

SUPSI

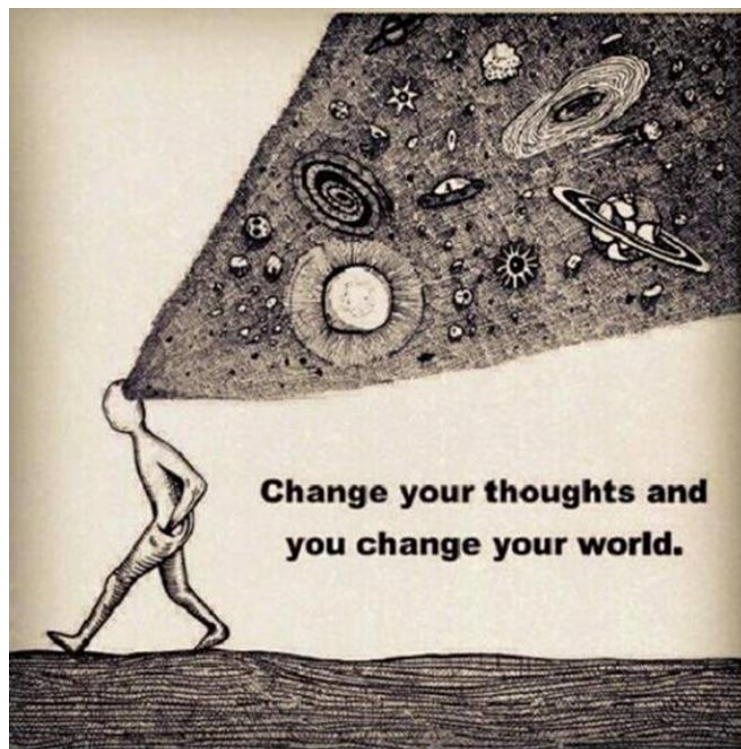
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale (Area sanità)

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

**L'applicazione delle tecniche cognitivo-comportamentali nei
pazienti affetti da depressione bipolare**

Revisione di letteratura



Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

di Camilla Soldati

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche, Anno scolastico: 2015/2016

Luogo e Data di consegna: Manno, 31 luglio 2016

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari

“L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del LT”

ABSTRACT

Background: i pazienti affetti dal Disturbo Bipolare vivono l'alternarsi di fasi depressive e maniacali con una costanza variabile. Questi utenti presentano la tendenza a ruminare in risposta a eventi negativi e ciò sembra creare un ciclo di auto-perpetuazione di questi pensieri con la diminuzione della motivazione e d'interesse; tutto questo può condurre a un nuovo episodio depressivo. Alcune pratiche come la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) e la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), aiutano a modificare la relazione tra situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona mette in atto in tali circostanze, attraverso l'apprendimento di nuove modalità di risposta, l'esposizione graduale alle situazioni temute e il fronteggiamento attivo degli stati di disagio.

Obiettivi: comprendere i vari aspetti che caratterizzano il Disturbo Bipolare; approfondire le conoscenze sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale, ed in particolare sulla Mindfulness-Based Cognitive Therapy; ricercare gli effetti positivi che tale approccio comporta nel miglioramento della gestione della sintomatologia depressiva dell'utente aiutandolo ad incrementare l'aderenza alla terapia farmacologica e ridurre le ospedalizzazioni; riflettere in merito a come la figura dell'infermiere possa orientare e sostenere il paziente aiutandolo a sviluppare le sue potenzialità attraverso processi di natura cognitiva, promuovendo atteggiamenti attivi e stimolando le capacità di scelta utili per la risoluzione di problemi.

Metodo: per l'elaborazione di questo lavoro di tesi ho deciso di usare come metodologia la revisione della letteratura utilizzando le *keywords* finalizzate alla ricerca di articoli scientifici pubblicati tra gli anni 2000 e 2015 compresi, rispondenti ai criteri di inclusione ed esclusione e agli obiettivi della tesi.

Risultati: secondo i dati emersi si evincono numerosi benefici a lungo termine come ad esempio la riduzione dell'intensità e della durata della sintomatologia depressiva, la riduzione dei sintomi depressivi residui, maggior compliance e aderenza al trattamento terapeutico, miglior adattamento psicosociale e miglior percezione della propria qualità di vita, miglioramento delle funzioni esecutive, della capacità di concentrazione, della memoria, della concentrazione e della propria consapevolezza.

Conclusioni: diversi sono gli studi che trattano l'efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale per i pazienti con depressione unipolare e bipolare. Soprattutto la MBCT rappresenta un trattamento d'elezione per la gestione della sintomatologia depressiva. Gli studi degli ultimi anni hanno indagato come la meditazione possa aiutare le persone a stare meglio dopo essere state trattate con successo per la depressione. Tale tecnica riuscirebbe a prevenire nuovi episodi depressivi.

Keywords: *cognitive-behavioral therapy; bipolar patients; bipolar disorder; depression relapses; cognitive and neurophysiological basis; emotion dysregulation; cognitive restructuring; mindfulness-based cognitive therapy; depressive symptoms.*

INDICE

1. INTRODUZIONE	5
1.1 Motivazione	5
1.2 Introduzione alla tematica	6
2. BACKGROUND.....	7
2.1 Il Disturbo Bipolare.....	7
2.2 Tipologie del Disturbo Bipolare (tipo I e tipo II)	8
2.3 Epidemiologia	12
2.4 Criteri diagnostici.....	13
2.5 Eziologia	15
2.6 Decorso e prognosi	16
2.6.1 La famiglia e il disturbo	17
2.7 Trattamento.....	18
2.7.1 Il trattamento farmacologico	18
2.7.2 Altri trattamenti	21
2.7.3 Premesse all'approccio Cognitivo-Comportamentale.....	23
2.7.4 La Mindfulness-Based Cognitive Therapy.....	26
3 FOREGROUND	29
3.1 Scelta della metodologia	29
3.2 Domanda di ricerca e PICO.....	31
3.3 Obiettivi della ricerca	32
3.4 Tappe della ricerca	32
4. RISULTATI.....	34
4.1 Descrizione degli articoli scientifici selezionati	34
4.2 Sintesi degli studi	35
4.3 Limiti degli articoli selezionati.....	44
4.4 Criticità	44
5. RACCOMANDAZIONI.....	45
5.1 Raccomandazioni per la pratica professionale.....	45
5.2 Raccomandazioni per una possibile ricerca futura.....	46
6. CONCLUSIONI	46
6.1 Valutazione personale del percorso svolto	48
7. BIBLIOGRAFIA	50
8. ALLEGATI	60
8.1 Tabella riassuntiva degli studi selezionati	
8.2 Esempio di sessioni di CBT	

8.3 Programma Mindfulness in 8 settimane

8.4 Scale di valutazione

- ❖ Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
- ❖ Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)
- ❖ Beck Depression Inventory (BDI)
- ❖ Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)
- ❖ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

1. INTRODUZIONE

1.1 Motivazioni

La tematica scelta per svolgere la tesi è quella della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), la quale integra e fonde due modelli di psicoterapia, quella comportamentale e quella cognitiva. Essa amalgama la psicoterapia cognitiva che aiuta i pazienti a modificare gli stili di pensiero disfunzionali per mezzo della ristrutturazione cognitiva, aiutandoli ad adottare nuovi stili più idonei e adattativi; e la psicoterapia comportamentale, che aiuta a modificare la relazione tra situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona mette in atto in tali circostanze, attraverso l'apprendimento di nuove modalità di risposta, l'esposizione graduale alle situazioni temute e il fronteggiamento attivo degli stati di disagio (Moscone, 2014).

Questa terapia può essere applicata a diverse tipologie di utenza, in particolare alle persone affette da un disturbo affettivo.

Per un'esperienza personale ho scelto la popolazione dei pazienti bipolari, restringendo il campo di ricerca ai pazienti affetti da bipolarismo con una sintomatologia depressiva.

Questo perché in termini di sintomi depressivi, i pazienti con Disturbo Bipolare sembrano essere maggiormente a rischio di ricadute per il ripetersi di pensieri negativi a causa di atteggiamenti disfunzionali e stili inferenziali pessimistici. I pensieri negativi possono essere attivati attraverso eventi di vita stressanti e/o negativi, interrompendo anche i ritmi sociali. Inoltre questi utenti presentano la tendenza a ruminare in risposta a eventi negativi, e ciò sembra creare un ciclo di auto-perpetuazione di pensieri negativi e ruminativi, la diminuzione della motivazione e d'interesse; tutto questo può condurre a un nuovo episodio depressivo (Deckersbach et al., 2012).

Sono interessata a verificare alcuni approcci non farmacologici che riducano il rischio di ricadute depressive in quanto i pazienti affetti da bipolarismo con cui ho lavorato, hanno affermato di soffrire maggiormente durante le fasi depressive piuttosto che in quelle maniacali (fase di breve durata rispetto a quella depressiva in cui possiedono maggior energia).

Durante il secondo stage formativo mi sono appassionata alla branca della psichiatria e mi sono quindi focalizzata su un tema che la riguardasse. Il Disturbo Bipolare ha suscitato in me un forte interesse per la grande vastità di emozioni, pensieri e comportamenti che manifesta la persona, vivendo grandi sofferenze interiori. Ho deciso di prendere in considerazione la fase/sintomatologia depressiva, poiché di solito un episodio depressivo ha una durata maggiore rispetto a quello maniacale e inoltre in quest'ultimo i pazienti non sono nella condizione di seguire una psicoterapia. Nella fase maniacale non sono presenti infatti i determinanti essenziali per l'applicabilità della Terapia Cognitivo-Comportamentale come la concentrazione, la disponibilità e la pazienza.

Hanno rinforzato il mio desiderio di trattare questo tema diversi accadimenti: il primo è stato quando stavo ricercando dei trattamenti non farmacologici del Disturbo Bipolare, e mi sono soffermata a leggere uno studio che in particolare metteva in luce l'efficacia di questa tecnica; mi è sembrata una buona terapia non farmacologica che può essere applicata e integrata nella cura del Disturbo Bipolare (affiancata alla tradizionale terapia farmacologica).

Il secondo è stato nel reparto acuto Adorna 2, dove ho svolto lo stage. Ho conosciuto alcuni pazienti affetti da Disturbo Bipolare. Soprattutto con uno di loro, un giovane ragazzo che da tempo soffriva di questa patologia, ho instaurato fin da subito una buona relazione. Essendo stato ricoverato diversi mesi ho avuto modo di conoscerlo durante tutto il mio stage osservandolo e accompagnandolo anche nei momenti più difficili, ma

anche condividendo quelli più positivi (per esempio i suoi progressi durante la degenza e la sua dimissione avvenuta proprio il mio ultimo giorno di stage). Avendolo accompagnato per tutto il periodo di stage ho stretto un bel rapporto di fiducia anche con i suoi famigliari, soprattutto la mamma che mi ricordava molto la mia per il modo di porsi e di affrontare gli avvenimenti. Essendo uno dei pazienti che seguivo in modo privilegiato, mi sono ulteriormente impegnata a conoscerne la sua storia, il momento dell'esordio della patologia, il decorso, le diverse fasi e anche i trattamenti utilizzati. Qui, la scoperta della Terapia Cognitivo-Comportamentale della quale i colleghi hanno provveduto a spiegarmi ed illustrarmi i contenuti principali. Non avendo avuto modo e occasione di approfondire a dovere in sede di stage mi sono rimasti diversi dubbi che mi piacerebbe colmare attraverso questa ricerca. Nella fase depressiva i pazienti si mostrano apatici, senza spirito di iniziativa, con perdita di interesse verso le cose che li circondano, esprimono per lo più pensieri di rovina, rimuginazioni, termini autosvalutanti. Il mio interesse verso questa tecnica è incrementata dalla prospettiva futura di ottimizzare l'efficacia degli interventi terapeutici (psicoterapeutici e psicofarmacologici) e riabilitativi con lo scopo di migliorare, nel paziente, qualità di vita e funzionamento psicosociale. Questa tecnica di cui ho scelto di parlare nella tesi sembra rispecchiarne le qualità. Sono interessata a ricercare il funzionamento cognitivo dei disturbi dello spettro bipolare, perché i pazienti mostrano una considerevole rigidità cognitiva che può manifestarsi con alternanza di stati affettivi opposti intensi e acuti (Lo Baido et al. 2013).

Desidero inoltre identificare gli effettivi apporti benefici degli approcci di stampo cognitivo-comportamentale e di conseguenza effettuare delle riflessioni sulla concreta possibilità di applicazione e spendibilità nei reparti di cura anche da parte della figura infermieristica (che ha maggior contatto con il paziente in tutto l'arco della giornata).

1.2 Introduzione alla tematica

Per la mia ricerca ho convenuto fosse opportuno trattare sia il tema della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) in generale, facendo capo a studi che si esprimono in termini di tecniche cognitivo-comportamentali senza specificarne l'approccio in particolare, sia di focalizzarmi sulla Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), una pratica psicoterapica di terza generazione che si è sviluppata negli anni dalla CBT di base. Ho considerato la ricerca di studi su un tema più preciso poiché la Mindfulness-Based Cognitive Therapy, si è rivelata essere un trattamento innovativo ed empiricamente validato molto efficace nella prevenzione di episodi depressivi (sia per la depressione unipolare che bipolare) e nella gestione della sintomatologia depressiva, che rappresentano proprio gli *outcomes* che mi ero prefissata per la ricerca. Inoltre hanno consolidato l'oggetto della mia ricerca per questo lavoro di Bachelor, alcune lezioni teoriche tenutesi a scuola durante le quali abbiamo trattato l'interessante tema della ristrutturazione cognitiva, tecnica appunto di stampo cognitivo-comportamentale, e la lezione sulla meditazione, principio cardine della MBCT.

Si tratta di un approccio nato specificamente per trattare la sintomatologia depressiva e per prevenirne le ricadute. Tale tecnica rappresenta un nuovo intervento per la prevenzione delle ricadute nella depressione unipolare e bipolare, comprende una serie di programmi specifici per i pazienti che incrementano e allenano le abilità di consapevolezza attraverso tecniche di meditazione combinate con le tecniche della terapia cognitiva. In questo modo si identificano le vulnerabilità che aumentano il rischio o portano a delle ricadute; il terapeuta fornisce delle valide strategie per far fronte ai problemi e modificare i pensieri disfunzionali a beneficio del paziente. La MBCT aiuta i partecipanti a vedere più chiaramente le modalità di funzionamento della mente e a

imparare a riconoscere quando il loro umore comincia a scendere. L'obiettivo è quindi quello di incrementare le competenze metacognitive incoraggiando le persone ad adottare un nuovo modo di essere e di vivere. Questo aiuta a rompere il collegamento tra umore negativo e pensiero negativo che normalmente si attiverebbe. I partecipanti sviluppano così la capacità di lasciare andare e venire l'umore negativo, i pensieri e le sensazioni, senza necessariamente doverli contrastare. Coltivare la consapevolezza del momento presente e il non giudizio porta le persone a interrompere il circolo della ruminazione e a incrementare la gentilezza verso sé stesse, venendosi così a rompere il legame tra l'attività della propria mente (ruminare su eventi passati) e i sintomi depressivi (Kingston et al. 2007).

