione, ABC).
2. Fare una breve rassegna sul piano terapeutico (spiegare il protocollo). Discutere le responsabilità del paziente, del terapeuta e dei familiari nella terapia.
3. Fare una breve rassegna sugli scopi dell'utilizzo dei compiti a casa e del materiale da leggere.

Homework

Leggere il primo capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): "Prendi il controllo della tua malattia".

Seduta 2: Che cos'è il disturbo bipolare

Scopo

In questa seduta il terapeuta fornisce informazioni sulla definizione e l'eziologia del DB. In tal modo si cerca di chiarire e discutere i luoghi comuni e le ipotesi naive del paziente o dei familiari in merito alla natura del disturbo.

Antonella Rainone et al.

Obiettivi

1. Conoscenza attraverso descrizioni ed esempi della depressione, della mania e del DB.
2. Breve rassegna degli aspetti biologici ed affettivi del disturbo.
3. Analisi delle relazioni tra fattori psico-sociali, come lo stress, e le ricorrenze di depressione e mania.

Procedura

1. Elicitare feedback sulle letture assegnate nella seduta precedente.
2. Discutere di come viene percepita la diagnosi di DB. Fornire esempi di sintomi. Chiedere al paziente e ai familiari di descrivere la loro esperienza con la mania, la depressione e altri sintomi ritenuti importanti.
3. Assegnare il materiale di lettura come compito a casa.

Homework

Leggere il secondo capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): “Informazioni sul DB”.

Seduta 3: Gli stabilizzatori dell’umore

Scopi

Durante la seduta il terapeuta discute l’uso degli stabilizzatori dell’umore e dei farmaci contrastanti la mania, come il litio e gli anticonvulsivi. Questa seduta mira a fornire maggiori informazioni e chiarificazioni e a correggere le false credenze sul trattamento farmacologico.

Obiettivi

1. Fare una rassegna della farmacoterapia, tossicità, effetti collaterali ed effetti positivi del litio o di altri stabilizzanti dell’umore che sono stati prescritti al paziente.
2. Fare una rassegna sull’interazione tra l’utilizzo di droghe o alcolici, uso di farmaci psicotropi con i sintomi del DB.
3. Correggere le false credenze sull’uso dei farmaci antimaniacali.

Procedure

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Rivedere i compiti a casa: elicitare i feedback riferiti al materiale letto. Concedere del tempo per domande sul materiale dei compiti a casa. Aggiungere il Grafico dell’Umore nell’assegnazione dei compiti per la prossima seduta.
3. Discutere sulle modalità abituali del paziente con i farmaci e l’interazione dei farmaci con droghe o alcolici.
4. Assegnare il materiale da leggere.

Homework

Leggere i capitoli sei e sette del libro di Miklowitz (2002).

Seduta 4: Farmaci antidepressivi

Scopo

Lo scopo della seduta è fornire informazioni generali riguardanti l'utilizzo degli antidepressivi. Gli antidepressivi sono comunemente prescritti in aggiunta agli stabilizzatori dell'umore per evitare possibili ricadute o per trattare i sintomi depressivi stessi.

Obiettivi

1. Fare una breve rassegna dei farmaci antidepressivi.
2. Correggere le false credenze sugli antidepressivi.
3. Identificare i problemi o le preoccupazioni che il paziente potrebbe affrontare con il proprio medico.

Procedure

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Elicitare feedback sulle letture assegnate nella seduta precedente.
3. Discutere dei farmaci antidepressivi prescritti, inclusi gli effetti benefici, gli effetti collaterali, e l'interazione con altri farmaci e con i sintomi del DB. Analizzare gli effetti maniacali indotti dagli antidepressivi.

Homework

Leggere l'ottavo capitolo del libro scritto da Write e Basco (2001).

Seduta 5: Individuazione dei sintomi del DB

Scopo

Lo scopo della seduta è quello di aiutare il paziente e i suoi familiari a capire le loro esperienze quotidiane con i sintomi del DB. Inoltre, il terapeuta aiuta il paziente e i suoi familiari a distinguere il tono dell'umore normale dalle variazioni sintomatologiche.

Obiettivi

1. Aiutare il paziente e i suoi familiari ad identificare come la loro esperienza di ogni giorno può essere correlata alla sintomatologia del DB.
2. Aiutare il paziente e i suoi familiari a differenziare lo stato normale dell'umore rispetto a quello causato da stati maniacali o depressivi.

Procedura

1. Elicitare feedback sulle letture assegnate nella seduta precedente.
2. Chiedere al paziente e ai suoi familiari come il DB affligga le loro vite e l'ambiente familiare.

Homework

Fornire al paziente copia del Foglio di sintesi dei sintomi, che paziente e terapeuta avranno iniziato a compilare durante la seduta. Chiedere al paziente di completare la scheda durante la settimana per poter discuterne insieme nella seduta successiva.

Seduta 6: Monitoraggio dei sintomi

Scopo

Per prevenire totalmente ricadute di depressione o mania è essenziale identificare i segnali di pre-allarme. Una precoce identificazione conduce ad un intervento tempestivo che permette di arrestare un episodio di depressione o mania. Aiutare il paziente e i familiari ad identificare ed etichettare i segnali di preallarme come sintomi del disturbo è il primo gradino verso un intervento precoce. Il secondo è regolarizzare la modalità di bloccaggio dei sintomi, come il cambiamento dell'umore, che indica un innalzamento della mania o della depressione. In questa seduta si usa il Grafico dell'Umore come metodo di gestione e monitoraggio delle fluttuazioni dei sintomi (tab. 2).

Obiettivi

1. Introdurre l'utilizzo del Grafico dell'Umore.
2. Disegnare un Grafico dell'Umore che descriva nel modo migliore i sintomi presentati dal paziente.

Procedura

1. Fare una rassegna sulla procedura per la compilazione del Grafico dell'Umore. Modificare il grafico disegnato in base alle necessità.
2. Assegnare i compiti.

Homework

Chiedere al paziente e ai suoi familiari presenti di compilare il grafico dell'umore del paziente per una settimana. Questo permetterà al paziente e ai suoi familiari di iniziare a discriminare tra gli stati normali dell'umore e quelli sintomatici.

Leggere il quarto capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): "Sviluppo di un Sistema Precoce di Allarme".

Seduta 7: Compliance al trattamento

Scopo

In questa seduta il terapeuta introduce il concetto, comune tra i pazienti con un decorso a medio-lungo termine, della difficoltà all'aderenza totale al trattamento prescritto. Esistono vari fattori che interferiscono con l'abilità di seguire a pieno le prescrizioni terapeutiche. E' una parte inevitabile del trattamento farmacologico, va quindi pianificato e atteso dal paziente e dal terapeuta. Aumentare il conforto al paziente attraverso la discussione dei problemi relativi all'aderenza permette di valutare e risolvere all'occorrenza o anticipatamente tali problemi grazie agli interventi pianificati nel trattamento.

Obiettivi

1. Introdurre il modello della compliance al trattamento.
2. Valutare gli ostacoli reali o potenziali che potrebbero sorgere seguendo la terapia.
3. Sviluppare un piano di azioni per superare tali ostacoli.

