

IV GIORNATA DI PSICHIATRIA IBLEA

**« *La psicoriabilitazione del disturbo bipolare
come obiettivo della moderna psichiatria* »**

Dr. Giuseppe Crisafulli
Primario DSM Adrano-Bronte ASL 3 Catania

14 Novembre 2006
Villa De Pasquale Ragusa

PREMESSA (I)

Negli ultimi 20-25 anni si è radicalmente trasformato il nostro modo di concettualizzare il disturbo bipolare.

- 1) Da patologia rara a disturbo abbastanza diffuso nelle sue varie manifestazioni (20% di tutti i disturbi dell'umore)
- 2) Da patologia relativamente tardiva a disturbo che ha invece un esordio precoce (infanzia, adolescenza)
- 3) Da patologia a decorso episodico, con intervalli liberi tra un episodio e l'altro, a disturbo tendenzialmente cronico con frequente sintomatologia residua interepisodica
- 4) Da patologia ad esito piuttosto favorevole a disturbo ad esito spesso severo sia dal punto di vista psicopatologico che psicosociale
- 5) Da patologia di trattamento relativamente semplice (LITIO) a disturbo spesso resistente alla terapia con frequente necessità di combinare più farmaci e con problemi peculiari nelle varie fasi di malattia
- 6) Disturbo in cui oltre all'approccio farmacologico rivestono importanza fondamentale le diverse tecniche psicoterapeutiche e psicoeducazionali ed in cui riveste importanza fondamentale l'approccio integrato

M.Maj Introduzione al Congresso
"La terapia a lungo termine nei pazienti bipolari "

PREMESSA (II)

- La psicoriabilitazione del disturbo bipolare si identifica con il trattamento integrato a lungo termine
 - L'approccio integrato (intervento farmacologico – psicoterapia – interventi psicoeducazionali e psicosociali) si è rilevato più efficace della sola terapia farmacologica nel trattamento dei disturbi dell'umore
 - Importanza fondamentale nella cura del disturbo bipolare rivestono le qualità umane e relazionali del terapeuta (flessibilità; elasticità; capacità di adattamento)
-
-

PRINCIPALI OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO INTEGRATO A LUNGO TERMINE

- Prevenzione degli episodi di mania, di depressione e degli episodi misti
- Intervento anche nei periodi intervallari interepisodici (spesso caratterizzati da depressione subsindromica o da umore ipertimico)
- Trattare in forma integrata le condizioni mediche e i fattori di rischio che spesso si associano al disturbo bipolare
- Prevenzione del suicidio
- Occuparsi dell'uomo (oltre che della malattia).

Individualizzare il trattamento sulle caratteristiche peculiari della persona

INTEGRAZIONE TRA INTERVENTI MEDICI (I)

Il disturbo bipolare è tra i disturbi psichiatrici quello che si presenta con:

- Una maggiore e più precoce comorbidità con malattie mediche e fattori di rischio per molte malattie organiche (frequentissime le doppie diagnosi)
 - Una maggiore mortalità per le condizioni mediche associate:
 - malattie cardiovascolari – ipertensione
 - patologie respiratorie
 - obesità
 - diabete
 - sindrome metabolica(vi è una recente ipotesi di correlazione tra queste due condizioni di « *vulnerabilità genetica* »)
 - Fattori di rischio:
 - abuso di caffè
 - tabagismo
 - alcolismo
 - abuso di sostanze (cocaina)
 - promiscuità sessuale
- « *Il paziente con disturbo bipolare cerca con grande passione tutte le cose che fanno male a lui e soprattutto alla sua malattia pur avendo un sistema nervoso molto reattivo agli effetti delle sostanze* » (A. KouKopoulos)
-
-

INTEGRAZIONE TRA INTERVENTI MEDICI (II)

Per un intervento integrato dal punto di vista clinico:

- ◆ Riconoscere il carico medico sia in termini di fattori di rischio, sia in termini di patologia medica associata
- ◆ Ogni volta che prescriviamo una terapia e la implementiamo – tenere in considerazione – sia i problemi psichiatrici sia i problemi medici

La ricerca futura sul disturbo bipolare dovrà collegare insieme i problemi medici a quelli psichiatrici per l'elaborazione di un modello di cura integrato dal punto di vista clinico

OCCUPARSI DELL' UOMO

Aspetti e problemi di ordine psicologico ed esistenziale nel disturbo bipolare

- Confusione rispetto alla propria identità (yo-yo dell'umore)
 - Cicli rapidi
 - Inizio precoce
 - Incertezza rispetto al proprio progetto esistenziale
 - grandiosità e dispersività nella fase maniacale
 - infuturazione bloccata nella fase depressiva
 - Sensazione di perdita di controllo sulle proprie emozioni e comportamenti
Sindrome della spada di Damocle
 - Profonde ripercussioni sull'autostima
 - Differenti e variabili percezioni da parte dell'ambiente (alternanza di speranze e delusioni)
 - Profonde ripercussioni sulle relazioni interpersonali e sociali (problematicità della vita affettiva e lavorativa)
 - Aspetti creativi della personalità spesso presenti. Il disturbo bipolare è fortemente rappresentato nelle personalità artistiche.
« *Toccati dal fuoco* » (K. Jamison)
-
-