2. BACKGROUND

2.1 Il Disturbo Bipolare

Il Disturbo Bipolare si inserisce dal punto di vista delle classificazioni diagnostiche tra le patologie definite sotto il cappello delle sindromi affettive. Infatti, per quanto riguarda la suddivisione dei disturbi dell'umore, sono presenti due principali metodi di classificazione che mostrano alcune differenze tra di loro: il DSM e l'ICD (Casey e Brendan, 2009). Un sistema è il DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association), maggiormente utilizzato negli Stati Uniti. La prima edizione fu pubblicata nel 1952 (DSM-1) e descriveva circa 108 disturbi ma unicamente della sfera psicotica. In seguito, vennero pubblicate le varie revisioni fino a giungere all'ultima versione disponibile, il DSM-5, pubblicato nel 2013 (Albasi, Cesare, 2009).

Questo sistema elenca e definisce oggi oltre trecento disturbi psichiatrici e ogni disturbo viene descritto in termini di caratteristiche a esso associate come età, sesso, fattori culturali, rischio di incidenza e fattori predisponenti. Viene inclusa anche la diagnosi differenziale come pure eventuali scoperte di laboratorio, ma non include le considerazioni riguardo le cause, il trattamento o la diagnosi. Oltre a questo, i disturbi vengono descritti come lievi, moderati o gravi (Casey e Brendan, 2009).

L'altro sistema di classificazione è l'ICD-10, che rappresenta la decima revisione della classificazione ICD, ossia la Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi correlati, proposta dall'OMS in cui sono classificate oltre 2000 malattie (Kemali, Weltgesundheitsorganisation, & Organisation mondiale de la santé, 2009).

Viene definito *umore* il colorito affettivo che condiziona la nostra esistenza: esso è indipendente dal singolo stimolo che proviene dalla realtà esterna e costituisce lo sfondo sul quale si dipingono le situazioni esistenziali; influenza l'atteggiamento che l'individuo assume verso l'altro e verso il mondo, oltre che l'interpretazione dei processi percettivi, il modo di pensare, di riflettere su stessi e di ricordare. L'umore si può modificare lungo un *continuum* di tonalità ai cui estremi possiamo immaginare l'umore depresso e quello maniacale. L'affettività si può definire come la capacità o la disponibilità individuale a provare emozioni/sentimenti di significato, durata, intensità e tonalità assai variabili in risposta a eventi della realtà esterna e interna. La risposta emozionale differisce nel singolo individuo in relazione allo stimolo causale e, soprattutto, in relazione alla disposizione affettiva di base o umore. La parola "affettività" è utilizzata nell'ambito psicologico per indicare l'insieme dei sentimenti e delle emozioni di un individuo oltre al carattere assunto da un particolare stato psichico. Il percorso di strutturazione degli affetti va dalla nascita fino alla maturità (Castelli, 2008).

Ogni persona durante la giornata presenta variazioni del proprio umore ma per poter parlare di disturbo dell'umore è necessario osservare un'alterazione dello stesso che

alteri il funzionamento fisico (modificazioni dei livelli di energia, dei ritmi circadiani, delle funzioni vegetative), cognitivo (modificazione del pensiero) e sociale dell'individuo, in modo pervasivo e per un periodo definito di tempo (Goodwin & Jamison, 2007).

Si parla di affettività normale e umore eutimico nel momento in cui il soggetto reagisce e corrisponde in modo equilibrato, flessibile e congruo agli stimoli ambientali, diventa invece patologica quando sia l'affettività che l'umore sono caratterizzati da rigidità, immodificabilità rispetto ai mutamenti delle circostanze degli stimoli e dei loro significati (Castelli, 2008).

Dunque quando l'affettività è compromessa può dar luogo a forme cliniche (sindromi depressive e maniacali) distinte in base al prevalere di una polarità affettiva caratterizzata da un estremo abbassamento del tono dell'umore o gaiezza estrema e esaltazione. Sono quadri monopolari quando si ripetono nella stessa persona durante l'arco dell'esistenza con caratteristiche simili. Nelle forme bipolari invece i periodi depressivi si alternano a periodi maniacali. Nelle forme miste si hanno contemporaneamente sintomi depressivi e maniacali (Smeraldi, 1993).

I disturbi dell'umore comprendono una varietà di quadri psicopatologici caratterizzati, oltre che da un'alterazione del tono dell'umore, da sintomi della sfera cognitiva, psicomotoria e neurovegetativa (Invernizzi, 2006).

Di questi disturbi fanno parte: la depressione unipolare, suddivisa in depressione maggiore e minore; il disturbo bipolare di tipo I e di tipo II con episodi depressivi, maniacali e ipomaniacali; il disturbo ciclotimico, un disturbo bipolare caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi maggiori e episodi ipomaniacali, senza periodi liberi da sintomi; il disturbo distimico ovvero un disturbo dell'umore caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi minori in modo cronico, senza periodi di relativo benessere (Smeraldi, 1993).

2.2 Tipologie del Disturbo Bipolare (tipo I e tipo II)

Qui di seguito andrò ad approfondire ciò che concerne il Disturbo Bipolare, in particolare le caratteristiche distintive tra le due principali tipologie del disturbo, in quanto è la patologia che ho scelto di trattare per la ricerca.

Il Disturbo Bipolare, (anche definito come psicosi maniaco-depressiva) consiste in un disturbo del tono dell'umore, rappresentato da un'oscillazione dello stesso tra due polarità: una maniacale ed una depressiva. Tali polarità si presentano in modo alternato, con una frequenza variabile da persona a persona. Il disturbo comprende un ampio spettro di gravità, si manifesta con forme lievi oppure più severe. Degli studi hanno notato che la manifestazione del disturbo in età precoce (tra i 15 e i 19 anni), è un fattore predittivo per lo sviluppo di una forma grave. È comunque considerata una malattia mentale grave che costituisce un rischio per la morbilità e la mortalità compromettendo la qualità di vita delle persone colpite. I Disturbi Bipolari rappresentano la sesta causa di inabilità lavorativa nel mondo a causa della cronicità e delle possibili recidive (Fera, 2012).

Tale disturbo è caratterizzato da un'alterazione dei meccanismi che regolano il tono dell'umore. Nel momento in cui il normale equilibrio tra umore e personalità (temperamento e carattere) si trasforma per un determinato periodo di tempo e coinvolge in maniera pervasiva l'intera vita della persona tanto da incidere sul suo funzionamento globale. Questa persona si troverà dunque a sperimentare alterazioni fisiche, cognitive, comportamentali, con una modificazione nella sua capacità di affrontare gli eventi e relazionarsi con gli altri e con il mondo: tale alterazione viene riconosciuta dalla psichiatria come patologica. Viene chiamato Disturbo Bipolare perché i cambiamenti patologici avvengono fra due poli, uno che comporta un innalzamento del

tono dell'umore (ipomania o mania), e un altro che conduce ad un abbassamento dello stesso (depressione, riduzione dell'appetito, perdita di energia); ciò lo differenzia dal disturbo depressivo unipolare dove i cambiamenti umorali sono esclusivamente tendenti al calo dell'umore (Colom & Vieta, 2006).

Nell'elaborato scritto mi concentro maggiormente sulla sintomatologia depressiva. Con l'aiuto degli autori Colom & Vieta, ho rielaborato e riassunto in una tabella i principali sintomi e caratteristiche di una fase depressiva sperimentata dai pazienti bipolari, proprio perché questo stato è uno degli elementi della mia ricerca (Colom & Vieta, 2006).

Comportamenti		Pensieri		Emozioni/affettività	
Sintomi	Caratteristiche	Sintomi	Caratteristiche	Sintomi	Caratteristiche
Insonnia Ipersomnia Perdita/ Aumento dell'appetito Inibizione/ Irrequietezza motoria Apatia Mancanza di energia.	L'inibizione motoria è più frequente dell'agitazione, infatti essa inibisce il rendimento lavorativo e accademico del soggetto fino a portare a un isolamento sociale e famigliare. Nei casi più gravi si può raggiungere uno stupor depressivo con allettamento. Solitamente la persona non è in grado di provare piacere e soddisfazione con perdita di interesse generalizzato.	Rallentamento Mancanza di concentrazione Problemi di memoria Diminuzione dell'attenzione Idee suicidali Pessimismo.	Corso dei pensieri più lento, contenuto negativo con valutazione pessimistica degli eventi passati, presenti e futuri. Sentimenti di svalutazione e sensi di colpa. Difficoltà di memoria e concentrazione. Nei casi più gravi idee deliranti di colpa e rovina.	Diminuzione del tono dell'umore Tristezza Irritabilità Sensazione di vuoto Indifferenza emozionale.	Tristezza che può manifestarsi come indifferenza, apatia, abbattimento. Più di rado con irritabilità e ansia.

Per aiutare il lettore ad una migliore comprensione della patologia nel suo insieme, ho esposto anche la descrizione dell'altro polo, ovvero il polo maniaco e ipomaniaco, senza però entrare troppo nel dettaglio. Nei momenti definiti maniacali, le persone sperimentano diverse combinazioni dei seguenti elementi: umore espanso o euforico (eccessiva felicità, gaiezza o espansività), umore irritabile (eccessiva rabbia o nervosismo), un diminuito bisogno di sonno, sentimenti di grandiosità o un'eccessiva valutazione di se stessi in senso positivo; aumentata loquacità, afflusso aumentato delle idee o sensazione che i pensieri scorrano in maniera fin troppo veloce; incremento dei livelli di energia e di attività. Molto frequenti e caratteristici sono anche i cambiamenti della capacità cognitiva (attenzione, memoria, percezione ecc.) come un aumento

dell'attività associativa, un miglioramento delle capacità di attenzione e di percezione; la persona che attraversa una fase di mania mette spesso in atto comportamenti impulsivi e imprudenti che possono portare conseguenze negative sotto più aspetti (aumenta il rischio di lesionismo e il rischio suicidale) (Colom & Vieta 2006).

Parafrasando il pensiero di Fera (2012) rispetto agli anni scorsi, quest'oggi si guarda al Disturbo Bipolare con una visione olistica, di fatto non ci si limita più a considerare esclusivamente il lato biologico della malattia, ma si sottolinea l'importanza di un'attenta educazione del paziente e della sua famiglia, al fine di migliorare non solo la conoscenza del disturbo, ma anche le strategie necessarie per riconoscere e fronteggiare in maniera adeguata le diverse fasi della malattia (Fera, 2012).

Gli autori ritengono quanto segue: l'intensità e la severità dei sintomi manifestati in questa particolare fase di umore elevato e durante la quale i pazienti possono sentirsi particolarmente irritabili (nervosi, arrabbiati), differenzia uno stato maniaco da uno stato cosiddetto ipomaniaco: una persona attraversa uno stato ipomaniaco quando presenta dei sintomi che sono identici a quelli dell'episodio maniaco, da cui tuttavia si differenzia per la durata (l'alterazione dell'umore ha una durata ininterrotta di almeno quattro giorni), per la gravità (l'episodio non è abbastanza grave da provocare problemi seri tanto da richiedere l'ospedalizzazione), per una sintomatologia complessivamente più attenuata (non sono presenti tra gli altri, deliri e allucinazioni) e dunque per un impatto globalmente più mite sulle funzioni sociali e lavorative della persona (Goodwin & Jamison, 2007).

L'ipomania è dunque una condizione complessa da identificare che potrebbe sembrare la semplice manifestazione d'uno stato di particolare benessere o l'espressione di un carattere un po' esuberante. Tuttavia rilevare la presenza di una fase ipomaniaca è importante in quanto rappresenta il fattore predittivo principale per la possibile comparsa di un episodio depressivo (Goodwin & Jamison, 2007).

Sempre secondo gli autori Colom & Vieta (2006), la caratteristica essenziale che definisce il Disturbo Bipolare tipo I è la presenza di sintomi dell'episodio maniaco o misto per una durata di almeno una settimana. Dunque le persone affette da Disturbo Bipolare I, possono sperimentare gli episodi in diverse sequenze: alcuni pazienti hanno periodi di mania seguiti da depressione altri vivono, invece, episodi di depressione seguiti da mania. Inoltre non è raro che, ad un ciclo di malattia, segua un periodo nel quale l'umore torni ad essere di un normale temperamento, senza esagerazioni né verso l'alto né verso il basso. Il benessere tra un episodio e l'altro viene chiamato eutimia, ovvero un intervallo libero da sintomi di qualsiasi genere. La caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare tipo II, invece, è un'alternanza di episodi ipomaniacali e depressivi maggiori (Colom & Vieta, 2006).

Il Disturbo Bipolare di tipo II manifesta degli episodi depressivi che si alternano a episodi ipomaniacali (di periodi relativamente lievi, senza sintomi psicotici, che di solito durano meno di una settimana). Durante il periodo ipomaniaco l'umore risale, il bisogno di sonno diminuisce e l'attività psicomotoria aumenta oltre il livello consueto per il paziente. L'ipersonnia e la sovralimentazione sono spesso presenti. Mentre nella fase depressiva si manifestano insonnia e diminuzione dell'appetito (Porter, 2014).