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

Tabella 2: Grafico dell'Umore

Settimana		L	Ma	Me	G	V	S	D
	Piano							
Mania								
+5 Non riuscire a dormire, psicotico	Andare in ospedale	•	•	•	•	•	•	•
+4 Mania, scarsa capacità di giudizio		•	•	•	•	•	•	•
+3 Ipomaniacale	Chiamare il medico	•	•	•	•	•	•	•
+2 Su di giri	Prendere provvedimenti	•	•	•	•	•	•	•
+1 Sentirsi un po' su, Felice	Monitorare attentamente	•	•	•	•	•	•	•
0 Normale		•	•	•	•	•	•	•
-1 Sentirsi un po' giù Abbattuto	Monitorare attentamente	•	•	•	•	•	•	•
-2 Triste	Prendere provvedimenti	•	•	•	•	•	•	•
-3 Depresso	Chiamare il medico	•	•	•	•	•	•	•
-4 Immobilizzato		•	•	•	•	•	•	•
-5 Suicidio	Andare in ospedale	•	•	•	•	•	•	•
Depressione								
Che cosa ha causato il cambiamento d'umore?								

Procedura

1. Rivolgere domande sul grafico dell'umore assegnato la scorsa seduta. Se il grafico non è stato completato, procedere con l'intervento sulla compliance. Provare a compilare il grafico retrospettivamente ripensando alla settimana passata. Assegnare il grafico anche nei prossimi compiti.
2. Introdurre il modello della compliance secondo la TCC.
3. Identificare le credenze del paziente sugli aspetti più piacevoli e meno piacevoli del piano di trattamento esplicitato.
4. Chiedere al paziente di descrivere il corrente piano terapeutico. Valutare le attitudini e le credenze del paziente sugli aspetti diagnostici e terapeutici del piano. Identificare le false credenze e provare a demolirle utilizzando la tecnica della ristrutturazione cognitiva.
5. Valutare il livello di compliance al trattamento farmacologico. Chiedere al paziente come sta prendendo le medicine. Bilanciare il piano prescritto da quello effettivamente portato avanti. Valutare le difficoltà del paziente nel portare avanti il piano e negoziare i cambiamenti in base a orari e stili di vita del paziente.
6. Valutare e risolvere ostacoli che si stanno verificando o che potrebbero verificarsi utilizzando il metodo del problem-solving. Se il paziente non ha nessuna difficoltà, rivedere i problemi incontrati nel passato, sceglierne uno, e procedere con l'intervento.

Homework

1. Riorganizzare il piano in base agli ostacoli alla compliance.
2. Chiedere al paziente di compilare il Grafico dell'Umore per la prossima settimana.
3. Leggere in aggiunta al quarto, il sesto capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): "Ottenere il massimo dalla terapia".

Seduta 8: Convinzioni disfunzionali

Scopo

L'intento della seduta è mettere le basi per l'insegnamento delle tecniche cognitivo-comportamentali per fronteggiare i sintomi depressivi e ipomaniacali.

Sebbene la farmacoterapia possa controllare la maggioranza dei sintomi del DB, non è insolito che i pazienti sperimentino l'affiorare di sintomi mentre sono sotto terapia farmacologica. Fornire ai pazienti qualche tecnica cognitivo-comportamentale equivale a fornire loro maggiori strategie di fronteggiamento, quando i farmaci da soli non sono sufficienti.

Obiettivi

1. Introdurre il concetto di convinzioni disfunzionali positive e negative.
2. Spiegare come le convinzioni disfunzionali possano influenzare l'interpretazione di eventi e sub-sequenze di azioni.
3. Aiutare il paziente ad iniziare ad associare sbalzi d'umore con eventi, pattern di pensiero, e comportamenti.

Procedure

1. Valutare la compliance.
2. Rivedere il lavoro assegnato la seduta precedente riguardante la compliance. Il paziente

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

ha incontrato qualcuno degli ostacoli alla compliance che ci si era aspettato e che erano pianificati nell'ultima seduta? Se sì, l'intervento è stato d'aiuto? Se non è stato d'aiuto cosa ha interferito? Usare l'intervento di compliance e rivedere il piano in funzione di questi ostacoli.

3. Rivedere il Grafico dell'Umore dell'ultima settimana. Discutere variazioni dal range normale incluse le circostanze nelle quali il cambiamento di umore si è verificato.

4. Definire "cambiamento del tono dell'umore" (shift mood) e "pensieri automatici negativi". Spiegare l'associazione tra eventi, cambiamento del tono dell'umore e pensieri automatici. Fornire esempi del cambiamento del tono dell'umore positivo e negativo e concomitante cambiamento nelle cognizioni. Chiedere al paziente di riportare esempi di tali avvenimenti e sistematizzarli in una lista: "Sommario delle convinzioni disfunzionali positive e negative".

5. Dare il materiale da leggere per questa settimana.

Homework

Leggere il terzo e il quarto del libro scritto da Write e Basco (2001) e l'ottavo capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): "Riconoscere e Cogliere gli errori cognitivi".

Seduta 9: Modificazioni cognitive nella depressione

Scopo

Lo scopo della seduta è addestrare il paziente a monitorare le proprie convinzioni disfunzionali negative ed identificare gli errori di pensiero quando avvengono. L'identificazione dei pensieri automatici negativi può fare in modo che il paziente cominci a monitorare i suoi sintomi più da vicino o ad usare uno degli interventi cognitivi per i pensieri negativi automatici di cui si parlerà nella successiva seduta.

Obiettivi

1. Rivedere il concetto di "pensiero automatico negativo".
2. Insegnare al paziente a monitorare i pensieri e identificare i pensieri automatici negativi.
3. Insegnare al paziente come identificare gli errori di pensiero.

Procedura

1. Valutare l'intervento sulla compliance.
2. Rivedere gli homework assegnati la scorsa seduta.
3. Rivedere il concetto di convinzioni disfunzionali negative. Cercare di far elicitare eventi in cui c'è stata una modificazione del tono dell'umore accaduti nella scorsa settimana e qualche pensiero automatico correlato.
4. Utilizzare una Scheda per i pensieri automatici come guida per insegnare al paziente ad identificare i suoi pensieri automatici negativi.
5. Definire il concetto di "Errore cognitivo". Fornire al paziente una lista di errori di pensiero comuni. Fare riferimento alla Registrazione di Pensieri Automatici o al Sommario di Pensieri Preconcetti e annotare qualunque esempio di errore di pensiero.
6. Fornire al paziente gli homework per la prossima settimana.

Homework

1. Compilare la “Scheda dei pensieri automatici” per la prossima settimana.
2. Cercare errori di pensiero se non c’è stato sufficiente tempo per completarlo durante la seduta.
3. Leggere l’ottavo capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): “Riconoscere e Correggere gli errori cognitivi”.

Seduta 10: Analisi dei Pensieri Automatici Negativi

Scopo

Lo scopo di questa seduta è insegnare al paziente due tecniche di terapia cognitiva per fronteggiare i pensieri automatici negativi e ridurre l’intensità dei cambiamenti di umore associati – trovando prove a favore - prove contro e spiegazioni alternative per gli eventi.

Obiettivi della seduta

1. Insegnare al paziente la tecnica “prova a favore - prova contro” per valutare la validità dei pensieri automatici negativi.
2. Aiutare il paziente a trovare spiegazioni alternative per eventi come mezzo per fronteggiare i pensieri automatici negativi.