LA PSICOTERAPIA NEL DISTURBO BIPOLARE

- Diversamente, all'interno di un approccio integrato, la psicoterapia si è rivelata particolarmente utile per affrontare le difficoltà personali e relazionali causate dal disturbo, influenzando positivamente sull'autostima ed in generale sulla qualità della vita del paziente affetto da disturbo bipolare
 - E' ormai convincimento generale che la psicoterapia da sola non risulta efficace nella cura degli episodi della malattia (in particolare della fase maniacale)
 - Tutte le forme di psicoterapia possono essere potenzialmente efficaci nell'approccio integrato del disturbo bipolare
 - Solo per alcune di esse esistono degli studi che ne hanno evidenziato e comprovato l'efficacia
- **PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE**
- **TRATTAMENTO FAMILIARE denominato FAMILY FOCUS TREATMENT (F.F.T.)**
- **PSICOTERAPIA INTERPERSONALE E DEI RITMI SOCIALI (I.P.S.R.T.)**

PSICOTERAPIA CON PROVE DI EFFICACIA

A) PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE (CBT)

l'approccio sviluppato da Basco e Rush e ripreso da Beck è diretto ai pazienti e ai loro familiari. E' particolarmente utile nello sviluppare:

- capacità di riconoscimento e coping rispetto a life events
- capacità di riconoscimento e coping di sintomi prodromici
- capacità di problem solving rispetto a diversi aspetti della malattia

In tale approccio sono utilizzati i GRAFICI DELL'UMORE utili per evidenziare le modificazioni dello stato affettivo.

Negli studi effettuati, il gruppo con la terapia cognitivo comportamentale aveva significativamente periodi più lunghi senza ricadute ed episodi bipolari più corti rispetto al gruppo di controllo

(Ricerca di Lam e altri su 103 pazienti con disturbo bipolare I)

B) FAMILY FOCUS TREATMENT sviluppato da Miklowitz e altri

accanto ad un iniziale approccio psicoeducazionale (I° modulo) vengono attenzionate in particolare le relazioni disfunzionali all'interno della famiglia (II° modulo) e offerte soluzioni ai principali problemi interpersonali (III° modulo)

PSICOTERAPIA CON PROVE DI EFFICACIA

PSICOTERAPIA INTERPERSONALE E DEI RITMI SOCIALI (I) (I.P.S.R.T.)

ideata dal gruppo di Ellen Frank presso l' Università di Pittsburg

In questo approccio la psicoterapia interpersonale di Klermann e Weissman si combina con un approccio psicoeducazionale particolarmente indirizzato alla gestione dei ritmi circadiani del paziente.

Nella I.P.S.R.T. Si presta molta attenzione:

- Alla connessione di eventi interpersonali (delusioni interpersonali) e variazioni dell'umore
- Ai ritmi circadiani del paziente descritti in 5 ITEMS
- Alzarsi dal letto
- Primo contatto con altre persone
- Inizio del lavoro
- Cena
- Andare a letto

PSICOTERAPIA INTERPERSONALE E DEI RITMI CIRCADIANI (II)

L'ipotesi che si tiene in considerazione è che il paziente bipolare abbia una particolare

« *vulnerabilità circadiana* » e che gli eventi traumatici, specie interpersonali, della vita possano determinare ricadute per la loro influenza sui principali ritmi sociali (in particolar modo il ritmo sonno veglia)

« *Serva ordinem et ordo servabit te* » *Scuola Salernitana*

Negli studi della Frank il gruppo che ha iniziato la IPSRT nella fase acuta ed ha imparato a protocollare il proprio ritmo giornaliero ha avuto un periodo di benessere significativamente più lungo della fase di mantenimento rispetto al gruppo di controllo

OBIETTIVI DELLA PSICOTERAPIA

A prescindere dall'approccio utilizzato, gli obiettivi di una psicoterapia possono così essere focalizzati:

- 1) comprensione della malattia e ricerca di un equilibrio stabile e duraturo con sostegno dell'identità personale
 - 2) sostenere progetti di vita realistici e realizzabili (programmazione accorta degli obiettivi personali)
 - 3) favorire l'acquisizione di un maggior controllo della propria vita (miglioramento del funzionamento sociale e lavorativo)
 - 4) sostegno dell'autostima
 - 5) sostegno alla famiglia (partner; genitori; figli ecc.)
 - 6) prevenzione delle condotte impulsive e autodistruttive (ricorso a droghe, alcol, tendenza agli incidenti, condotte suicidali)
 - 7) rispetto e valorizzazione degli aspetti creativi della personalità
-
-

L'INTERVENTO PSICOEDUCAZIONALE

- ◆ SUL SINGOLO PAZIENTE
- ◆ SU GRUPPI DI PAZIENTI

PRINCIPALI OBIETTIVI (I)

- Aumentare il livello di informazione e consapevolezza sulla malattia, sul possibile decorso, sulle conseguenze della non aderenza
 - ★ Aumentare il livello di informazione sulle terapie farmacologiche disponibili; sull'efficacia del Litio e degli altri stabilizzatori dell'umore
 - ★ Informare sugli effetti collaterali e come affrontarli
 - ★ Coinvolgere i membri della famiglia nei processi psicoeducativi (valorizzare gli aspetti positivi)
 - ★ Individuazione degli eventi stressanti, dei primi sintomi e come fronteggiarli
 - ★ Aumentare la capacità di distinguere tra aspetti della personalità e disturbi connessi alla malattia
 - ★ Promozione di condizioni di vita igieniche (movimento – alimentazione – sonno)
-
-

LA GRANDE SFIDA: aumentare la compliance farmacologica

La sospensione è un problema comune in tutte le malattie croniche.