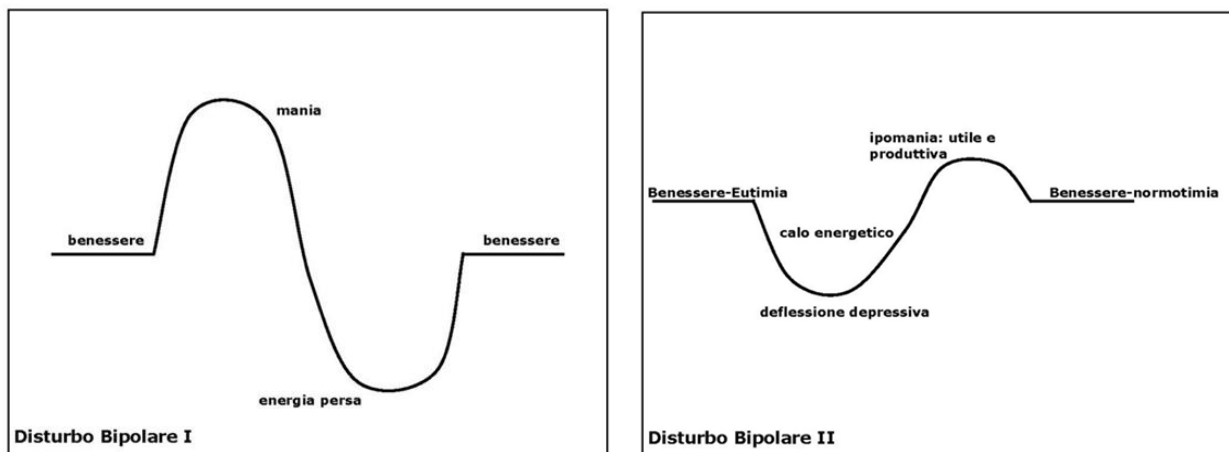
Un altro disturbo illustrato da Colom & Vieta (2006) è la ciclotimia, considerata una variante minore del Disturbo Bipolare costituente del substrato temperamentale dei Disturbi Bipolari. È caratterizzata dall'elevata frequenza degli episodi che si manifestano però in lieve intensità. La ciclotimia può comportare complicazioni di ordine psicosociale e a molti pazienti ciclotimici viene formulata la diagnosi di disturbo di personalità borderline. In alcuni casi la ciclotimia è associata al disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (Colom & Vieta, 2006).

Nel DSM-5 e nell'ICD-10 il Disturbo Bipolare è concettualizzato come uno spettro di disturbi che si verificano in un continuum. Il DSM-5 spiega che il Disturbo Bipolare di tipo I può essere caratterizzato dalla presenza di almeno un episodio misto, oppure dalla presenza di almeno un episodio depressivo maggiore intervallato da almeno un episodio maniaco spontaneo (Biondi & American Psychiatric Association, 2014).

La classificazione ICD-10 non parla di Disturbo Bipolare di tipo I e tipo II come nel DSM-5, ma di Sindrome Affettiva caratterizzata da due o più episodi in cui il tono dell'umore del soggetto e i suoi livelli di attività sono significativamente disturbati. Al contrario del DSM-5 che presenta una lunga serie di specificatori, l'ICD-10 considera solo la severità, l'assenza o la presenza di sintomi psicotici (Invernizzi, 2006).

Nella diagnosi bisogna mostrare particolare attenzione ad episodi di disturbo dell'umore indotto da sostanze (dovuti agli effetti diretti di un medicamento, ad altri trattamenti somatici per la depressione, ad una droga di abuso o all'esposizione ad una tossina), o di disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale, che non contano per una diagnosi di Disturbo Bipolare (Kemali et al., 2009).

Per quanto riguarda il Disturbo Bipolare di tipo II espone un decorso clinico caratterizzato da almeno un episodio depressivo maggiore, intervallato da almeno un episodio ipomaniacale spontaneo.



Le immagini¹ rappresentano dei grafici di fluttuazione dell'umore dei pazienti affetti rispettivamente da Disturbo Bipolare di tipo I, e Disturbo Bipolare di tipo II. L'intensità e la durata delle fluttuazioni dell'umore si presentano più marcate nel disturbo di tipo I.

Riporto di seguito tre studi primari che discutono i deficit a livello cognitivo che possono presentare i pazienti che sperimentano più di un episodio depressivo ed i conseguenti effetti neurotossici che comportano tali episodi. Ho scelto questi studi perché conoscere le conseguenze e le complicanze delle fasi depressive mi ha permesso di avere un quadro più completo del disturbo, ma anche di comprendere a fondo l'importanza dell'approccio cognitivo-comportamentale. Tali studi fungono da introduzione all'oggetto di tesi, approfondendo alcuni concetti teorici legati alle aree cerebrali e alle sue funzioni. Il Disturbo Bipolare è associato a diversi disturbi cognitivi, tra cui difficoltà del funzionamento esecutivo, la memoria e le capacità di avviare e completare le attività; i disturbi cognitivi si manifestano anche durante i periodi di eutimia comportando deficit durante le attività di vita quotidiana (Gorwood, Corruble, Falissard, & Goodwin, 2008). Si sottolinea dunque l'importanza della prevenzione di ricadute depressive e il valore

¹ Grafici di fluttuazioni dell'umore tratte da: <http://www.psicologopedia.it/2012/02/23/il-disturbo-bipolare> (24 luglio 2015)

dell'approccio cognitivo-comportamentale che assume per questi utenti.

Le compromissioni cognitive sono risultate ampie e globali da compromettere considerevolmente sia la parte costituente il teorico-verbale dell'intelligenza sia la componente pratica della performance. Specialmente nei pazienti con bipolarismo di tipo I si nota una riduzione della curiosità intellettuale, delle abilità di giudizio e di analisi, dell'attenzione e della concentrazione, della memoria, del ragionamento logico, della pianificazione e del problem solving. Le misure difensive messe in atto dai pazienti sono congrui con le compromissioni cognitive, infatti si evidenzia un funzionamento difensivo disadattivo fondato su meccanismi arcaici quali scissione, identificazione proiettiva, diniego, aggressività che determinano una carenza di esame di realtà, un "discontrollo" degli impulsi con acting contro di sé stessi o gli altri e una mancanza di elaborazione cognitiva delle emozioni, con sentimenti di persecuzione. Dunque si parla di una tipologia di utenza con una considerevole rigidità cognitiva che possono manifestare con alternanza di stati affettivi opposti intensi e acuti (Lo Baido et al. 2013).

Con tecniche come la risonanza magnetica si nota una riduzione della porzione di ippocampo. Questa perdita di sostanza è direttamente proporzionale all'intensità della depressione, al numero di crisi depressive e di ricoveri ospedalieri. Dagli studi emerge che il numero di episodi depressivi incide sulla perdita di volume dell'ippocampo. Gli episodi depressivi vanno ad accumulare una serie di effetti tossici sulle funzioni cerebrali, tra cui le funzioni cognitive e soprattutto su quelle mnemoniche (Gorwood, Corruble, Falissard, & Goodwin, 2008).

Videbech & Ravnkilde (2004) hanno esaminato l'aumento del volume ventricolare e altri segni di atrofia cerebrale sia generalizzata che localizzata a livello della corteccia prefrontale, del giro del cingolo, del nucleo caudato e dell'ippocampo associati a episodi depressivi. Spesso questa atrofia è correlata all'insufficiente risposta al trattamento con antidepressivi e alle recidive della malattia. L'ippocampo è coinvolto nell'apprendimento spaziale e nella capacità di memoria, e sono proprio questi i deficit che spesso accompagnano la depressione. Le funzioni mnemoniche e la neuroplasticità sono molto sensibili allo stress che comporta un aumento dei livelli di cortisolo. Gli elevati livelli di glucocorticoidi spesso sono presenti in pazienti che hanno vissuto un episodio depressivo, ed insieme al volume diminuito dell'ippocampo suggerisce un meccanismo per la perdita neuronale in seguito a un processo di apoptosi. Sono possibili altri meccanismi come ad esempio una riduzione del volume dei neuroni o una riduzione del tessuto gliale (Videbech & Ravnkilde, 2004).

Strakowski (2012) illustra nel suo libro alcuni cambiamenti strutturali che avvengono nel cervello di una persona affetta da disturbo bipolare. Ad esempio si amplia il volume dei ventricoli laterali e del putamen (chiamato anche nucleo caudale), vi è una riduzione del volume della corteccia prefrontale, un ridotto volume dell'ippocampo, un aumento del volume dell'amigdala nei pazienti adulti, una riduzione nei pazienti giovani.

2.3 Epidemiologia

L'epidemiologia è considerata come la scienza di base della sanità pubblica, è lo studio della distribuzione dei disturbi della popolazione e le variazioni dei tassi possono fornire indizi sulla loro causa. Si focalizza sulla popolazione piuttosto che sugli individui, studia la distribuzione e la frequenza delle malattie ed eventi di rilevanza sanitaria. Gli scopi principali sono: determinare l'origine di una malattia la cui causa è conosciuta, studiare e controllare una malattia la cui causa è sconosciuta o poco nota, acquisire informazioni sull'ecologia e sulla storia naturale della malattia, programmare ed attivare piani di controllo e di monitoraggio della malattia, valutare gli effetti economici di una malattia ed analizzare i costi e benefici economici. Per raggiungere tali scopi l'epidemiologia si

serve della statistica, basata a sua volta sulla matematica e della demografia (Goodwin & Jamison, 2007).

Durante la ricerca ho trovato diversi valori per indicare l'epidemiologia, per tanto ho deciso di riportarne alcuni: per gli autori Joffe (2002) e Docteur, Mirabel-Sarron, Guelfi, Rouillon, & Gorwood (2013) le stime sono attorno all'1% della popolazione sana; per Mirabel-Sarron et al. (2009), Docteur, Mirabel-Sarron, Guelfi, Siobud-Dorocant, & Rouillon (2012) i valori sono dell'1.2%, mentre per Costa et al. (2011) variano dall'1% al 3%.

La prevalenza della patologia si aggira attorno all'1.6% nella popolazione mondiale Murray & Ruffini (2011), per un altro autore l'incidenza del Disturbo Bipolare varia tra l'1.2% al 1.8%, mentre la prevalenza nel corso della vita è stimata essere tra l'1-2%: in particolare il Disturbo Bipolare di tipo I raggiungerebbe l'1.7%, mentre il tipo II varierebbe dallo 0.5% al 3.0% (Invernizzi, 2006).

Per altri autori la prevalenza dei Disturbi Bipolari si avvicina al 2% della popolazione sana rappresentando la sesta causa di invalidità nel mondo (Colom & Vieta, 2006);

Nel Manuale Merck è esposto che l'incidenza del Disturbo Bipolare nella popolazione generale è stata stimata inferiore al 2%, ma le nuove stime indicano valori vicini al 4-5%. La depressione unipolare colpisce con un'incidenza doppia le donne rispetto agli uomini; mentre il disturbo bipolare ha incidenza uguale nei due sessi, anche se le forme depressive prevalgono nelle donne e quelle maniacali negli uomini (Porter, 2014).

Negli uomini è più probabile che il primo episodio sia maniacale, mentre nelle donne è più frequente un episodio depressivo; inoltre il Disturbo Bipolare solitamente presenta il suo esordio nel corso nell'adolescenza, tra i 20 e i 30 anni, meno frequente tra i 30 e i 40 (Colom & Vieta, 2006).

Vero è che nella maggior parte delle persone, la patologia fa la sua comparsa tra il 20° e il 30° anno di vita. Può capitare che i primi segni e sintomi siano riconoscibili già in età adolescenziale. Solo in casi rari la malattia si manifesta oltre il 40° anno di vita. In questi casi può trattarsi di cambiamenti del tono dell'umore che in passato erano stati poco accentuati o erroneamente interpretati. Nelle persone avanti negli anni l'insorgenza della malattia può essere attribuita a un'alterata funzionalità cerebrale (Krüger et al. 2014).

L'esordio precoce, dunque intorno ai 30 anni, è considerato come un parametro biologico di gravità maggiore del disturbo rispetto a chi presenta l'esordio intorno ai 40 anni. Nell'età precoce dell'esordio del disturbo si è notata una maggior prevalenza di crisi di carattere maniacale piuttosto che depressive (Smeraldi, 1993)

Alcuni studi hanno notato che il Disturbo Bipolare è leggermente più comune nelle classi socioeconomiche elevate. Le manifestazioni cliniche del disturbo sembrano essere influenzate e modificate da fattori culturali. Alcuni esempi: le lamentele fisiche, la tensione, le preoccupazioni e l'irritabilità sono manifestazioni comuni nelle classi socioeconomiche più basse; mentre invece le rimuginazioni per sensi di colpa e l'auto-rimprovero sono più caratteristici della depressione nelle culture anglosassoni; la mania tende a manifestarsi in maniera più florida in alcune regioni mediterranee e africane e tra i neri americani. I disturbi dell'umore sono i disturbi psichiatrici che presentano la più alta prevalenza (corrispondono a circa 5% dei pazienti nei servizi pubblici di salute mentale, al 65% dei pazienti psichiatrici ambulatoriali, e al 10% di tutti i pazienti visitati in strutture mediche non psichiatriche) (Porter, 2014).

2.4 Criteri diagnostici

Con il termine "diagnosi" ci si riferisce convenzionalmente al processo di identificazione e classificazione dei disturbi mentali sulla base di criteri descrittivi, spesso identificati da

configurazione, frequenza e intensità con cui si esprimono determinati comportamenti, stati mentali o vissuti, isolati o esperiti insieme ad altri (Goodwin & Jamison, 2007).

La fluidità e la normale mutevolezza che caratterizzano lo stato dell'umore, il criterio temporale, la presenza di un'alterazione significativa di cui riconosciamo l'inizio e la fine (ovvero un episodio di alterazione dell'umore) rappresentano la base per la diagnosi del disturbo (Goodwin & Jamison, 2007).

La diagnosi precoce del Disturbo Bipolare non è semplice: mediamente si ritarda la diagnosi di una decina di anni. Ci sono vari fattori che contribuiscono al ritardo nella diagnosi, tra cui: i primi sviluppi di sintomi possono essere aspecifici, come ansia o sintomi depressivi di gravità relativamente minore, oppure abuso di sostanze. Il Disturbo Bipolare non può essere diagnosticato se l'elevazione umorale non è evidente e una diagnosi errata contribuirebbe ai problemi per i pazienti e le loro famiglie. Nei pazienti giovani, in generale, i disturbi del comportamento possono essere interpretati come le tensioni che si vivono nel periodo adolescenziale e di sviluppo. Oltre alla morbilità, la mancata diagnosi di Disturbo Bipolare sembra incorrere in significativi costi supplementari per i vari trattamenti e ricoveri a cui andrà incontro il paziente (Gorwood, Corruble, Falissard, & Goodwin, 2008).