Procedura

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Rivedere il lavoro a casa del paziente sul Registro dei Pensieri Automatici. Valutare quanto il paziente abbia compreso la procedura, chiarire ogni confusione e rinforzare l’associazione tra eventi, pensieri e sentimenti. Se il paziente non ha completato il compito assegnato, chiedergli di riempire una pagina di diario sul quale vengono segnate le sue sensazioni (su come si sente) da usare ora negli esercizi per migliorare le capacità (skills training) da eseguire in questa seduta.
3. Prova a favore - prova contro: dare una base logica per valutare la validità dei pensieri automatici negativi. Fornire al paziente il foglio di lavoro Analisi dei Pensieri Negativi da usare in questo esercizio. Guidarli nella procedura usando i pensieri automatici segnati nel Registro dei Pensieri Automatici assegnato come lavoro a casa nell’ultima seduta.
4. Spiegazioni alternative: usare la terza colonna del Registro dei Pensieri per Valutare i Pensieri per trovare spiegazioni alternative per gli eventi in questione. Chiedere al paziente di scegliere la spiegazione che sembra più probabile. Generare prove a favore – prove contro la spiegazione alternativa se necessario.
5. Fare in modo che il paziente ri-valuti l’intensità dell’emozione associata e il suo credere nel pensiero automatico originale.
6. Fornire al paziente materiale per il lavoro a casa per la settimana.

Homework

Registro dei Pensieri Automatici e foglio di lavoro “Valuta i Tuoi Pensieri”. Chiedere al paziente di cercare di usare i due interventi cognitivi durante la successiva settimana.

Seduta 11: Cambiamenti cognitivi nella mania

Scopo

Lo scopo della seduta è cominciare ad addestrare il paziente a monitorare il suo pensiero per pensieri “positivamente preconcetti” o a contenuto rabbioso che possano segnalare l’insorgere di mania e ad intervenire con metodi che contengano e organizzino i sintomi cognitivi. Quando i pazienti trovano che il loro pensiero è segnato da un crescente interesse nell’intraprendere un gran numero di attività, da una accresciuta fiducia in se stessi e senso di grandiosità; se si sentono frastornati o disorganizzati, possono usare questi pensieri come segnale di preallarme, che possono annunciare un episodio maniaco o ipomaniaco, ed intervenire appropriatamente.

I cambiamenti cognitivi associati con l’insorgere di ipomania e mania sono spesso subdoli nella fase iniziale dell’episodio. Nell’insegnare al paziente a monitorare questi pensieri, è necessario considerare l’evoluzione della mania man mano che i sintomi diventano clinicamente degni di nota.

Obiettivi

1. Rivedere i tipi di pensieri che possono servire come indicatori dell’insorgere della mania.
2. Allenare il paziente a identificare cambiamenti di umore positivi e pensieri ipomaniacali e maniacali associati.
3. Far pratica dell’applicazione della “ristrutturazione cognitiva” per le cognizioni che possono essere distorte dall’ipomania.
4. Insegnare metodi per valutare i progetti prima di intraprendere una azione.

Procedura

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Revisione del lavoro a casa: rivedere l’analisi sui pensieri automatici assegnata nella seduta precedente.
3. Rivedere i pensieri preconcetti positivi che sono associati all’insorgere di ipomania o mania. Chiedere al paziente esempi personali dei suoi pensieri quando è ipomaniaco o maniacale.
4. Usare il Registro dei Pensieri Automatici come guida per insegnare ad identificare i pensieri preconcetti positivi.
5. Discutere su come e quando monitorare i pensieri che potrebbero annunciare la mania. Applicare una tecnica di ristrutturazione cognitiva per valutare i pensieri preconcetti e modificarli di conseguenza. Discutere su quando comunicare al loro psichiatra questi cambiamenti cognitivi.
6. Insegnare tecniche di vantaggio - svantaggio e di definizione di obiettivi.
7. Assegnare homework.

Homework

Tenere un Grafico dell’Umore per la settimana successiva. Quando l’umore ricade al di fuori dei limiti normali, chiedere al paziente di completare un Registro dei Pensieri Automatici. Sottolineare l’importanza del monitoraggio dei cambiamenti di umore per questo compito assegnato.

Leggere il nono capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): “Rallentamento mentale”.

Seduta 12: Gli aspetti comportamentali della depressione

Scopo

Lo scopo di questa seduta è fornire al paziente due tecniche cognitivo-comportamentali per fronteggiare le comuni conseguenze comportamentali della depressione: “Assegnazione dei Compiti Graduati (ACG)” e “padronanza e piacere crescenti”.

Obiettivi

1. Rivedere i comuni problemi comportamentali associati alla depressione (es. sentirsi sovraccarichi e sopraffatti e in un ciclo di stanchezza/faticabilità).
2. Insegnare al paziente due strategie TCC per fronteggiare questi problemi come la ACG e la padronanza e piacere crescenti.

Procedura

1. Verificare la compliance al trattamento.
2. Rivedere il Grafico dell’Umore e il Registro dei Pensieri Automatici relativo alla settimana precedente e discutere ogni variazione dal range normale, incluse le circostanze nelle quali il cambiamento di umore è avvenuto.
3. Rivedere il concetto di essere sopraffatti e sovraccarichi e fornire il razionale dell’intervento ACG. Chiedere al paziente episodi in cui si è sentito sopraffatto e sovraccarico. Scoprire come ha fronteggiato questo tipo di problemi nel passato.
4. Descrivere la procedura dell’ACG. Scegliere dei compiti che il paziente ha difficoltà a portare a termine ed applicare l’esercizio GTA.
5. Introdurre l’importanza dello sperimentare un senso di padronanza e piacere e il suo ruolo nella depressione. Valutare il livello di piacere attuale. Se indicato clinicamente, costruire compiti a casa mirati ad accrescere il piacere durante la settimana successiva.
6. Descrivere il ciclo di stanchezza/faticabilità. Chiedere al paziente di descrivere la sua esperienza con questo vissuto. Spiegare l’uso dell’accresciuta padronanza e piacere e dell’ACG per rompere il ciclo. Se il paziente è attualmente in un ciclo di stanchezza/faticabilità, sviluppare un piano per rompere il ciclo e assegnare questo come lavoro per casa.

Homework

1. Tentare il primo passo nell’ACG se è stato identificato un problema attuale. Rivedere il progresso nell’ultima seduta e continuare ad assegnare parti del compito come indicato clinicamente.
2. Assegnare un intervento per accrescere la padronanza e il piacere o per rompere il ciclo di stanchezza/faticabilità se clinicamente indicato. Fare il follow up di questi compiti assegnati. Continuare ad assegnare questi interventi finché sia clinicamente utile.
3. Assegnare un Grafico dell’Umore da usare nella successiva seduta.
4. Leggere il quinto capitolo del libro scritto da Write e Basco (2001) e il quinto capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): “Mettiti in moto”.

Seduta 13: Cambiamenti comportamentali nella mania

Scopo

Lo scopo di questa seduta è addestrare il paziente ad usare le fluttuazioni nei livelli di attività come segnali di inizio dell'insorgere dell'ipomania o mania e insegnare un metodo per limitare o contenere l'accresciuta ma disorganizzata attività.