L'assunzione corretta della terapia è estremamente importante fin dall'inizio della malattia (il rischio suicidario è più elevato nelle prime fasi di malattia)

RAGIONI DELLA NON ADERENZA

- Negazione della malattia
- Effetti collaterali dei farmaci (aumento di peso; apatia; ripercussioni sul funzionamento sex)
- Stigma sul Litio e sugli psicofarmaci
- Nostalgia per i « *momenti su* », bisogno di umore elevato, di grandiosità (i pazienti con pura euforia sono i meno disposti ad assumere il Litio)

C'è una certa dipendenza dall'esperienza euforica

Paul Robert Lowell « *esiste un magico aranceto dentro l'incubo* »

Non dimenticare il rischio di assecondare la negazione o di mistificare come esperienza romantica quella che è una storia di malattia

PRINCIPALI OBIETTIVI (II) NELLA PSICOEDUCAZIONE DI GRUPPO

- ◆ Creare nei partecipanti sentimenti di comprensione, solidarietà, appartenenza
- ◆ Scambio di esperienze e consigli pratici su aspetti esistenziali connessi al disturbo

Alcune esperienze storiche fanno riferimento ad un approccio psicoeducazionale finalizzato al disease management:
i cosiddetti « *gruppi del Litio* »

L'intervento psicoeducazionale sui pazienti può essere affiancato da un gruppo psicoeducazionale per i familiari

I gruppi psicoeducazionali possono evolvere in gruppi di autoaiuto

ALTRA GRANDE SFIDA:

Attenzionare il cervello senza perdere di vista la mente
(conciliare biologia e spirito)

- Avvalersi delle acquisizioni della ricerca moderna particolarmente nel campo delle neuroscienze (NEURO IMAGING)
- Visualizzare un cervello prima e dopo un trattamento può far cambiare il giudizio sugli effetti dei farmaci « *non solo non danneggiano il cervello ma anzi lo aiutano a crescere* » Kay Jamison. Riconosciuti ormai gli aspetti neurotrofici del Litio, degli antipsicotici atipici e di alcuni antidepressivi
- ★ Avvalersi di consigli letterari

Nella psicoeducazione è buona pratica, non solo consigliare testi divulgativi sulla malattia e il suo trattamento, ma soprattutto libri scritti da autori (scrittori, giornalisti) che hanno vissuto direttamente o indirettamente il problema della malattia. Spesso la letteratura ha molto da insegnare agli psichiatri e a i loro pazienti

Un esempio per tutti:

di Kay Jamison « *Rapida viene la notte* » emozionante testo sul tema del suicidio
di Luana De Vita « *Mio padre è un chicco di grano* » la malattia bipolare vista con gli occhi di una figlia

INTERVENTO PREVENTIVO SULLA CONDOTTA SUICIDARIA (I)

Conoscenza dei fattori clinici di rischio
suicidario

- Sesso maschile
- Storia familiare di suicidio
- Esordio precoce della malattia
- Precedenti tentativi di suicidio
- Comorbidity con abuso di sostanze
- Episodi depressivi misti (depressione
agitata)
- Life-events (divorzi, perdita del lavoro
ecc.)
- Stato non coniugale – vivere da soli
- Non aderenza alla terapia – sospensione
della terapia
- Fattori climatici: primavera o inizio estate



INTERVENTO PREVENTIVO SULLA CONDOTTA SUICIDARIA (II)

- Non eludere il problema ma trattarlo apertamente (esistenza o meno di un piano per il suicidio o tentativi precedenti)
 - Non esprimere giudizi o valutazioni morali
 - Trattamento patologia psichiatrica (Litio-attenzione alla prescrizione dei farmaci)
 - Contratto di non danneggiamento (data – formula - durata – firma)
 - Coinvolgimento familiare
 - Eventuale ospedalizzazione
 - Aiutare il paziente a costruire **UN PIANO PER LA VITA**
-
-

*« Sono sopravvissuta perchè i medici si preoccupavano di me e uno di loro credeva in me quando io non credevo in nulla; stare tranquillamente seduti in una stanza di consultazione e parlare con qualcuno può non sembrare alla gente una cosa eroica o drammatica.
In medicina ci sono molti modi per salvare una vita.
Questo è uno di essi »*

Dal libro « *Al di là di ogni ragione* »
di Mauray Coat scrittrice inglese