Le alterazioni dell'umore che in una certa misura sono sperimentate dalla maggior parte delle persone, e che, quando sistematicamente indagate, possono essere sovrastimate; i criteri riguardano più stati mentali soggettivi (ad es. distraibilità, umore elevato, irritabilità, sentimenti di autosvalutazione, etc.) da dedurre attraverso l'osservazione nel tempo e il racconto riferito dal paziente e da comportamenti direttamente osservabili; una parte dei criteri sono costituiti da stati mentali che il paziente non individua come problematici, lasciando al clinico la responsabilità di definirli tali in funzione di principi che non sono individuati univocamente ma dipendono dal suo sistema di rappresentazione, soprattutto nei casi in cui la dannosità con cui si esprimono non è evidente; la maggior parte dei criteri non è costituita da elementi discreti, ma da esperienze che appartengono a un continuum noto alla maggior parte delle persone (Biondi & American Psychiatric Association, 2014).

La diagnosi richiede un esame approfondito da parte di uno psichiatra, che dovrà raccogliere un'anamnesi completa (storia clinica) in collaborazione con il paziente e, se possibile, con i suoi famigliari. L'obiettivo è ottenere un quadro esatto delle devianze psichiche del paziente, e per fare ciò si prende in considerazione generalmente un periodo di tempo di diversi anni. In questo processo è molto importante coinvolgere anche i famigliari, a condizione però che il paziente sia consenziente (Krüger et al., 2014).

Per la diagnosi lo psichiatra fa riferimento anche a dei questionari pre-strutturati seguendo i criteri diagnostici riportati nel DSM-5. Le diagnosi differenziali: può essere difficile distinguere il Disturbo Bipolare da altri disturbi. Per prima cosa, il tono dell'umore può variare per diverse ragioni, quali patologie ormonali, stress, disturbi di personalità, disturbi biologici del cervello o ingestione di alcol e droghe. Le persone affette dal disturbo possono avere problemi nel descrivere agli altri i loro stati d'animo e nel dar loro un'accurata anamnesi della propria malattia. Tali difficoltà riguardano sia le capacità introspettive che la tendenza a non riportare come sintomatiche talune variazioni dell'umore, poiché piacevoli. Nell'approccio al paziente bipolare possono verificarsi particolari difficoltà in relazione a specifiche fasi del disturbo: nelle fasi depressive, è possibile che il paziente tenda a dissimulare la propria sofferenza, attraverso la negazione dei sintomi e dei vissuti depressivi. Nelle fasi di euforia, il paziente potrebbe non riportare come sintomatici taluni stati mentali e comportamenti poiché egli stesso non li individua come tali; in questi casi, deve essere aiutato a

riconoscere tutte le variazioni del proprio umore e riferirle. In fase maniacale, la disinibizione e la distraibilità possono rendere difficoltosa l'intervista su argomenti specifici. Talvolta, poi, i professionisti della salute mentale non sono sempre adeguatamente addestrati a riconoscere le forme più sottili del disturbo; certi sintomi, infatti, sono caratteristici di più disturbi (Biondi & American Psychiatric Association, 2014).

2.5 Eziologia

In medicina, il termine "eziologia" indica gli avvenimenti, i motivi e le variabili causali di ogni singola malattia o patologia. Il termine "eziologia", derivato dalla lingua greca (*aitia* = causa e *logos* = parola/discorso), è utilizzato in vari campi del sapere e del linguaggio in riferimento alle cause che provocano i fenomeni (Goodwin & Jamison, 2007).

Sono state formulate varie ipotesi eziopatogenetiche riguardo al Disturbo Bipolare, anche se non esiste una causa sola, ma un insieme di concause che interagiscono tra loro nella genesi del disturbo. Ad oggi l'eziologia precisa rimane sconosciuta ma diversi fattori di rischio ne portano l'insorgenza; come ad esempio l'ereditarietà che rappresenta il fattore predisponente più importante, alla quale si aggiunge un'interazione tra stimoli ambientali che includono sia fattori fisici sia psicosociali (Murray & Ruffini, 2011).

Si può affermare che il Disturbo Bipolare sia una malattia che possiede una base biologica e genetica. La modalità ereditaria precisa è incerta, ma per alcune forme di Disturbo Bipolare possono essere implicati geni dominanti (legati al cromosoma X o autosomici). Si ritiene però che la causa dei disturbi dell'umore sia una compromissione della funzionalità limbico-diencefalica; alcuni studi di neuroimmagine dimostrano che sono coinvolti anche le strutture extrapiramidali sottocorticali e le loro connessioni prefrontali. Citando dal testo "la neurotrasmissione colinergica, catecolaminergica (noradrenergica o dopaminergica) e serotoninergica (5-HT) appare soggetta a disregolazione" (Porter, 2014).

Il Disturbo Bipolare è una malattia di origine genetico-biologica con la ricorrenza familiare del disturbo, dimostrando una prevalenza maggiore nei gemelli monozigoti rispetto ai dizigoti, presentando una disregolazione del sistema neuroendocrino e di alcuni neurotrasmettitori (Goldberg & Harrow, 2000).

Studi su famiglie hanno dimostrato che i parenti di primo grado di una persona con Disturbo Bipolare I hanno un rischio da 8 a 18 volte superiore di sviluppare tale patologia rispetto alla popolazione sana (Invernizzi, 2006).

L'eredità può anche accrescere la probabilità di una depressione attraverso l'esposizione dei bambini agli effetti negativi dei disturbi dell'umore dei loro genitori (ad esempio la rottura di legami affettivi). Altre cause scatenanti di un disturbo dell'umore possono essere degli eventi stressanti di tipo biologico o psicologico. Eventi vitali traumatici, specialmente separazioni, lutti, frequentemente anticipano gli episodi depressivi e maniacali; tuttavia questi eventi possono rappresentare le manifestazioni prodromiche di un disturbo dell'umore, piuttosto che la sua causa. (Porter, 2014).

I disturbi dell'umore secondari possono insorgere in associazione a un disturbo non affettivo mediante un procedimento che può essere fisiologico, psicologico o di entrambi i tipi. Il Disturbo Bipolare è sporadicamente la complicanza di un altro disturbo psichiatrico; se è preceduto da abuso di alcol o di sostanze, ciò potrebbe rappresentare con più probabilità un tentativo di curare da solo le manifestazioni prodromiche del disturbo (Porter, 2014).

Il rischio di sviluppare il Disturbo Bipolare di tipo I con entrambi i genitori affetti è del 60-70% a causa di tratti genetici vulnerabili (Frank, 2007).

Come fattori di rischio per sviluppare un Disturbo Bipolare troviamo i fattori ambientali: sembra infatti che questo disturbo sia più comune nei paesi ad alto reddito (quindi più sviluppati) rispetto ai paesi a basso reddito. La percentuale è del 1.4% contro lo 0.7%. I fattori genetici e fisiologici come ad esempio una storia familiare di Disturbo Bipolare è uno dei fattori di rischio principali. Vi è infatti un aumento del rischio medio maggiore di 10 volte tra i parenti di un individuo colpito. Il rischio aumenta con il grado di parentela più stretto per via di una base genetica condivisa (Biondi & American Psychiatric Association, 2014).

2.6 Decorso e prognosi

La malattia bipolare è cronica e ricorrente, significa che gli episodi tendono a ripresentarsi nel tempo anche se non con la stessa intensità, infatti possono presentarsi delle fluttuazioni dell'umore o periodi liberi da crisi. L'età media del primo episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo si aggira intorno ai 18 anni, ma può verificarsi in qualsiasi momento della vita, compresi gli esordi a 60-70 anni anche se sono piuttosto rari. Molti adulti bipolari sono consapevoli che la loro malattia è iniziata negli anni dell'adolescenza, ma non è stata riconosciuta (né trattata) subito come tale. Una percentuale di adulti bipolari variabile tra il 15 e il 28% colloca l'esordio del disturbo addirittura prima dei 13 anni. Più del 90% delle persone che hanno vissuto un singolo episodio maniacale continuerà ad avere delle alterazioni dell'umore. Circa il 60% degli episodi maniacali si verifica poco prima di un episodio di depressione maggiore (Colom & Vieta, 2006).

La caratteristica principale del disturbo è la tendenza ad avere un decorso cronico, con la presenza di ricadute e ricorrenze degli episodi. La ricaduta è la ricomparsa dei sintomi prima del raggiungimento della remissione clinica stabile per una durata di due mesi. La ricorrenza rappresenta il ripresentarsi ciclico, con un andamento più o meno costante degli episodi di malattia nel tempo (Invernizzi, 2006).

Con l'avanzare dell'età e con il progredire del disturbo l'intervallo libero tra gli episodi si riduce e per il Disturbo Bipolare di tipo I si stabilizza tra i 6 e i 9 mesi dopo 5 episodi. Nonostante la maggior parte dei soggetti bipolari vada incontro a una significativa riduzione inter-episodica dei sintomi, il 20-30% continua a presentare sintomi residui e fino al 60% riferisce difficoltà interpersonali e lavorative persistenti.

Dopo un episodio maniacale con caratteristiche psicotiche, la persona ha una probabilità maggiore di presentare caratteristiche psicotiche nei successivi episodi maniacali. Spesso il primo episodio è preceduto da una situazione ambientale stressante. Dopo il primo episodio la malattia tende a rendersi sempre più indipendente dagli eventi stressanti, ambientali o psicologici, ed i meccanismi regolatori del tono dell'umore entrano in una sorta di oscillazione permanente. A ogni ricaduta il paziente diventa sempre più vulnerabile allo stress, questo può portare a vivere dei cicli rapidi rappresentati dalla successione ininterrotta di depressione ed euforia (Biondi & American Psychiatric Association, 2014).

Il Disturbo Bipolare di tipo I presenta un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi maniacali o episodi misti. Spesso gli individui hanno presentato anche uno o più episodi depressivi maggiori. Gli episodi di Disturbo dell'umore indotto da sostanze (dovuti agli effetti diretti di un medicamento, ad altri trattamenti somatici per la depressione, a una droga di abuso o all'esposizione ad una tossina), o di Disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale, non costituiscono un criterio utile per una diagnosi di Disturbo Bipolare I. Inoltre gli episodi non risultano meglio spiegati da un Disturbo Schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato. Il

Disturbo Bipolare II: la caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare II è un decorso clinico caratterizzato da uno o più episodi depressivi maggiori accompagnati da almeno un episodio ipomaniacale. Gli episodi ipomaniacali non dovrebbero essere confusi con le giornate di eutimia che seguono la remissione da un episodio depressivo maggiore. La presenza di un episodio maniacale o misto preclude la diagnosi di Disturbo Bipolare II (Biondi & American Psychiatric Association, 2014).

Le conseguenze funzionali del Disturbo Bipolare di tipo I: molte persone tra un episodio e l'altro, tornano a un livello completamente funzionale, ma circa il 30% mostra una grave compromissione del funzionamento lavorativo. Questo perché il recupero funzionale è nettamente inferiore al recupero sintomatologico, soprattutto per quanto riguarda il recupero a livello lavorativo. Nei test cognitivi a cui vengono sottoposti gli individui con Disturbo Bipolare di tipo I, emergono risultati più scarsi rispetto agli individui sani. Dunque questi deficit a livello cognitivo possono aumentare le difficoltà professionali e interpersonali che vivono i pazienti, anche durante i periodi di eutimia. Le conseguenze funzionali del Disturbo Bipolare di tipo II: molti individui tornano a un pieno livello di funzionamento nell'intervallo tra episodi, circa il 15% continua a presentare delle disfunzioni inter-episodiche, mentre il 20% dei pazienti passa da un episodio all'altro senza il recupero funzionale (Goldberg & Harrow, 2000).

Nei test cognitivi dimostrano delle prestazioni più scarse rispetto alle persone sane, eccezion fatta per la memoria e la semantica (Biondi & American Psychiatric Association, 2014).

I disturbi bipolari si associano quasi sempre ad altri quadri psicopatologici. Nel National Comorbidity Study, almeno un disturbo in comorbidità viene riportato in tutti i soggetti bipolari: depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi alimentari e disturbi di personalità. Alcuni autori indicano che il 52,8% di pazienti sperimentano almeno un disturbo d'ansia ed il 34,2% ha una comorbidità con i disturbi d'ansia. La comorbidità ha effetti negativi sul decorso della malattia, in quanto associata a minori periodi di benessere, rischio di ricadute più frequenti, bassa qualità di vita, maggior rischi di suicidio e di uso di sostanze (Simon et al. 2004).

2.6.1 La famiglia e il disturbo

Il Disturbo Bipolare, oltre alla persona interessata, colpisce anche l'entourage familiare che soffre col proprio caro, ed assume il ruolo di accudimento e vigilanza. Come qualsiasi malattia cronica, il peso emotivo per i *caregivers* (famigliari che assistono il malato) è considerevole. La malattia del paziente e il funzionamento familiare si influenzano a vicenda. Per i famigliari di pazienti psichiatrici gravi, il prendersi quotidianamente cura comporta un'ampia gamma di *stressor*² emotivi e pratici. Tutte queste fonti di stress mettono a dura prova le capacità di fronteggiamento e di adattamento dei membri della famiglia del malato; ciò può favorire l'insorgere di disturbi emotivi come ansia o addirittura depressione. Proprio la richiesta dei famigliari di ricevere delle informazioni più approfondite in merito alla patologia e le strategie per affrontarla, hanno reso necessari degli incontri nei quali si compiono degli interventi psicoeducativi. Si è provato a coinvolgere i famigliari nei trattamenti cognitivo-comportamentali e si è notata una riduzione del carico assistenziale incrementando il

² Gli stressor (agenti o stimoli stressanti) costituiscono l'insieme di richieste di modifiche e cambiamenti. Sono ad esempio gli stimoli fisici, biologici e psicosociali. Insieme provocano una risposta dell'organismo tramite modifiche neuroendocrine. AA. VV. (n.d.) Definire lo stress: eustress e distress. www.equilibridinamici.it

benessere dei soggetti, le loro abilità e competenze, riducendo il rischio di sviluppare una depressione (Colom & Vieta, 2006).

Anche se non è il tema centrale della tesi ho deciso di riportare il pensiero degli autori per citare una delle tante applicazioni dell'approccio cognitivo-comportamentale.

2.7 Trattamento

Il trattamento del Disturbo Bipolare comprende svariate tecniche e modalità, in questa sede prenderò in considerazione la farmacoterapia, le terapie psicoterapiche e la psicoeducazione.