Obiettivi

1. Addestrare il paziente a monitorare il suo livello di attività.
2. Aiutare al paziente a stabilire degli obiettivi come tecnica per porre dei limiti alla sua attività prima che raggiunga livelli problematici.
3. Discutere su come fare uso dei feedback provenienti dagli altri.

Procedura

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Rivedere il lavoro fatto a casa dall'ultima seduta.
3. Fornire dei criteri per monitorare le variazioni nel livello di attività come segnale di inizio dell'insorgere della mania o ipomania. Usando i grafici dell'umore fatti a casa dall'ultima seduta, far fare al paziente dei grafici del suo livello di attività dell'ultima settimana usando la stessa scala specificata per l'umore.
4. Fornire un metodo per l'utilizzo dell'impostazione di obiettivi come mezzo per fissare dei limiti al livello di attività quando questo comincia ad aumentare al di fuori dei limiti normali. Completare il foglio di lavoro sul Fissare Obiettivi.
5. Discutere le esperienze passate dove altri possono aver fornito un feedback sui cambiamenti comportamentali. L'informazione è stata accolta o respinta? Discutere come il paziente può trarre beneficio dal feedback di altri.
6. Confrontare e mettere a confronto le esperienze del paziente di padronanza e piacere in stati normali, di depressione e di mania.
7. Assegnare il lavoro a casa.

Homework

Monitorare il livello di attività e umore nella settimana usando un Grafico dell'Umore.

Leggere il terzo e il quarto del libro scritto da Write e Basco (2001) e l'ottavo capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): "Riconoscere e Cogliere gli errori cognitivi".

Seduta 14: Problemi psicosociali

Scopo

Questa seduta sposta il centro di interesse della terapia passando dai sintomi della malattia bipolare alla discussione delle sue conseguenze psicosociali. Viene fissata l'impalcatura per il successivo segmento di training, che comprende la valutazione, gli interventi e la soluzione di difficoltà psicosociali, compresi problemi interpersonali.

Il piano è iniziare ad esaminare alcune delle difficoltà psicosociali di cui il paziente può fare esperienza come risultato diretto o indiretto della malattia bipolare.

Obiettivi

1. Aprire la discussione sui problemi psicosociali affrontati da soggetti con DB fornendo esempi di problemi psicosociali comuni associati al disturbo.
2. Facilitare la discussione dei problemi che il paziente potrebbe aver vissuto nel passato o che sta attualmente affrontando, e che potrebbero direttamente o indirettamente essere collegati al loro disturbo.

Procedura

1. Verificare la compliance al trattamento.
2. Rivedere i grafici dell'umore e dell'attività del paziente. Discutere l'associazione tra sensazioni e comportamento.
3. Fornire una spiegazione di come i problemi psicosociali o interpersonali possono esacerbare o essere esacerbati da sintomi di depressione o mania.
4. Chiedere al paziente di descrivere qualunque difficoltà psicosociale di cui ha fatto esperienza correlata alla malattia. Informarlo che nella successiva seduta si discuterà di queste difficoltà più dettagliatamente.
5. Assegnare lavoro per casa.

Homework

Assegnare grafici umore e/o attività.

Leggere il decimo capitolo del libro scritto da Write e Basco (2001).

Seduta 15: Verifica del funzionamento psicosociale

Scopo

In questa seduta viene fatto il primo passo per affrontare i problemi psicosociali conducendo una scrupolosa valutazione del funzionamento interpersonale e psicosociale del paziente, sia dei punti di forza che dei punti deboli. Se il paziente identifica problemi o crisi acute nelle proprie relazioni interpersonali attuali, il terapeuta lo incoraggia a portare le persone significative alle sedute di terapia per tentare di risolvere queste difficoltà.

Obiettivi

1. Valutare il funzionamento interpersonale del paziente.
2. Identificare i fattori attuali di stress e le risorse del paziente.

Procedura

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Rivedere i grafici di umore e attività.
3. Valutare la qualità delle attuali relazioni interpersonali del paziente compresa la rete sociale, la quantità di contatto con gli altri, la qualità di queste interazioni, il grado di percezione del supporto degli altri, e qualunque difficoltà attuale nelle relazioni primarie.
4. Valutare eventuali fattori attuali di stress psicosociale.
5. Aiutare il pazienti ad identificare i suoi punti di forza che facilitano l'adattamento psicosociale e i punti di debolezza che potrebbero interferire con il funzionamento quotidiano.
6. Valutare qualunque fonte di supporto disponibile.

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

7. Utilizzare le informazioni sopra menzionate e assistere il paziente nello stabilire degli obiettivi di trattamento nelle sedute rimanenti.
8. Assegnare lavoro a casa.

Homework

Chiedere al paziente di continuare a lavorare sulla loro lista di problemi e foglio degli obiettivi e di leggere il nono capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): “Rallentamento Mentale”.

Seduta 16: Sviluppo dell'abilità di Problem-Solving

Scopo

I pazienti e i loro familiari possono avere difficoltà ad organizzare la loro discussione su questioni difficili per arrivare all'effettiva soluzione del problema. Spesso è utile seguire un approccio graduale strutturato per affrontare i problemi. Lo scopo di questa seduta è insegnare una procedura strutturata per risolvere i problemi psicosociali. La procedura può essere utilizzata individualmente con il paziente o in sedute di terapia congiunta con membri della famiglia o persone significative.

La procedura di problem-solving di base è modellata dal terapeuta in modo da risolvere i problemi come emergono nella seduta, inclusi i problemi di compliance, di programmazione o soluzione delle crisi.

Obiettivi

1. Insegnare una procedura strutturata per identificare e definire i problemi.
2. Insegnare una procedura strutturata per risolvere i problemi.
3. Fare pratica della procedura durante la seduta.

Procedura

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Scegliere un problema psicosociale identificato nell'ultima seduta e applicare la procedura di problem-solving.
3. Assegnare lavoro a casa.

Homework

Utilizzare la procedura di soluzione dei problemi con un evento di moderata difficoltà. Perfezionare la soluzione e valutare il risultato. Leggere il nono capitolo del manuale per il paziente (Basco 2006): “Rallentamento Mentale”.

Sedute 17-20: Soluzione dei problemi psicosociali

Scopo

Lo scopo delle sedute di soluzione dei problemi è tentare di risolvere le difficoltà psicosociali correnti identificate nella fase di valutazione che continuano ad essere una fonte di stress per il paziente.

Almeno una seduta dovrebbe essere destinata a ciascuno degli obiettivi di trattamento deli-

neati nella fase di valutazione. Potrebbero essere necessarie sedute multiple per affrontare un problema complicato. Per facilitare il processo è necessario dividere il principale obiettivo di trattamento in sotto-obiettivi e affrontarli individualmente usando la procedura di problem-solving.

Nelle rimanenti sedute si discute su come e quando le procedure di problem-solving possono essere incorporate nella vita quotidiana. Sebbene le procedure di problem-solving possono essere messe in pratica con l'assistenza del terapeuta, è utile che il paziente impari a mettere in pratica questa abilità nella vita quotidiana.