Fino ad alcuni decenni fa, le opportunità terapeutiche in psichiatria erano piuttosto scarse, mentre attualmente si sono raggiunti notevoli successi, dalle parole dell'autrice si evince che la psichiatria è la branca della medicina che negli ultimi decenni ha raggiunto i più importanti progressi terapeutici (Seccharoli, 2006). Di fatto insieme alla psicofarmacoterapia le forme di terapia più utilizzate sono la psicoterapia e la riabilitazione psicosociale, che nel corso degli anni sono andate a svilupparsi sempre più diventando parte integrante del percorso terapeutico dei pazienti (Secchiaroli, 2006).

La psicoterapia e la psicoeducazione sono parti integranti della prevenzione delle ricadute, la combinazione di misure medicamentose e psicoterapeutiche aiuta i pazienti a raggiungere la stabilità psichica (Krüger et al., 2014).

Inizio discutendo riguardo la terapia farmacologica, non perché rivesta una maggior importanza rispetto ai trattamenti non farmacologici (le psicoterapie si sono sviluppate molto tempo prima), ma perché per la cura del Disturbo Bipolare è impensabile e sconsigliabile un trattamento che escluda la farmacoterapia poiché non è sufficiente per un ottimale trattamento dei sintomi e un mantenimento di periodi eutimici.

I farmaci più utilizzati per la cura del disturbo sono: i Sali di litio, l'acido valproico, farmaci antidepressivi e antipsicotici (Saettoni & Bertoletti, 2008); (Krüger et al., 2014); (Porter, 2014).

2.7.1 Trattamento farmacologico

Nei primi anni '50 furono scoperte casualmente le proprietà euforizzanti dell'Iproniazide, che allora veniva usato nella terapia della tubercolosi, e che fu efficace nel trattamento di pazienti depressi. Dall'Iproniazide derivò la prima classe di antidepressivi, gli inibitori delle monoammino ossidasi (IMAO). Pochi anni dopo dall'Imipramina (antipsicotico con proprietà antidepressive) nacque l'altra grande classe di antidepressivi, i triciclici (TCA), così chiamati per la loro struttura molecolare. Con il progressivo approfondirsi delle conoscenze sui meccanismi d'azione degli antidepressivi e sui correlati biologici dei disturbi dell'umore, a queste due famiglie storiche si sono aggiunte altre sostanze di varia struttura chimica, definiti antidepressivi atipici o di seconda generazione, in quanto è poco probabile che un solo farmaco possa risolvere tutti i problemi posti dal trattamento e quasi sempre si rendono necessarie "polifarmacoterapie". Risulta fondamentale un'approfondita conoscenza delle caratteristiche fenotipiche della depressione per un uso corretto degli antidepressivi e l'evitamento di *switch* ipomaniacali o maniacali o l'induzione di un decorso a cicli rapidi (Saettoni & Bertoletti, 2008).

La terapia farmacologica rappresenta il trattamento d'elezione per affrontare gli episodi d'euforia e di depressione tipici del disturbo. È stato nel corso degli anni '70 attraverso diversi studi randomizzati che 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. La terapia farmacologica da sola, infatti, non dà ai pazienti l'opportunità di imparare le abilità per fronteggiare gli stressors psicosociali che possono scatenare gli episodi sintomatici (Rainone et al., 2008).

La finalità di un trattamento farmacologico nei disturbi dell'umore ed in questo caso del Disturbo Bipolare, deve essere sempre rivolta alla risoluzione dell'episodio ma anche alla corretta stabilizzazione della malattia maniaco-depressiva pensando sempre al decorso longitudinale. Spesso l'attenzione si rivolge al trattamento della fase acuta del disturbo, senza porre attenzione alla storia clinica precedente del paziente ed al possibile decorso clinico che la malattia potrebbe avere (Preve, 2013).

La farmacoterapia è una componente indispensabile del trattamento. Essa infatti ha come scopi quelli di curare la sintomatologia attuale e di ridurre la frequenza, la gravità e le conseguenze degli episodi, incrementando il funzionamento psicosociale della persona (Saettoni & Bertolotti, 2008).

Nel Manuale Merck viene illustrato che la gestione della fase acuta prevede un ricovero per trattare la mania euforica con Sali di Litio spesso associati ad antipsicotici a base di Aloperidolo (Haldol). Il litio è un metallo alcalino in grado di affievolire e attenuare le fluttuazioni bipolari dell'umore. Sembra inoltre avere un'azione "anti-aggressiva", non produce direttamente sedazione, né di solito compromissione cognitiva. Solitamente i pazienti che presentano una mania euforica classica rispondono molto efficacemente alla terapia a base di litio (Porter, 2014).

Il Litio viene solitamente somministrato sotto forma di sale carbonato, ed è assorbito rapidamente e completamente nel tratto gastrointestinale raggiungendo il picco sierico in circa 90 minuti. Il dosaggio varia da paziente a paziente, nei pazienti più anziani, e in quelli con ridotta funzionalità renale, si richiedono dosi inferiori. La dose ottimale è quella che non provoca effetti collaterali significativi. I livelli sierici di litio devono essere controllati ogni 3-6 mesi in pazienti stabili, oppure ogni volta che si modifica lo stato clinico, così come la funzionalità renale e tiroidea che dovrebbero essere controllate ogni 12 mesi (Gorwood, Corruble, Falissard, & Goodwin, 2008).

L'emivita del farmaco è di 24 h, ma si è vista la tendenza ad aumentare con l'avanzare dell'età. La stabilizzazione dei livelli plasmatici si ottiene in 4-6 giorni, e questo provoca un ritardo nell'azione anti-maniacale acuta. Come effetti collaterali il litio può generare lievi tremori, cefalea e nausea, ma anche poliuria, polidipsia, aumento di peso, problemi cognitivi, sedazione o letargia, coordinazione alterata, disturbi gastrointestinali, perdita di capelli, leucocitosi, acne ed edema. Il sovradosaggio può generare effetti tossici che portano a confusione mentale, fino a convulsioni e aritmie cardiache, quindi è molto importante monitorare costantemente i livelli sierici del farmaco. Bisognerebbe ripetere i test di funzionalità epatica nei primi 6 mesi di trattamento, anche se la vigilanza clinica è fondamentale per verificarne eventuali segni di tossicità. I principali effetti collaterali sono: dolori addominali, aumento delle transaminasi epatiche, tremore e sedazione (Gorwood, Corruble, Falissard, & Goodwin, 2008).

Si possono distinguere due tipologie di stabilizzatori dell'umore: gli stabilizzanti dell'umore di tipo A agiscono contro il tono dell'umore troppo elevato. La lettera A sta per *above* (in inglese "sopra"), infatti i medicamenti di tipo A hanno un effetto antimaniacale ma senza indurre una depressione (ad esempio Litio e anticonvulsivanti). Gli stabilizzanti di tipo B (*below* ovvero "sotto") vengono impiegati contro un tono dell'umore troppo deflesso, per esempio la lamotrigina e alcuni antipsicotici atipici; associati ad antidepressivi quali gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (Krüger et al., 2014).

La terapia acuta ha una durata di circa 4-6 settimane, poiché ha come obiettivo principale il trattamento di una depressione o mania acuta; il trattamento viene iniziato non appena si manifestano i sintomi di un primo episodio o di una ricaduta. L'intensità e la durata della terapia acuta dipendono dalla gravità dell'episodio di malattia ma in media questa terapia si protrae per 4-6 settimane. Si pone una particolare attenzione al *setting* per il paziente, poiché la tranquillità dell'ambiente sembra giovare al successo della terapia acuta. La terapia di mantenimento può durare dai 6 ai 12 mesi; lo scopo di tale terapia è di eliminare i disturbi accusati dal paziente e di stabilizzarne le condizioni. La fase di mantenimento è quella più difficile da accettare e da gestire per il paziente poiché la sintomatologia è ben palliata ed egli non riesce a comprendere l'importanza di assumere i farmaci anche in assenza di disturbi (Krüger et al., 2014).

Soprattutto in questo periodo l'educazione terapeutica al paziente e l'alleanza creata con i curanti giocano un ruolo fondamentale per la riuscita della terapia. Per prevenire cicli rapidi di mutamenti dell'umore va limitata la somministrazione di farmaci antidepressivi durante le fasi depressive, associando la somministrazione di stabilizzatori dell'umore e anti-convulsivanti (Porter, 2014).

Per quanto riguarda la scelta dei farmaci antidepressivi (specificamente la Fluoxetina) bisogna tener conto che se somministrati da soli (Fluoxetina, Venlafaxina, Duloxetina e i triciclici), aumentano il rischio di passare a uno stato di mania o d'instabilità dell'umore durante il trattamento contro la depressione. La probabilità di indurre mania si riduce se vi sono in aggiunta il Litio, il Valproato o un antipsicotico (Quietapina, Risperdone)

Diversi studi stimano che una percentuale tra il 30 e il 54% di persone con Disturbo Bipolare abbandona il trattamento farmacologico (drop-out) (Newman et al. 2005).

I fattori principali del *drop-out* sono da ricercare negli *stressor* psicosociali che incidono negativamente sull'attivazione dell'umore provocando episodi ricorsivi di depressione o mania. Sebbene siano stati compiuti dei progressi nella terapia farmacologia per il Disturbo Bipolare, con farmaci alternativi al litio, come gli 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 & Scott 2004).

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. 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 (Rainone et al. 2008).

Per prevenire le recidive è fondamentale una corretta assunzione dei medicinali (Krüger et al. 2014).

Il solo trattamento farmacologico non è efficace nella gestione del Disturbo Bipolare. Con il solo utilizzo della farmacologia in 1 anno il 40% dei pazienti va incontro a ricadute, in 2 anni il 60%, e dopo 5 anni circa il 73% dei pazienti vanno incontro a crisi e ricadute. Si è così notato come la Terapia Cognitivo-Comportamentale influenzi in modo cruciale e positivo il corso della malattia (Otto, Reilly-Harrington, & Sachs, 2003).

Gli effetti indesiderati che si manifestano a breve e lungo termine, inducono il paziente e non assumere correttamente la terapia farmacologica; si rendono dunque necessari

attenti e continui controlli da parte degli operatori ed una costruzione di una buona alleanza terapeutica (per ridurre al minimo il rischio di non aderenza al trattamento) e migliorare l'esito della terapia (Saettoni & Bertolotti, 2008).

La prevenzione delle ricadute comprende l'unione della terapia farmacologica e della psicoterapia che si protrarranno per diversi anni; il piano del trattamento terapeutico si orienta alle necessità personali di ogni paziente e viene sviluppato insieme a lui e ai suoi familiari. Farmaci come il Litio forniscono controllo sulla maggior parte degli eventi problematici, ma spesso non in maniera sufficiente. Questo può comportare una notevole frustrazione da parte del paziente portandolo a una mancata compliance nei confronti dell'assunzione dei farmaci. La mancata compliance è reversibile e si può ovviare con l'esperienza, la psicoeducazione, l'apprendimento e la psicoterapia. (Goodwin & Jamison, 2007).

2.7.2 Altri trattamenti

Il trattamento psicoterapico nasce, in particolare per affrontare i problemi di mancanza di collaborazione del paziente dato che il solo trattamento farmacologico non si rivela efficace nel prevenire le ricadute in più della metà dei pazienti trattati, e un'importante percentuale di pazienti manifesta sintomi residui rilevanti tra un episodio e l'altro. Queste evidenze hanno cambiato l'approccio alla cura dei Disturbi Bipolari, con il passaggio da un trattamento esclusivamente farmacologico ad un trattamento integrato (Rainone et al., 2008).

Un nuovo approccio alla prevenzione delle ricadute e recidive nella depressione, per il quale ci sono prove preliminari incoraggianti, è quella di combinare gli interventi farmacologici agli interventi psicoterapici. Infatti combinando una psicoterapia di stampo cognitivo-comportamentale (che andrò a trattare nei prossimi capitoli) con i farmaci antidepressivi sembrerebbe ridurre la richiesta della farmacoterapia. Questa strategia di combinare la farmacoterapia acuta con la profilassi psicoterapica offre la possibilità di capitalizzare il costo-efficacia dei farmaci antidepressivi per ridurre la sintomatologia acuta, evitando la necessità per i pazienti di utilizzare a tempo indeterminato un dato farmaco, riducendo nello stesso tempo il rischio di ricadute (Saettoni & Bertolotti, 2008).

La psicoterapia diventa dunque parte integrante della terapia per prevenire le ricadute, infatti la combinazione di misure medicamentose e psicoterapiche aiuta i pazienti a raggiungere una buona stabilità psichica. L'obiettivo è quello di rendere i pazienti degli attori attivi nella propria vita, formare parenti e pazienti affinché diventino degli "esperti" della patologia. Se i sintomi ed i comportamenti premonitori sono sempre gli stessi, può essere di aiuto stilare insieme all'utente una lista di sintomi precoci personali al fine di riconoscerli e di trattarli di conseguenza (Krüger et al. 2014).

È stato nel corso del primo Novecento che iniziano a svilupparsi al contempo diversi altri paradigmi psicoterapeutici, basati su differenti teorie della mente. Se la psicoanalisi e le psicoterapie da essa derivate rappresentano una forma di psicoterapia coerente con un paradigma psicodinamico, ad altri tipi di paradigma psicologico (come quelli cognitivisti o comportamentisti) corrisponderanno dunque altri tipi di approcci psicoterapeutici, che saranno modellati secondo gli assunti di base della loro relativa teoria psicologica di origine. Al Comportamentismo corrisponderà così la Terapia comportamentale, mentre al Cognitivismo corrisponderà la Terapia cognitiva, e così via (Krüger et al. 2014).

Il trattamento psicoterapico si è sviluppato soprattutto per affrontare i problemi di mancanza di collaborazione del paziente (compliance al trattamento). Fino agli anni '80 si considerava il Disturbo Bipolare come una patologia prettamente biologica, da trattare con la sola terapia farmacologica. Citando l'autrice "La psicoterapia sembrava

superflua, ed è stata a lungo trascurata come possibile opzione terapeutica” (Fera, 2012). È solo dalla metà degli anni '80 che cominciano ad apparire in letteratura i primi dati, che suggeriscono come l'outcome di pazienti trattati con la sola terapia farmacologica sia tutt'altro che ottimale in un periodo di osservazione di 2-3 anni (Fera, 2012)

Si sono sviluppate le terapie di gruppo che aiutano i pazienti affetti da Disturbo Bipolare ad incrementare l'aderenza al trattamento, a destigmatizzare e risolvere i problemi che il disturbo comporta basandosi su un approccio psicoterapico. Durante le sedute di gruppo si affrontano vari argomenti come ad esempio l'adattamento sociale e gli aspetti interpersonali coinvolti nella sua gestione; inoltre la terapia di gruppo offre un ambiente sicuro e controllato (Colom & Vieta, 2006).

La terapia interpersonale è stata sviluppata negli anni '70 da Gerald Klerman, uno psichiatra statunitense. Questa terapia si svolge in un periodo di tempo limitato ed è incentrata sui problemi psicosociali e interpersonali della persona integrando elementi psicoanalitici, cognitivi e comportamentali. Altri modelli di psicoterapie sono: la psicoeducazione individuale o di gruppo che nei momenti di eutimia dei soggetti si propone di discutere sul disturbo aiutandoli a riconoscere precocemente i sintomi di una crisi, insegnando a gestire lo stress e ad implementare le capacità di *problem solving* e di aderenza al trattamento (Frank, 2007).

La Marital and Family Therapy propone delle sedute con i membri della famiglia del paziente al fine di educare i parenti riguardo la patologia, i sintomi, le crisi ed i trattamenti, aiutandoli ad accettare la cronicità del disturbo e fornendo loro degli strumenti e delle capacità per aiutare al meglio il proprio caro, sia nei momenti di benessere che nei periodi di crisi, come ad esempio creare un ambiente casalingo tranquillo, aiutare il paziente a riconoscere i sintomi prodromici di una crisi e aiutarlo ad esprimere le sue emozioni e sensazioni (Frank, 2007; Joffe, 2002).

Informando ed educando gli amici e i famigliari sui sintomi della malattia bipolare, essi possono essere in grado di riconoscere i sintomi premonitori di una ricaduta imminente, la probabilità di ricevere un aiuto tempestivo sarà più alta. Questo intervento può eventualmente abbreviare o addirittura impedire un episodio imminente (Krüger et al, 2014).

La terapia famigliare incrementa il funzionamento sociale della persona affetta da bipolarismo, e riduce il numero annuo di ricoveri ospedalieri. Questo perché la terapia aiuta i pazienti a conoscere a fondo la patologia, implementare le capacità comunicative col proprio partner e i famigliari aiutando i pazienti a migliorare il funzionamento globale nonché a gestire i fattori stressanti della vita quotidiana (Joffe, 2002).

Un altro modello di psicoterapia è l'Interpersonal Psychotherapy and Social Rhythm Therapy. L'Interpersonal Psychotherapy ha dimostrato la sua efficacia nelle crisi acute nel trattamento di profilassi della depressione bipolare e unipolare. Le due terapie sopracitate aggiungono una componente comportamentale per cercare di migliorare la regolarità delle routine e le attività quotidiane del paziente (Joffe, 2002).

Un altro approccio complementare a quello farmacologico, è la compilazione del “diario dell'umore”, una scheda settimanale o mensile, che consente al paziente di valutare l'andamento del suo tono dell'umore. Nei fogli pre-stampati ci sono degli *items* da compilare, ad esempio: mi sento triste, felice, stanco, ecc., ed il paziente può annotare cosa ha fatto durante la giornata (es: ero triste e sono stato a letto, oppure mi annoiavo e sono andato a correre, poi mi sentivo più sereno) (Krüger et al., 2014).

Per i curanti è fondamentale conoscere le strategie che il paziente mette in atto per far fronte a degli stati d'animo che gli causano disagio. Il diario dell'umore è molto importante per scoprire se ci sono correlazioni tra il tono dell'umore e la stagione, il

tempo meteorologico, le attività svolte dall'utente, le persone che ha incontrato, ecc. Ed è utile per verificare le fluttuazioni e poter impostare una terapia adeguata e annotarne eventuali miglioramenti o esacerbazioni (Fera, 2012).

L'utilizzo di questo diario è una pratica abbastanza diffusa in quanto diversi pazienti con cui ho lavorato in stage ne facevano utilizzo, inizialmente con qualche difficoltà, poi con beneficio. Anche al paziente con cui ho lavorato maggiormente hanno proposto l'uso di questo diario. Nei primi giorni si rifiutava di compilarlo perché lo trovava poco utile, così insieme ai colleghi lo abbiamo più volte incentivato a compilarlo aiutandolo a riflettere su cosa fosse importante scrivere. Dopo una settimana era in grado di compilare correttamente il diario in autonomia, notando ad esempio la riduzione di ore di sonno o altre modifiche comportamentali e umorali. Se utilizzato correttamente il diario è molto utile per tenere sotto controllo eventuali ricadute riconoscendone i sintomi precoci ed agire tempestivamente.

2.7.3 Premesse all'approccio Cognitivo-Comportamentale

Come citato in precedenza la Terapia Cognitivo-Comportamentale influenza positivamente il decorso clinico dei pazienti affetti da bipolarismo (Otto, Reilly-Harrington, & Sachs, 2003).

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) è andata a modificarsi col passare degli anni, essa rappresenta infatti un grande cappello di tecniche psicoterapiche che negli anni sono andate a nascere e ad evolversi altri sotto insiemi della terapia. Nel 1955 Albert Ellis, psicologo statunitense, con la pubblicazione del saggio *New approaches to psychotherapy techniques* ha introdotto la terapia che chiama prima Rational Therapy (RT), poi negli anni Rational-Emotive Therapy (RET) ed infine Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT), ultima e attuale definizione. L'innovativo approccio di Ellis ha portato altri colleghi ad interessarsi agli *irrational beliefs* ovvero alle convinzioni disfunzionali che sembravano comportare un effetto prognostico sfavorevole nelle patologie (Ruggiero, 2011).

Un altro approccio di stampo cognitivo-comportamentale è L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT). L'ACT non è una tecnica, ma bensì un insieme di principi. Uno degli interventi/obiettivi della terapia si chiama defusione, detta anche de-letteralizzazione. Il termine in inglese possiede un doppio significato: "disinnesco" e "separazione". Un elemento comune di tutti i tipi di sofferenza emotiva è infatti la fusione con la realtà virtuale creata dalla propria mente (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007).

Un altro personaggio importante nella storia della CBT è stato Aaron Beck che già dal 1964, pur partendo da alcune concezioni espresse da Ellis (che poi Beck negli anni avrebbe ampliato, modificato e aggiunte di nuove) ha preferito definirsi come terapeuta cognitivo piuttosto che razionale o razionalista (Ruggiero, 2011).

Beck sosteneva che i pazienti depressi fossero caratterizzati da una triade cognitiva composta da una visione negativa del sé, del presente e del futuro e che ciò influenzasse negativamente l'organizzazione dei pensieri. La triade cognitiva era mantenuta costante da uno schema di pensiero disfunzionale che, una volta attivato, sovrastava la capacità dell'individuo di controllare volontariamente i pensieri, le idee negative e gli atteggiamenti automatici.

La rivoluzione cognitiva della psicologia tra gli anni '50 e '60 ha condotto alla stesura di importanti scritti sulla teoria dei costrutti personali e sulla terapia razionale cognitiva di Ellis. In questo periodo Aaron Beck, nel corso della sua formazione, ha iniziato a studiare i processi psicologici osservati nella depressione, ipotizzando che i sentimenti

e i comportamenti fossero influenzati dai processi cognitivi a un livello conscio (Murray & Ruffini, 2011).

Ha applicato le sue teorizzazioni e tecniche terapeutiche prima con i disturbi depressivi e poi con quelli d'ansia, con notevole successo clinico. Inoltre il ricorso ad alcune tecniche di tipo comportamentista ha fatto sì che la terapia, oltre ad essere come già detto spesso ritenuta erroneamente un'evoluzione del comportamentismo, assumesse il nome di Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). Questa rivoluzione ha portato la psicoterapia cognitiva ad espandersi negli anni '70 e alla sua consacrazione negli anni '80. La teoria si coniuga perfettamente con le neuroscienze per la comprensione di molti processi mentali, patologici e non (Ruggiero, 2011).

Si fa riferimento all'insieme di sotto-abilità necessarie per la soluzione di problemi, che vengono allenate durante le sedute di CBT (Moscone, 2014):

S: "Specify general problem" ("specificare il problema generale").

C: "Collect information" ("racogliere informazioni").

I: "Identify causes or patterns" ("identificare le cause o gli insiemi di cause").

E: "Examine options" ("esaminare le alternative").

N: "Narrow options and experiment" ("restringere il numero delle opzioni e sperimentare").

C: "Compare data" ("confrontare i dati").

E: "Extend, revise or replace" ("arricchire la soluzione, rivederla o sostituirla")

La CBT combina due forme di psicoterapia estremamente efficaci: la psicoterapia comportamentale aiuta a modificare la relazione fra le situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona ha in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione. Aiuta inoltre a rilassare mente e corpo, così da sentirsi meglio e poter riflettere e prendere decisioni in maniera più lucida. La psicoterapia cognitiva: aiuta ad individuare certi pensieri ricorrenti, certi schemi fissi di ragionamento (*belief*) e di interpretazione della realtà, che sono concomitanti alle forti e persistenti emozioni negative che vengono percepite come sintomi e ne sono la causa, a correggerli, ad arricchirli, ad integrarli con altri pensieri più oggettivi, o comunque più funzionali al benessere della persona. È risultata essere molto efficace per pazienti con depressione e disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbi alimentari (anoressia, bulimia, disturbo dell'alimentazione incontrollata), stress, disturbi della personalità ed insonnia (Ruggiero, 2011).

Riassumendo i vantaggi della psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) sono:

- Pratica e concreta: lo scopo si basa sulla risoluzione dei problemi psicologici concreti. Alcune tipiche finalità includono la riduzione dei sintomi depressivi, l'eliminazione degli attacchi di panico, la promozione delle relazioni con gli altri, la diminuzione dell'isolamento sociale, e così via.
- Centrata sul "qui ed ora". La CBT si preoccupa di attivare tutte le risorse del paziente stesso, e di suggerire valide strategie che possano essere utili a liberarlo dal problema che spesso lo imprigiona da tempo, indipendentemente dalle cause.
- A breve termine. La CBT è a breve termine, ogni qualvolta sia possibile. Il terapeuta è comunque generalmente pronto a dichiarare inadatto il proprio metodo nel caso in cui non si ottengano almeno parziali risultati positivi, valutati dal paziente stesso, entro un numero di sedute prestabilito. La durata della

terapia varia di solito dai tre ai dodici mesi, con cadenza il più delle volte settimanale.

- Orientata allo scopo. La CBT è più orientata ad uno scopo rispetto a molti altri tipi di trattamento. Il terapeuta cognitivo-comportamentale, infatti, lavora insieme al paziente per stabilire gli obiettivi della terapia, formulando una diagnosi e concordando con il paziente stesso un piano di trattamento che si adatti alle sue esigenze, durante i primissimi incontri. Si preoccupa poi di verificare periodicamente i progressi in modo da controllare se gli scopi sono stati raggiunti.
- Attiva. Sia il paziente che il terapeuta giocano un ruolo attivo nella terapia. Il terapeuta cerca di insegnare al paziente ciò che si conosce dei suoi problemi e delle possibili soluzioni ad essi. Il paziente, a sua volta, lavora al di fuori della seduta terapeutica per mettere in pratica le strategie apprese in terapia, svolgendo dei compiti che gli vengono assegnati. Nella CBT il terapeuta svolge un ruolo attivo nella soluzione dei problemi del paziente, intervenendo spesso e diventando talvolta “psico-educativo”.
- Collaborativa. Paziente e terapeuta lavorano insieme per capire e sviluppare strategie che possano indirizzare il paziente alla risoluzione dei propri problemi. La CBT è infatti una psicoterapia breve basata sulla collaborazione tra paziente e terapeuta. Entrambi sono attivamente coinvolti nell’identificazione delle specifiche modalità di pensiero che possono essere causa dei vari problemi (Ruggiero, 2011).

In particolare per il Disturbo Bipolare, la CBT si propone di valutare la sintomatologia, la storia del problema e dei precedenti trattamenti, e le strategie di *coping* utilizzate per mezzo di un accurato *assessment*. Si propone di fornire le informazioni corrette sui sintomi del disturbo, sul decorso, sulla terapia farmacologica e le fasi del trattamento. La terapia cognitiva è centrata sul monitoraggio, la valutazione e la modifica degli stili di pensiero disfunzionali, orientando il paziente a ricercare evidenze concrete e ipotesi alternative, utilizzando: 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; il 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; l’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 (Rainone et al. 2008).

Dalle linee-guida stilate dall’American Psychiatric Association (APA), secondo l’Evidence Based Medicine, emerge che la CBT rappresenti ad oggi l’intervento di prima scelta per molti disturbi psichiatrici, soprattutto per i pazienti affetti da bipolarismo e schizofrenia e che sia l’approccio che possiede la maggior tradizione nel trattamento dei disturbi affettivi. Indispensabile per la buona riuscita della terapia, è l’educazione al paziente (Association, 2006).

La CBT è utilizzata infatti come terapia combinata o monoterapia per il trattamento profilattico o le fasi acute. I componenti chiave del trattamento psicoterapico basato sulla CBT per il Disturbo Bipolare includono:

- la conoscenza e l'educazione alla propria patologia con una migliore valutazione dei rischi personali derivanti da essa.
- la regolazione dell'auto-monitoraggio: modifica dei comportamenti disadattativi.
- l'incremento dell'aderenza ai farmaci e alle terapie (Goodwin & Jamison, 2007).

2.7.4 La Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Quest'oggi stiamo vivendo nella fase conosciuta come la *third wave*, o terza ondata del cognitivismo iniziata negli anni '90 e in sviluppo tutt'ora (la prima ondata di terapie basate su evidenze scientifiche ha avuto sviluppo intorno agli anni '50 '60, che attualmente vengono definite: "terapie comportamentali radicali", mentre la seconda negli anni '60, con l'avvento del cognitivismo, ad opera di Aaron Beck negli USA e durata circa fino ai primi anni '90) (Ruggiero, 2011).