Obiettivi delle sedute

Affrontare un'area dei problemi definita nelle precedenti sedute usando la procedura di problem-solving.

Procedure

1. Valutare la compliance al trattamento.
2. Seguire la procedura delineata nella seduta di Sviluppo dell'Abilità di Problem-Solving. Impiegare sufficiente tempo per affrontare un'area dei problemi. Se il tempo lo consente, andare avanti e tentare di risolvere una seconda area di problemi.
3. Discutere su come l'identificazione del problema e i metodi di problem-solving possono essere talvolta usati quando è probabile un aumento dello stress. Questo può comprendere importanti eventi della vita o transizioni evolutive di ruolo. Altri segnali di inizio della possibile necessità di valutazione e soluzione dei problemi sono il peggioramento dei sintomi, l'aumento dello stress o il riconoscimento da parte degli di problemi che coinvolgono il paziente. Una valutazione programmata regolarmente del funzionamento psicosociale può essere d'aiuto nel prevenire i problemi prima che si verifichino.
4. Assegnare lavoro per casa.

Homework

Tentare un'implementazione delle soluzioni generate durante la discussione di problem-solving. Valutare quanto la soluzione sia adatta al problema e implementare un nuovo piano oppure correggere il piano se la soluzione proposta si è dimostrata inefficace.

Leggere l'undicesimo capitolo del libro scritto da Write e Basco (2001), il nono ("Rallentamento mentale") e il decimo capitolo ("Lavorare al programma") del manuale per il paziente (Basco 2006).

Efficacia della TCC

Chochran (1984) condusse il primo studio sull'efficacia della TCC. Dopo sei settimane di intervento il gruppo TCC mostrava una maggiore compliance (definita dalla presenza all'appuntamento e l'aderenza al farmaco) rispetto ai pazienti che ricevevano una terapia standard. Sei mesi dopo il trattamento il gruppo TCC dimostrava ancora una migliore aderenza rispetto al gruppo di controllo. In particolare, il gruppo TCC terminava il trattamento contro il consiglio del medico con minore probabilità, presentava un numero più basso di ospedalizzazioni e di episodi di depressione e mania.

Perry et al. (1999), hanno condotto uno studio in cui al gruppo sperimentale veniva somministrato un modulo di psicoterapia cognitiva di tipo individuale per 7-12 sedute psicoeducazionali in aggiunta alla terapia standard (farmacologia), mentre al gruppo di controllo veniva somministrata semplicemente la terapia standard. Il focus della terapia era incentrato sull'identificazione precoce dei sintomi della ricaduta. E' stato osservato che il gruppo psicoeducazionale diminuiva

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

significativamente il numero degli episodi maniacali oltre i 18 mesi, invece non si evidenziavano differenze significative nei due gruppi rispetto al numero di episodi depressivi. E' stato osservato, inoltre, che nel gruppo sperimentale vi era un miglioramento nel funzionamento psicosociale, mentre non vi erano differenze significative rispetto al numero di ospedalizzazioni.

Lam et al. (2000) hanno trovato che il gruppo sperimentale che svolgeva 12-20 sedute di TCC in sei mesi riduceva la frequenza degli episodi e migliorava le capacità di coping, per fronteggiare la sintomatologia rispetto al gruppo di controllo. I risultati si mantenevano per sei mesi di follow-up, e un minor numero di pazienti trattati con TCC richiedeva neurolettici rispetto al gruppo di controllo. Lo stesso gruppo di ricerca in successivi studi ha riscontrato che i risultati di efficacia si mantenevano dopo dodici e trenta mesi di follow-up (Lam et al. 2003, 2005).

Scott et al. (2001) somministrarono una sessione di terapia TCC per 25 sedute. Il training si concentrava sul monitoraggio dei sintomi, dei pensieri e delle credenze disfunzionali, degli ostacoli alla compliance e della prevenzione delle ricadute. Il gruppo TCC mostrava una riduzione significativa della sintomatologia e dei problemi nel funzionamento psicosociale al termine della terapia e nel follow-up effettuato a 6 e 12 mesi, con una riduzione significativa dei sintomi depressivi e una tendenza alla riduzione dell'attivazione maniacale. Anche il numero di ospedalizzazioni risultava significativamente ridotto nel gruppo TCC rispetto al gruppo di controllo.

In un successivo studio Scott et al. (2006b) osservarono che non risultavano differenze significative tra i risultati ottenuti tra i due gruppi. Gli autori verificarono che la TCC mostrava maggior efficacia solo nei pazienti che riferivano pochi episodi sintomatici nella loro storia del disturbo. I risultati di questo studio appaiono, in realtà non attendibili, in quanto le metodologie nel campionamento, la somministrazione della terapia farmacologica e l'analisi statistica dei risultati non sembrerebbero paragonabili agli altri studi randomizzati controllati (Lam 2006).

Bull et al. (2006) hanno somministrato 18-20 sedute di terapia cognitiva individuale, in cui il focus del trattamento era basato sulla psicoeducazione: identificazione dei primi segnali di allarme, stabilizzazione della routine quotidiana del paziente, identificazione e modificazione delle cognizioni e utilizzo di tecniche emotive. I risultati raggiunti, come gli altri studi recenti, suggeriscono che la terapia cognitiva sia efficace nella riduzione della ricaduta depressiva, produca una significativa riduzione della sintomatologia depressiva e la modifica delle credenze disfunzionali. Tali risultati sono rimasti costanti anche al follow up nei 12 mesi successivi il termine della terapia.

Gli studi di Lam e collaboratori, che utilizzano un protocollo di terapia cognitiva standard rispetto a questo studio ottengono lo stesso tipo di risultati. Non appare, quindi, chiaro se l'aggiunta di tecniche emotive (la maggior parte prese in prestito dalla terapia della gestalt), possa dare una maggior efficacia al trattamento cognitivo base. E' stato osservato che i benefici tratti dalla terapia (confronto dei follow-up a 12 e 18 mesi) diminuiscano gradualmente una volta terminato il trattamento e sia quindi utile un "richiamo periodico". Sembrerebbe infatti che gli stabilizzatori dell'umore da soli non bastino a mantenere stabili nel tempo gli effetti positivi ottenuti con la TCC.

Terapia Centrata sulla Famiglia (TCF)

Il Trattamento Centrato sulla Famiglia (TCF) è un intervento di tipo psicoeducativo che riprende il trattamento familiare della schizofrenia di Falloon et al. (1984).

Consiste di quattro fasi e relativi moduli di trattamento e una fase d'intervento di crisi, se necessaria. Dopo uno studio pilota effettuato su nove pazienti (Miklowitz et al. 1990), gli autori

Antonella Rainone et al.

hanno pubblicato un manuale d'intervento successivamente impiegato in due sperimentazioni controllate tuttora in corso (Miklowitz et al. 2000; Rea et al. 2003). La TCF sembra associata ad un miglior stile di interazione non verbale, che contribuisce a mediare un esito più favorevole del disturbo. In particolar modo, i pazienti con DB provenienti da famiglie caratterizzate da un'alta emotività espressa, hanno mostrato la maggior sostanziale riduzione dei sintomi (Miklowitz et al. 2000).

Le fasi del TCF del disturbo bipolare possono essere riassunte come segue.