Per meglio svolgere la mia analisi, ho deciso di approfondire l'approccio che più si addice alla mia domanda di ricerca e agli *outcomes* che fa parte di questa terza ondata. Si tratta di un approccio nato specificamente per trattare la sintomatologia depressiva e per prevenirne le ricadute. Esso si mescola con gli approcci cognitivi e comportamentali e le tecniche già esistenti, incorporando le sue novità. La novità principale della terza ondata è rappresentata dalla Mindfulness, terapia sviluppatasi con il suo pioniere Jon Kabat-Zinn che nel 1979 ideò, realizzò e strutturò l'opportunità di utilizzare questo metodo nel trattamento di malattie croniche attraverso un programma di Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), un programma di medicina complementare sviluppato per la prima volta all'Università del Massachusetts. La MBSR ha scatenato poi un crescente interesse e una più vasta applicazione di pratiche di consapevolezza, per il trattamento di una varietà di condizioni, in soggetti sani e malati. Le tecniche di consapevolezza di sé, di meditazione e di Mindfulness, sono tecniche "laiche" che stanno ricevendo un enorme interesse e validazioni da parte della comunità scientifica internazionale. Questi metodi che derivano dalle tradizionali tecniche contemplative sono applicate nella clinica moderna senza le origini religiose e le implicazioni spirituali. La meditazione è la via che conduce la persona alla consapevolezza di Sé. La Mindfulness infatti è una forma di meditazione buddista. La parola meditazione deriva dal latino "meditari" che significa dedicarsi alla contemplazione o riflessione, è uno stato di consapevolezza vigile, nel presente e non mentale. Uno stato di consapevolezza di Sé, silenziosa e naturalmente integra (Ruggiero, 2011).

Essa viene comunemente intesa come pratica di consapevolezza del respiro del corpo nel nostro contesto occidentale, che ha acquisito tale concetto dalle tradizioni indiane ed orientali, significa un particolare stato di atteggiamento della mente che si raggiunge rivolgendo l'attenzione mentale con costanza al momento presente, qui ed ora, diretto di volta in volta o al proprio corpo, o alle proprie percezioni sensoriali semplici piacevoli o spiacevoli come ad esempio un suono, un colore, un punto luminoso, a sentimenti quali la rabbia, il dolore, la compassione, ad oggetti della mente, o comportamenti quotidiani come ad esempio nel mentre si lava i piatti o si compie un'azione come il versare il tè. L'importante è osservare in uno stato di calma non reattiva, ma passiva accettando quello che viene e si osserva. Gli psicologi cognitivisti utilizzano questa tecnica anche per modificare il substrato di pensieri negativi presenti a causa di malattie organiche come il tumore o psichiatriche come la depressione. La maniera più efficacemente riconosciuta per iniziare ad avviare questo tipo di attenzione è osservare

il respiro, concentrandoci solo su questo. Se i pensieri si fanno strada nella mente, bisogna provare a non giudicarli, non inseguirli, bensì ricondurre gentilmente l'attenzione con costanza al respiro. Il nome *Mindfulness* in ambito psicologico, spesso viene tradotto con consapevolezza delle proprie azioni, emozioni, stati mentali, prestando attenzione al presente, momento per momento con sguardo non giudicante e predisposto all'accettazione. Numerosi studi degli ultimi anni hanno indagato come la meditazione possa aiutare le persone a stare meglio dopo essere state trattate con successo per la depressione; una volta che un paziente si è ripreso da un episodio depressivo, una lieve quantità di umore negativo può ripresentarsi per qualsiasi motivo, scatenando nuovamente una grande quantità di pensieri negativi classici della depressione che portano con sé sensazioni fisiche di debolezza, stanchezza o dolore inspiegabile. Tale tecnica riuscirebbe a prevenire questi nuovi episodi depressivi. La naturalezza con cui la Mindfulness si amalgama con la Psicoterapia Cognitiva ha portato alla nascita di numerosi approcci clinici che ne fanno largo uso (MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, di Teasdale, Segal e Williams; ACT, Acceptance and Commitment Therapy; DBT, Dialectical Behavior Therapy di Marsha Linehan) (Ruggiero, 2011).

La Mindfulness-Based Cognitive Therapy è stata sviluppata nel anni '90; con essa si riscopre l'importanza del corpo e il superamento del dualismo cartesiano mente e corpo (Kingston et al. 2007).

Lo sfondo teorico di MBCT si basa sull'ipotesi di attivazione differenziale sviluppato da Teasdale nel 1988 il quale suggerisce che gli individui che hanno sperimentato diversi episodi depressivi sono maggiormente vulnerabili a ricadute e ricorrenze di stati depressivi, in quanto anche uno stato disforico mite può riattivare i modelli di pensiero depressivi rimasti latenti dalla crisi precedente; il rischio di ulteriori episodi aumenta con ogni episodio consecutivo poiché i successivi episodi di depressione maggiore richiedono sempre meno la provocazione di eventi stressanti esterni (Bondolfi et al., 2010).

Rappresenta un nuovo intervento per la prevenzione delle ricadute nella depressione unipolare e bipolare, si tratta di programmi specifici per i pazienti che incrementano e allenano le abilità di consapevolezza attraverso tecniche di meditazione combinate con le tecniche della terapia cognitiva. In questo modo si identificano le vulnerabilità che aumentano il rischio o portano a delle ricadute; il terapeuta fornisce delle valide strategie per far fronte ai problemi e modificare i pensieri disfunzionali a beneficio del paziente. La MBCT aiuta i partecipanti a vedere più chiaramente le modalità di funzionamento della mente e a imparare a riconoscere quando il loro umore comincia a scendere. L'obiettivo è quindi quello di incrementare le competenze metacognitive incoraggiando le persone ad adottare un nuovo modo di essere e di vivere. Questo aiuta a rompere il collegamento tra umore negativo e pensiero negativo che normalmente si attiverebbe. I partecipanti sviluppano così la capacità di lasciare andare e venire l'umore negativo, i pensieri e le sensazioni, senza necessariamente doverli contrastare. Coltivare la consapevolezza del momento presente e il non giudizio porta le persone a interrompere il circolo della ruminazione e ad incrementare la gentilezza verso se stesse, venendosi così a rompere il legame tra l'attività della propria mente (ruminare su eventi passati) e i sintomi depressivi (Kingston et al. 2007).

Questa pratica può influenzare gli individui a due livelli. Il primo è attraverso la loro immediata percezione dello stato soggettivo che si verifica durante la pratica della meditazione su se stessi e include esperienze soggettive di calma, tranquillità, ed una lenta o cessazione di pensieri, che si traduce in maggiore chiarezza percettiva (Perich, Manicavasagar, Mitchell, & Ball, 2013a).

Il secondo livello comprende i cambiamenti nelle relazioni con pensieri, sentimenti ed esperienza interiore. A loro volta rendono consapevoli la persona di un senso più profondo di calma, comfort e accresciuta consapevolezza sensoriale anche al di fuori della pratica della meditativa.

La MBCT propone un programma di 8 sessioni settimanali di 2 ore ciascuno in un gruppo tra le 8 e le 15 persone (Piet & Hougaard, 2011).

Lo scopo è quello di insegnare ai pazienti a diventare più consapevoli e relazionarsi in modo diverso ai loro pensieri, sentimenti e sensazioni corporee. Attraverso la pratica di esercizi di consapevolezza tra cui: scansione del corpo, semplici esercizi di yoga, deconcentrazione emotiva attraverso tecniche di respirazione profonda, la meditazione ad occhi chiusi e lo stretching. Questi esercizi aiutano il paziente a decentrare i pensieri negativi, a ridurre la reattività ai cambiamenti umorali, ad aumentare la capacità di avere una piena coscienza della malattia e a mantenere i periodi di eutimia (Mirabel-Sarron et al., 2009).

Oltre alle sessioni proposte dai terapisti specializzati, i pazienti vengono invitati a svolgere dei compiti a casa, come 40 minuti di pratiche meditative al giorno e mettere in pratica le abilità cognitivo-comportamentali discusse durante gli incontri (Kuyken et al, 2008).

La principale differenza con la CBT classica, è che la MBCT ha lo scopo di insegnare ai pazienti come diventare consapevoli a relazionarsi con le loro esperienze attraverso la pratica della consapevolezza caratterizzata da apertura, curiosità e accettazione acquisendo una prospettiva diversa sul pensiero e sulla consapevolezza di sé; mentre la CBT andrebbe a modificarne i pensieri disfunzionali (Ranem Mohn, 2015).

Il National Institute for Clinical and Health Excellence (NICE) anglosassone consiglia questa terapia a tutti coloro che hanno vissuto due o più episodi depressivi. È risultata essere più efficace delle dosi di mantenimento di antidepressivi nel prevenire una ricaduta nella depressione; può ridurre la gravità dei sintomi nei soggetti che stanno vivendo un episodio depressivo e sembrerebbe ridurre i punteggi al BDI (Beck Depression Inventory)³. Per il Disturbo Bipolare gli studi svolti finora hanno dimostrato come il protocollo MBCT porti a una riduzione dei sintomi depressivi e ansiogeni senza che vi sia un aumento collaterale dei sintomi maniacali (Ranem Mohn, 2015).

La pratica della Mindfulness può essere abbracciata anche dai curanti, di fatto rappresenta un concetto importante per la disciplina della professione infermieristica, che ha applicazioni pratiche sia per il benessere dell'infermiere, sia per lo sviluppo e la sostenibilità della qualità di cure terapeutiche e per la promozione della salute olistica. È importante per l'infermiere che il benessere e la cura di sé del paziente diventino, nella ricerca e nell'educazione che egli quotidianamente svolge, i suoi principali obiettivi. Si rivela essere fondamentale trovare un modo che aiuti ognuno ad ascoltare il linguaggio del corpo. La meditazione permette il silenzio della mente, consente di godere di tutti gli attimi della vita che spesso si perdono per la fretta nel seguire l'avvicinarsi delle cose. Questa pratica incarna tutto ciò che rappresenta la professione infermieristica: prendersi cura del prossimo. Dà l'opportunità di assistere la persona in tutti i suoi aspetti attraverso l'apprendimento personale della pratica, che rende il professionista più consapevole del proprio operato, più empatico, ed aumenta le sue prestazioni e la

³ Formulario stilato da A. Beck nel 1967 che ha subito in seguito alcune modifiche. Quella a cui fanno riferimento gli studi da me selezionati è l'ultima versione del 1996. Il questionario presenta 21 gruppi di affermazioni che vanno da 0 a 3 punti per un massimo di 63 ed indicano il grado di depressione: punteggi 0-13 indicano un'assenza di contenuti depressivi; punteggi compresi tra 14-19 una depressione lieve; punteggi 27-29 una depressione di grado moderato; punteggi 30- 63: una depressione di grado severo.

concentrazione; e l'educazione della pratica al paziente, prevenendo le malattie e aumentando l'accettazione di una patologia se già esistente (Burrai et al, 2007).

La meditazione non è da intendersi come una tecnica, ma bensì come una visione del mondo e della vita che usufruisce di strumenti pratici per regolare le emozioni. L'approccio meditativo viene insegnato da istruttori formati anche a medici, psicologici e infermieri, oltre a chiunque sia interessato alla propria salute. Gli insegnamenti comprendono la cognizione della via meditativa che uniscono la riorganizzazione radicale della tradizionale visione occidentale della vita, e la nuova visione scientifica dell'essere umano che deriva dalla psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), a tecniche e pratiche di gestione delle emozioni e dello stress. Proprio grazie a questi insegnamenti, sono sempre di più gli operatori che uniscono il loro sapere tradizionale con il sapere e il saper fare della tradizione meditativa (Bottaccioli & Carosella, 2011). La PNEI deriva dalla ricerca interdisciplinare che studia le relazioni bidirezionali tra psiche e sistemi biologici. Ha le sue radici nella biologia molecolare, nello studio dei meccanismi dello stress di Hans Selye e nello studio della relazione biologica tra mente e corpo. Si occupa della ricerca dell'unità, dell'intero nella conoscenza della vita e della sua organizzazione. Il suo approccio pertanto è sistemico: studia le connessioni tra i sistemi biologici, il linguaggio utilizzato per comunicare tra i sistemi e le implicazioni cliniche di tali studi. La PNEI nasce dalla convergenza di tre sviluppi scientifici: la neuroendocrinologia, l'immunologia e le neuroscienze, integrandoli in un unico modello. Con tale approccio viene a profilarsi un modello di ricerca e di interpretazione della salute e della malattia che vede l'organismo umano come una unità strutturata e interconnessa, dove i sistemi psichici e biologici si condizionano reciprocamente. La PNEI rappresenta il cambio di paradigma (ovvero un modello degno di essere imitato, un modello di riferimento, uno schema collettivo di interpretazione della realtà) da un modello bio-medico in cui prediligeva l'idea che la mente fosse superiore al corpo, a un modello olistico (dal greco *olos* che significa l'intero, il tutto, quindi un modo unitario di vedere la realtà, l'essere umano, l'esistenza) che abbracci il dualismo mente-corpo mettendoli sullo stesso piano di importanza. Il paradigma olistico quindi si può definire come una visione dell'unità dell'esistenza, nasce da una percezione organica e profonda di sé e del mondo come se la vita e la coscienza influissero su ogni cosa o ogni fenomeno e ci fosse un'unica rete unitaria della vita. La sua base è la comprensione dell'unità sistemica globale e l'inscindibile coesistenza della dimensione esteriore e interiore in ogni fenomeno. "Il concetto fondamentale dell'olismo è che ogni fenomeno va sempre osservato nella sua totalità, nella sua interezza". Con vari studi si è notato che le emozioni modificano l'attività immunitaria, che a sua volta può modificare l'attività psichica: esiste dunque una forte correlazione tra loro (Bottaccioli, 2005).

3. FOREGROUND

3.1 Scelta della metodologia

Il seguente sottocapitolo è stato redatto con lo scopo di presentare al lettore il quadro metodologico scelto per lo sviluppo di questo lavoro di Bachelor e le motivazioni che sottostanno a tale decisione.

Per l'elaborazione di questo lavoro di tesi ho deciso, a livello di procedura adottata, di usare come metodologia la Revisione della Letteratura.

Come affermato da LoBiondo-Wood & Haber (2010), Polit & Beck (2010) e da Taylor et al. (2006), un professionista della salute deve acquisire dimestichezza con le banche dati e deve essere in grado di analizzare criticamente gli articoli, al fine di estrapolare

informazioni utili da attuare nella pratica quotidiana. Questo, non solo è auspicabile, ma viene anche richiesto dal ruolo di manager (uno dei sette ruoli facenti parte del profilo di competenze che un infermiere deve possedere) (Taylor et al., 2006). Secondo questo ruolo, l'operatore sanitario mette in atto piani di trattamento con efficienza ed efficacia e collabora all'implementazione e alla valutazione di standard di qualità per le cure infermieristiche basati su prove di efficacia (Taylor et al., 2006).