Fase iniziale di valutazione

Camberwell Family Interview per l'emotività espressa.
Valutazione strutturata delle dinamiche relazionali della famiglia.

Informazioni sul disturbo bipolare

Segni e sintomi della mania e della depressione.
Variabilità del decorso del disturbo bipolare.
Teorie eziologiche e modello vulnerabilità/stress.
Razionale del trattamento farmacologico e psicosociale.
Ruolo della famiglia nell'aiutare il paziente.
Il problema della stigmatizzazione e strategie per affrontare l'etichetta di "malato".
L'episodio come trauma per il paziente e per la famiglia.

Training per migliorare le strategie comunicative

Ascolto attivo.
Offrire un feedback positivo.
Esplicitare richieste positive per modificare il comportamento.
Richiedere il cambiamento dei comportamenti indesiderati.

Training per potenziare le capacità di problem-solving

Definizione del problema.
Confronto di idee, possibili soluzioni.
Valutazione di vantaggi e svantaggi di ciascuna soluzione proposta.
Scelta e attuazione di una soluzione o di una combinazione di più soluzioni.

Intervento di crisi (se necessario)

Riferimento ad eventi specifici.
Riconoscimento della ricaduta.

Fase di valutazione iniziale

Il Trattamento Centrato sulla Famiglia inizia quando la sintomatologia dell'episodio acuto, maniacale o depressivo, è in via di remissione. Si valuta in maniera approfondita il funzionamento del nucleo familiare o della coppia coniugale e dei singoli individui che ne fanno parte. Attraverso un'intervista semistrutturata, la Camberwell Family Interview, della durata di un'ora o un'ora e mezzo, viene misurato il livello di emotività espressa di ciascun membro della famiglia. Questo strumento serve fondamentalmente per valutare le reazioni emotive del familiare rispetto al più recente episodio di malattia che il paziente ha manifestato. In particolare, s'inda-

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

ga il rischio di ricadute e vengono messi in luce gli aspetti chiave che verranno toccati durante il trattamento (presenza di alti livelli di critica, di ostilità o di ipercoinvolgimento emotivo, come abitudini disturbanti nei familiari e confini interpersonali). Allo stesso scopo vengono utilizzati momenti “campione” di interazione familiare, strutturati, della durata di dieci minuti. Nel corso di sedute finalizzate alla soluzione di problemi, la coppia o la famiglia viene messa alla prova per cercare di risolvere due conflitti attuali precedentemente emersi in colloqui individuali. Il terapeuta può così rendersi conto delle modalità e strategie adottate dalla famiglia per individuare e mettere in atto le soluzioni al conflitto, il tono affettivo delle interazioni e la chiarezza o confusione presenti negli scambi comunicativi. Si può così identificare quale aspetto specifico della comunicazione o quale capacità di problem-solving dovranno essere potenziati tramite il trattamento.

Informazione sul disturbo bipolare

La fase iniziale serve anche per capire quanto la famiglia comprende la natura del disturbo e fornirle conoscenza. Il modulo educativo/informativo prevede generalmente sette incontri. Utilizzando un metodo didattico, in questa fase il terapeuta cerca di familiarizzare i vari membri del nucleo familiare con i sintomi della mania e della depressione, con il decorso tipico del disturbo e con i fattori che ne possono influenzare la prognosi. Vengono altresì chiariti i ruoli esercitati dalla vulnerabilità genetica, dagli squilibri biochimici e dallo stress ambientale come fattori precipitanti. Infine, si sottolinea l'importanza della regolare assunzione dei farmaci, degli esami ematochimici e delle visite di controllo per poter monitorare l'andamento della terapia farmacologica. Contemporaneamente il terapeuta illustra i potenziali benefici di un trattamento psicosociale associato alla terapia farmacologica. Ogni membro della famiglia viene incoraggiato a ridurre il grado di stress nell'ambito familiare e a moderare le aspettative circa l'immediato adattamento del paziente al lavoro e all'ambiente socio-familiare.

Compito e preoccupazione del terapeuta saranno anche evitare che i familiari o lo stesso paziente si possano sentire responsabili della malattia, tranquillizzando circa il comportamento del paziente e facendo esempi e analogie con altre malattie a base biologica che necessitano di un trattamento farmacologico di mantenimento a lungo termine.

Un altro problema affrontato è la stigmatizzazione della malattia mentale. Solitamente il paziente bipolare prima dell'esordio aveva un buon funzionamento ed è difficile, per lui e per i suoi familiari, accettare il cambiamento. Spesso, poi, la causa è imputata al ricovero. Compito del terapeuta nella TCF sarà quello di aiutare il paziente a comprendere che ci sono ancora molti obiettivi che potrà raggiungere e che è possibile ridurre al minimo il numero degli episodi. Il paziente viene anche stimolato a raccontare cosa ha significato per lui l'episodio, soprattutto se si è dovuti ricorrere al ricovero, stimolando il supporto da parte dei familiari sia dal punto di vista della comprensione che da quello prettamente pratico.

Training per migliorare le strategie comunicative.

Questo modulo, della durata di sette sedute o più, ha lo scopo di insegnare alle famiglie strategie d'incremento delle capacità comunicative, in particolare ascoltare attivamente, offrire un feedback positivo, fare richieste positive al fine di modificare il comportamento di un altro membro della famiglia ed esprimere sentimenti negativi richiedendo cambiamenti per compor-

Antonella Rainone et al.

tamenti indesiderati. La tecnica di base che viene usata in questa fase è quella del gioco dei ruoli (role-playing), che viene ripetuto finché l'abilità non è stata acquisita, obiettivo raggiunto anche attraverso l'assegnazione di compiti a casa.

Sono state osservate modalità di comunicazione tipiche di famiglie in cui un membro presenta un disturbo bipolare: questo, infatti, spesso mostra la tendenza a dirigere o controllare le interazioni stressanti attraverso comportamenti aggressivi o assertivi, rifiutando di riconoscere la validità delle affermazioni altrui. Queste modalità di controllo spesso si accompagnano a critica o pensieri intrusivi tipo lettura del pensiero da parte dei familiari, che spesso causano ulteriori comportamenti oppositivi nel paziente. Scopo di questa fase è quello di insegnare ai vari membri a "chiedere tempo", concedendosi pause per ascoltare e parafrasare le affermazioni dell'altro e imparando a richiedere il cambiamento di comportamenti.

Training per potenziare le capacità di problem-solving

Nel modulo finale della TCF, della durata di quattro o cinque sedute, i vari membri della famiglia imparano a risolvere un conflitto. Si insegna ad identificare un problema specifico per poi cercare, valutare e infine selezionare la soluzione migliore a quel problema. Viene assegnato un diario a ciascun membro del nucleo familiare. Compito del terapeuta è istruire sul processo di problem-solving evitando di suggerire soluzioni.

Intervento di crisi

Il Trattamento Centrato sulla Famiglia dura circa nove mesi. In questo periodo può capitare di doverlo sospendere momentaneamente per doversi occupare di eventi contingenti. I vari training a volte vengono adattati per risolvere particolari problemi familiari o di coppia. Una forma specifica d'intervento di crisi è quella che riguarda il riconoscimento della ricaduta. Al momento della dimissione dall'ospedale, pur essendo l'episodio in remissione, può essere presente una sintomatologia residua che, se non trattata accuratamente, può degenerare in episodio conclamato. All'interno del modulo informativo s'insegna al paziente e ai suoi familiari come riconoscere i segni di una ricaduta imminente e quali provvedimenti mettere in atto per evitarla.

Terapia Interpersonale e dei Ritmi Sociali (IP/SRT)

La Terapia Interpersonale e dei Ritmi Sociali (IP/SRT) sviluppata da Frank et al. (1999, 2004) consta delle seguenti quattro fasi e ha come base la Terapia Interpersonale sviluppata da Klerman et al. per la cura della depressione (Klerman et al. 1984; Weissman et al. 2000).

Fase iniziale

Anamnesi patologica.

Informazione sui disturbi affettivi ricorrenti.

Valutazione interpersonale.

Inizio della compilazione del Social Rhythm Metric.

Identificazione delle aree problematiche interpersonali.

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

Fasi intermedie e successive

Strategia di gestione dei sintomi:

- ricerca degli eventi responsabili della disregolazione dei ritmi sociali;
 - regolarizzazione dei ritmi circadiani e di quelli sociali quotidiani;
 - giusto equilibrio tra regolarità dei ritmi, attività, stimoli e tono dell'umore.
- Identificare e affrontare i problemi dell'area interpersonale:
- lutto;
 - perdita del sé efficiente e sano;
 - liti interpersonali;
 - deficit interpersonali;
 - passaggio di ruolo.

Fase terminale

Revisione dei progressi terapeutici e delle aree che necessitano di miglioramento.

Fornire sostegno per fronteggiare eventi stressanti futuri e prevenire ricadute.

Infondere speranza.

Fase iniziale

La IP/SRT può iniziare mentre il paziente è in via di ripresa da un episodio acuto o in fase di remissione sintomatologica. Viene ricostruita insieme al paziente la storia della malattia, ponendo particolare enfasi ai cambiamenti nei ritmi circadiani e/o sociali che possono essere stati un fattore precipitante dell'episodio. Si spiega al paziente il decorso tipico della malattia e l'eventuale responsabilità circa la disregolazione dei ritmi sociali e circadiani. Mettendo in luce gli episodi causati da non compliance alla terapia farmacologica, si rinforza l'aderenza al trattamento. Il paziente può valutare nell'ambito di un contesto terapeutico supportivo, quanto il disturbo abbia inciso sulla sua vita, in modo da far diminuire il diniego. Viene effettuata una valutazione interpersonale, passando in rassegna la quantità e qualità delle relazioni affettive e sociali del paziente, al fine di identificare le aree interpersonali problematiche e di programmare i successivi interventi. Viene introdotto il Social Rhythm Metric, una sorta di diario giornaliero che il paziente compila ogni sera annotando ciascuna delle 17 attività quotidiane individuate, segnando anche se le ha effettuate da solo o in presenza di altri ed eventualmente quanto le altre persone lo hanno stimolato. Il paziente valuta giornalmente il suo tono dell'umore. Nel corso del tempo impara anche a rilevare l'interazione dinamica che c'è tra l'instabilità della routine quotidiana, la presenza o assenza di stimoli sociali, il ritmo sonno-veglia e le fluttuazioni del tono dell'umore. In questa fase non si cerca di modificare i ritmi giornalieri del paziente. Scopo finale è infatti identificare le eventuali aree interpersonali problematiche.

Fase intermedia e successiva

Nel corso della terapia il lavoro progressivamente si concentra sullo sviluppo di una strategia di gestione dei sintomi, incoraggiando il paziente a stabilizzare la propria routine quotidiana, e sull'affrontare e risolvere le aree interpersonali problematiche precedentemente individuate, ponendo l'attenzione sull'eventuale ruolo che possono rivestire nell'esacerbare la sintomatologia o disregolare i ritmi sociali. Il lavoro congiunto di terapeuta e paziente è rivolto all'identifica-

zione dei fattori ambientali che scatenano la disregolazione dei ritmi, ricercando un giusto equilibrio e migliorando di conseguenza il tono dell'umore.

Per quanto riguarda le aree interpersonali problematiche, il paziente impara a riconoscere i pattern problematici, acquisisce un maggiore insight su come è percepito dagli altri riconoscendo la relazione bidirezionale tra queste sue difficoltà e le fluttuazioni del tono dell'umore.

Se sono presenti conflitti, spesso esacerbati dal tempo e dalla malattia, si insegna al paziente ad identificare le situazioni tipiche di conflitto e a usare modalità più funzionali nella loro gestione e risoluzione.

A volte il paziente si ritrova socialmente isolato, talora per una carenza di competenze sociali e interpersonali, più spesso per il timore di un giudizio negativo. Il paziente viene stimolato e aiutato ad instaurare nuove amicizie, a valutare le relazioni interpersonali in modo più realistico, a porsi nuovi obiettivi in ambito lavorativo e sociale. Vengono utilizzate, seppure in modo limitato, alcune forme specifiche di training delle capacità, come l'assertività.

In caso di un cambio di ruolo, si aiuta il paziente ad accettare il cambiamento, a conoscere le modalità della nuova condizione di vita, a fronteggiare le nuove richieste e ad adattare la routine quotidiana alle nuove esigenze. Infine, vengono identificati e analizzati i modi per evitare in futuro il ripresentarsi di questi problemi.

Fase terminale

Nella fase finale si passano in rassegna i progressi ottenuti e gli obiettivi raggiunti, infondendo speranza e ottimismo nel paziente evidenziandone il maggior grado di controllo di cui ora egli dispone per riconoscere e fronteggiare gli eventuali problemi.

I risultati preliminari degli studi hanno dimostrato che i pazienti una maggiore stabilità dei ritmi sociali e che la IP/SRT è associata a periodi significativamente più lunghi di eutimia (Frank et al. 1999, 2004).

Terapia di gruppo

Vista l'importanza di un supporto sociale (Johnson et al. 1999), per alcuni pazienti può essere utile frequentare regolarmente gruppi di supporto informale, come per es. gruppi di auto-aiuto rivolti anche ai familiari. Scopo di questi gruppi, così come previsto dal loro statuto, è quello di provvedere al supporto personale e ai servizi diretti a persone con depressione clinica o con disturbo maniaco-depressivo e alle loro famiglie. Sembrerebbe, infatti, che l'adattamento e la facilitazione delle cure farmacologiche e il contenimento delle ricadute gravi, possa essere attribuita maggiormente a fattori aspecifici del supporto e della condivisione offerti dal gruppo (Graus 2006).

Il trattamento propone, inoltre, di educare e informare il pubblico circa la natura e la gestione del disturbo e di promuovere ricerche. In uno studio randomizzato controllato d'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo, Hirschfeld et al. (1998) hanno constatato che i pazienti che avevano preso parte alla sessione aggiuntiva del programma di gruppo, avevano periodi significativamente più lunghi di eutimia e molti meno nuovi episodi sintomatici rispetto ai pazienti del gruppo di controllo trattati esclusivamente con i farmaci. Anche Colom et al. (2003) hanno evidenziato che sessioni aggiuntive di incontri psicoeducazionali di gruppo contribuiscono a migliorare la compliance alla farmacoterapia, a riconoscere i segni prodromici e a ridurre il senso di stigma.

Conclusioni

In questa rassegna abbiamo cercato di rispondere alla domanda sul possibile ruolo e importanza che la psicoterapia ricopre nel supporto alla cura farmacologica per il DB, indicando i principali modelli terapeutici sviluppati in ambito clinico e sottoposti a studi controllati di efficacia e approfondendo la Terapia Cognitivo-Comportamentale, considerata una delle psicoterapie di prima scelta nella cura dei Disturbi Bipolari. Abbiamo visto che, pur essendo la terapia farmacologica centrale nel trattamento del DB, sia in fase acuta che in quella di mantenimento, la psicoterapia può essere considerata un necessario fattore aggiuntivo, che diviene indispensabile per tutti quei pazienti che non rispondono o che rifiutano il trattamento farmacologico. In alcuni casi poi, come la gravidanza, la psicoterapia può risultare l'unico trattamento possibile a causa delle controindicazioni dei farmaci. La psicoterapia è utile per i problemi secondari del disturbo, perché anche se gli aspetti biologici sono primari, le manifestazioni sono principalmente comportamentali e psicologiche. L'intervento psicoterapico è fondamentale per quegli individui che sperimentano cambiamenti devastanti nel modo di percepirsi ed essere percepiti a causa del disturbo.

Inoltre la psicoterapia ha l'obiettivo di supportare la mancata *compliance* nei confronti dell'assunzione del farmaco e di fornire al paziente le abilità per fronteggiare gli *stressor* psicosociali che possono scatenare gli episodi sintomatici, imparando a riconoscere i segnali preallarme e a fronteggiare e controllare gli episodi maniacali e/o depressivi.

La psicoterapia, inoltre, permette quella flessibilità di stile e di tecnica necessaria con pazienti di questo tipo, a causa della loro mutevolezza. In questo modo non si forza il paziente a vedere la farmacoterapia come focus di cura, ma si massimizza il senso di controllo del paziente sul processo terapeutico attraverso un "approccio morbido".

Bibliografia

- Basco MR (2006). *The bipolar workbook - Tools for Controlling Your Mood Swing*. The Guilford Press, New York.
- Basco MR, Rush AJ (1996). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. The Guilford Press, New York.
- Basco MR, Rush AJ (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder, second edition*. The Guilford Press, New York.
- Beck JS, Newman CF (2005). Psychotherapy for Bipolar Disorder: Treatments to Enhance Medication Adherence and Improve Outcomes. *Medscape*, 18 Aprile, 2005.
- Bull JR, Mitchell PB, Corry JC, Skillecorn A, Smith M, Mahli GS (2006). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Focus on Long - Term Change. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 2, 277-286.
- Cochran SD (1984). Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52, 873-878.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry* 60, 402-407.
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW (1984). *Family Care of Schizophrenia*. Guilford, New York.
- Frank E, Swartz H, Mallinger A (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effect of changing

- treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology* 108, 579-587.
- Frank E, Swartz HA (2004). Interpersonal and Social Rhythm Therapy. In: Johnson SL, Leahy RL *Psychological Treatment of Bipolar Disorder: The Guilford Press*, New York, 162-183.
- Goldberg JF, Harrow M (1998). *Bipolar Disorder*. American Psychiatric Press, Inc. Tr. It. *I disturbi bipolari*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.
- Goodwing FK, Jamison KR (2007). *Manic - Depressive Illness*. Oxford University Press, Oxford.
- Graus G (2006). Terapia cognitiva di gruppo del disturbo bipolare: un'esperienza integrata. *Quaderni di psicologia cognitiva* 19, 11, 2, 82-96.
- Gutierrez MJ, Scott J (2004). Psychological treatments for bipolar disorders: a review of randomised controlled trials. *European Journal of Psychiatry* 254, 92-98.
- Hirschfeld DR, Gould RA, Reilly-Harrington NA (1998). Short-term adjunctive cognitive-behavioral group therapy for bipolar disorder : preliminary results from a controlled trial. *Program and abstracts of the Annual Conference of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*. 5-8 Novembre. Washington, DC.
- Johnson SL, Winnett C, Meyer B, Greenhouse W, Miller I (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 108, 558-566.
- Khazaal Y, Pomini V (2006). Thérapies comportementales et cognitives du trouble bipolaire: actualités et perspectives. *Revue Médicale Suisse* 2, 2104-07.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books, New York.
- Lam DH (2006). What can we conclude from studies on psychotherapy in bipolar disorder? *British Journal of Psychiatry* 188, 321-322.
- Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D, Sham P (2000). Cognitive Therapy for bipolar illness - a pilot study of relapse prevention. *Cognition Therapy and Research* 24, 503-520.
- Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P (2005). Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years. *American Journal of Psychiatry* 162, 2, 324-329.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry* 60, 145-152.
- Miklowitz DJ (2002). *The bipolar disorder survival guide: What you and your family need to know*. The Guilford Press, New York. Tr. It. *Il disturbo bipolare. Una guida per la sopravvivenza*. Fioriti, Roma 2005.
- Miklowitz DJ (2004). Family therapy. In: Johnson S.L., Leahy R.L. *Psychological Treatment of Bipolar Disorder: The Guilford Press*, New York, 226-241.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein K, Snyder M, Mintz J (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 45, 225-230.
- Miklowitz DJ, Simoneau T, George E (2000). Family focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry* 48, 582-592.
- Newman CF, Leahy RLL, Beck AT, Reilly-Harrington N, Laszlo G (2005). *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. American Psychological Association, Washington.
- Perry A, Tarrrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K (1999). A randomized controlled trial of teaching bipolar disorder patients to identify early symptoms of relapse and obtain early treatment. *British Medical Journal* 318, 7177, 149 -153.
- Power MJ (2005). Psychological approaches to bipolar disorders: A theoretical critique. *Clinical Psychology Review* 25, 1101-1122.

Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del Disturbo Bipolare?

- Rea MM, Thompson M, Miklowitz DJ (2003). Family-focused treatment vs. individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, 482-492.
- Scott J (2006a). Psychotherapy for bipolar disorders – efficacy and effectiveness. *Journal of Psychopharmacology* 20, 2S, 46–50.
- Scott J, Garland A, Moorhead S (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychological Medicine* 31, 459-467.
- Scott J, Paykel E, Morris R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, Abbott R, Hayhurst H (2006b). Cognitive - Behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorder: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 188, 313-320.
- Simon GE, Ludman EJ, Unutzer J, Bauer MS (2002). Randomized trial of systematic care for bipolar disorder. *Program and abstracts of the NIMH 15th Biennial Conference on Mental Health Services Research*. Washington, DC.
- Taube-Schiff M, Segal Z (2006). Cognitive therapy in addition to standard care was more cost effective than standard care alone in bipolar disorder. *Evidence Based Medicine* 11, 2, 60.
- Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Basic Book, New York.
- Wright JH, Basco MR (2001). *Getting your life back: The complete guide to recovery from depression*. Free Press, New York.

Indirizzo per la corrispondenza: Dott.ssa Antonella Rainone, Studio di Psicoterapia APC-SPC, V.le Castro Pretorio, 116A - 00185 – Roma, Tel 0644704193, Fax 0644360720 – email rainone@apc.it