Sulla base di ciò, come affermato da Chiari et al. (2006), è di fondamentale importanza che tutti i professionisti sanitari imparino ad accedere alle informazioni scientifiche in modo efficace ed efficiente, così da poter disporre immediatamente delle migliori conoscenze rese disponibili dalla letteratura scientifica. Solo così è possibile garantire la miglior cura ai pazienti, tutelarsi a livello professionale e usare le risorse in modo razionale impiegandole in prestazioni dimostrate efficaci (Chiari et al., 2006).

Per revisione della letteratura si intende una formulazione di una sintesi critica degli studi pubblicati sull'argomento scelto finalizzata all'aggiornamento di esso. Una revisione della letteratura è un'analisi approfondita della letteratura scientifica disponibile su un determinato argomento (Saiani & Brugnolli 2010).

Viene definita come un'analisi della letteratura scientifica che si focalizza su una domanda definita in modo da poter ricevere una risposta dall'analisi delle prove scientifiche (National Institute of Health USA, 2014).

La revisione della letteratura propone l'utilizzo di mezzi oggettivi di ricerca applicando criteri predeterminati di inclusione e di esclusione. Prevede infine la valutazione critica degli studi rilevanti secondo i criteri predeterminati e l'estrazione di dati dalle prove e la sintesi al fine di formulare delle conclusioni finali sul quesito. Si tratta di uno strumento di valutazione basato sugli studi clinici, studi di coorte e caso/controllo (LoBiondo-Wood, Haber, & Palese, 2004).

La revisione della letteratura permette di scoprire una conoscenza di tipo concettuale e basata sui dati relativa a un particolare concetto clinico; scoprire nuove conoscenze che conducono allo sviluppo o al perfezionamento di teorie e fornire informazioni utili alla formazione (LoBiondo-Wood, Haber, & Palese, 2004).

Per la ricerca ho fatto riferimento a studi primari, ovvero studi che descrivono le singole ricerche avendo come soggetto gli individui studiati; si differenziano dagli studi secondari che invece riassumono e traggono conclusioni dagli studi primari. Le fonti secondarie sono per l'appunto tutte le pubblicazioni che trattano e discutono studi fatti da altri autori; non sono quindi scritte dall'autore che ha condotto di persona lo studio (Chiari et al., 2006; Polit & Beck, 2004). In questa definizione rientrano tutte le revisioni della letteratura (formulate partendo da studi primari) e le linee guida (Chiari et al., 2006). Lo svantaggio di questo tipo di produzione letteraria è il fatto di perdere di obiettività in quanto l'autore interpreta secondo le proprie conoscenze e percezioni (Taylor et al., 2006).

Gli studi primari possono essere studi sperimentali, studi clinici o osservazionali tenendo in considerazione che possono trattarsi di studi di caso-controllo (confronto tra un gruppo di persone malate della patologia che si vuole studiare e un gruppo sano), studio di coorte che si occupa ad esempio di verificare il rischio di contrarre una data patologia in seguito all'esposizione di un agente patogeno o di una sostanza nociva, e lo studio randomizzato e controllato (RCT) ad esempio quando le persone sono distribuite in modo casuale e alcune di loro ricevono un nuovo trattamento piuttosto che quello convenzionale (Chiari, 2006).

La revisione della letteratura viene definita come un vero e proprio progetto di ricerca che sintetizza e valuta criticamente in un unico documento gli esiti di tutti gli studi

sperimentali condotti riguardo ad un determinato e ben definito quesito clinico o intervento sanitario (Sala & Moja, 2006).

Un ricercatore può effettuare una revisione della letteratura per indagare sulle attuali conoscenze o per visualizzare cronologicamente lo sviluppo di queste, riguardo ad un determinato argomento. La revisione viene anche utilizzata per identificare dove le evidenze, quindi le ricerche e le conoscenze, mancano, sono contraddittorie o inconcludenti (Aromataris & Pearson, 2014).

In sintesi, la realizzazione di una revisione sistematica della letteratura comprende le seguenti fasi (Aromataris & Pearson 2014; DiCenso et al., 2005; Porritt et al., 2014):

- ✓ Identificare un problema clinico (CRD, 2009);
- ✓ Formulare chiaramente il quesito di ricerca attraverso il PICO (CRD, 2009);
- ✓ Sviluppare il protocollo di revisione (precisare i criteri di inclusione ed esclusione, indicare la strategia di ricerca, ovvero i *database* da consultare, i termini di ricerca ideali, il metodo per valutare la qualità degli articoli, etc.) (Chiari et al., 2006);
- ✓ Effettuare la ricerca della letteratura identificando il maggior numero di studi possibili relativi all'argomento di interesse (Chiari et al., 2006);
- ✓ Selezionare gli studi individuati applicando i criteri di selezione stabiliti in precedenza in modo da evidenziare solamente quelli spendibili per la revisione. Mediante l'uso di uno strumento di valutazione analizzare criticamente la qualità e il rigore metodologico degli articoli al fine di comprendere l'affidabilità dello studio e la rilevanza dei suoi risultati (Chiari et al., 2006; CRD, 2009; DiCenso et al., 2005; Polit & Beck, 2008);
- ✓ Estrapolare e riassumere i risultati degli studi inserendo in una tabella le informazioni degli studi relative ad autore, anno di pubblicazione, scopo, popolazione/campione, *design* della ricerca, strumenti usati, risultati/*outcomes* (Burns & Grove, 2005; CRD, 2009; Cronin et al., 2008; Dicenso et al., 2005; Robertson-Malt, 2014).

3.2 Domanda di ricerca e PICO

Il primo passo da affrontare, è quello di scegliere l'argomento da sviluppare e il problema che si intende approfondire. Quest'ultimo deve essere preciso e ben definito in modo da permettere lo sviluppo di un quesito clinico che sia il più possibile specifico e chiaro. Più si è precisi riguardo alla domanda e più sarà semplice trovare gli studi sull'argomento scelto. Una breve revisione di testi sull'argomento scelto, potrebbe aiutare ad individuare con più precisione la tematica da affrontare (Sala & Moja 2006, Saiani & Brugnolli 2010).

L'autore Chiari (2006), nel suo libro spiega che il primo passaggio per la formulazione di un buon quesito clinico sia mettere a fuoco la domanda. Facendo ciò l'obiettivo della ricerca appare più chiaro. Per estrapolare i termini con maggior rilevanza da un quesito si può utilizzare il metodo PICO, acronimo di Patient (paziente o problema), Intervention (intervento, trattamento), Comparison (intervento di controllo se necessario), Outcome (risultato, esito) (Chiari, 2006).

Come espone Facco (2011) utilizzando il metodo di ricerca PICO, che permette di trasformare gli scenari o i casi clinici in domande (quesiti clinici), mi ha reso più facile scindere la domanda di ricerca per generare risposte più precise e appropriate (Facco 2011).

La mia domanda di ricerca è: l'approccio cognitivo-comportamentale applicato ai pazienti con bipolarismo, aiuta a ridurre il numero delle riacutizzazioni di carattere depressivo, contribuisce a ridurre l'intensità della sintomatologia depressiva, la durata

della fase di scompenso, i sintomi depressivi residui⁴, a ridurre il numero di ospedalizzazioni, a migliorare la qualità di vita e a raggiungere una maggior compliance e aderenza al trattamento?

Il PICO si presenta come:

- P: Pazienti adulti affetti da Disturbo Bipolare con sintomatologia depressiva
I: Approccio cognitivo-comportamentale (CBT e MBCT) complementariamente alla farmacoterapia
C: -
O: - riduzione dell'intensità, della durata della sintomatologia depressiva e della presenza di sintomi depressivi residui
- riduzione della frequenza delle crisi, del rischio riacutizzazioni di carattere depressivo e riduzione delle ospedalizzazioni
- maggior compliance e aderenza al trattamento terapeutico
- miglioramento delle funzioni esecutive, della capacità di concentrazione e della memoria

3.3 Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi finali della mia ricerca si possono riassumere in:

- Comprendere i vari aspetti che caratterizzano il Disturbo Bipolare.
- Approfondire le conoscenze sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), in particolare sulla Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).
- Ricercare gli effetti positivi che tale approccio comporta nel miglioramento della gestione della sintomatologia depressiva dell'utente aiutandolo ad incrementare l'aderenza alla terapia farmacologica e ridurre le ospedalizzazioni.
- Riflettere in merito a come la figura dell'infermiere che in particolare opera in ambito psichiatrico possa orientare e sostenere il paziente aiutandolo a sviluppare le sue potenzialità attraverso processi di natura cognitiva, promuovendo atteggiamenti attivi e stimolando le capacità di scelta utili per la risoluzione di problemi.

3.4 Tappe della ricerca

In principio ho scelto in quale campo avrei voluto cimentarmi per la ricerca della tesi e avendo appena concluso l'esperienza lavorativa in un reparto di psichiatria, la mia scelta è caduta proprio su di essa. Dopodiché ho stilato una lista degli argomenti e della tipologia di utenza che più mi hanno interessato durante lo stage, scegliendo gli approcci psicoterapici per gli utenti affetti da bipolarismo.

Una volta scelto il tema, la domanda di ricerca e successivamente il PICO, sono stati molto utili per riordinare i concetti e le idee.

⁴ Per sintomi depressivi residui si intendono tutti i sintomi depressivi che permangono, seppur in lieve intensità, al termine di una fase acuta di malattia nonostante un trattamento farmacologico adeguato. Pacini M. (2010). Disturbo Bipolare: sintomi residui e sindromi residuali. www.medicitalia.it/minforma/psichiatria/553-disturbo-bipolare-sintomi-residui-sindromi-residuali-html

Ho scelto di intraprendere una revisione della letteratura poiché permette di stabilire se sono presenti dei consensi o dei dibattiti sulla tematica scelta. Infine, consente al ricercatore di capire se il problema indagato necessita di ulteriori approfondimenti. Una revisione quindi, non ha lo scopo di creare nuove conoscenze ma piuttosto di riassumere le conoscenze già esistenti (Aromataris & Pearson, 2014).

Le principali tappe di questo processo sono principalmente 5: la formulazione di un quesito di ricerca, la definizione di criteri di inclusione ed esclusione, la ricerca degli studi, la valutazione della qualità ed infine la sintesi delle informazioni raccolte (Sala & Moja 2006, Aromataris & Pearson 2014).

Ho pensato di optare per questa metodologia di ricerca poiché per il tema che ho scelto di trattare si addice di più una Revisione della Letteratura piuttosto che una ricerca qualitativa. Ritengo che affidarmi a ricerche critiche e alla letteratura scientifica per ottenere dei criteri di riuscita (o eventualmente di non riuscita) oggettivi e scientificamente provati, sia un valore aggiunto. A completamento di questo, in particolar modo per strutturare la parte di background per avere una visione più globale e completa dell'argomento ho fatto riferimento anche a libri di testo.

Ho utilizzato AND come operatore Booleano⁵ (AND fa parte degli operatori logici inventati da George Boole, matematico del 1800, che permettono di combinare in vario modo più concetti nella stessa ricerca, insieme a AND fanno parte OR e NOT) con le seguenti parole chiave: cognitive-behavioral therapy; bipolar patients; bipolar disorder; depression relapses; cognitive and neurophysiological basis; emotion dysregulation; cognitive restructuring; mindfulness-based cognitive therapy; depressive symptoms.

Come banche dati ho utilizzato: Science Direct, Web Of Science, PubMed, Wiley.

I criteri di inclusione sono: accettazione di studi primari e secondari che hanno preso in considerazione i pazienti con Disturbo Bipolare ed i pazienti con depressione unipolare, in quanto la mia ricerca indaga l'efficacia dell'approccio Cognitivo-Comportamentale nel trattamento degli stati depressivi. Per la ricerca ho selezionato degli articoli che trattano la CBT in modo generale, ciò significa che negli studi è specificato che è stato utilizzato l'approccio cognitivo-comportamentale senza indicare nessuna terapia precisa e studi che trattano la tecnica della Mindfulness-Based Cognitive Therapy, essendo un approccio specialistico per la prevenzione delle ricadute depressive.

⁵ Fiorentini B. Gli operatori booleani. <http://digilander.libero.it/bfiorentini/operatori.html>

Per valutare la qualità degli studi trovati, ho utilizzato la scala di valutazione ideata da Zangaro e Soeken (2007). Questa scala di valutazione è composta da 10 domande: le domande 1-9 necessitano di una risposta affermativa o negativa (sì o no), mentre la domanda 10 presenta tre possibili risposte (basso, moderato o alto) che variano in base alle risposte date nelle domande precedenti.

Per rispondere “basso”, il numero di risposte date deve essere massimo 4. La risposta “moderato”, viene invece data quando le risposte date sono 5-7, ed infine, un numero di 8-9 risposte, implica una risposta “alto” alla domanda 10 (Zangaro e Soeken, 2007).

1. Research question(s) clearly stated
2. Participants in sample were described
3. Type of facility where study was conducted was stated
4. Method of data collection was described
5. Response rate was provided
6. Operational definition of the outcome variable was clearly stated
7. Instrument used to measure job satisfaction was described or identified
8. Other instruments used to measure concepts were describe of
identified
9. Sample reliability for the job satisfaction instruments was provided
10. Overall study quality rating

4. RISULTATI

4.1 Descrizione degli articoli scientifici selezionati

Per quanto riguarda la tematica sulla la Terapia Cognitivo-Comportamentale, ho trovato 34 studi primari, da questi ho selezionato 7 articoli seguendo il metodo di Zangaro & Soeken (2007). Gli articoli trattano tale terapia in modo generale, ciò significa che negli studi è specificato che è stato utilizzato l’approccio cognitivo-comportamentale senza indicare nessuna terapia precisa.

Per la Mindfulness-Based Cognitive Therapy sono venuta a conoscenza di 23 studi sull’argomento ma per la discussione ho selezionato 13 studi primari. In totale per la discussione sono stati presi in considerazione 20 studi primari.

Gli studi scientifici si suddividono in: 3 studi caso-controllo, 3 studi di fattibilità, 1 Controlled Clinical Trial, 2 Open Trial, 2 studi pilota e 9 studi controllati randomizzati (RCT).

Gli articoli scientifici includono studi provenienti dall'Europa: due dalla Svizzera, Bondolfi et al. (2010) e Weber et al. (2010); uno studio dalla Spagna, González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014); due studi dalla Francia, Docteur, Mirabel-Sarron, Guelfi, Rouillon, & Gorwood, (2013) e Mirabel-Sarron et al. (2009); altri studi provenienti dall'Irlanda e Gran Bretagna.

Gli altri articoli provengono dall'America del Nord (Canada e Stati Uniti), due studi dall'America del Sud (Brasile), Costa et al. (2011) e Costa et al. (2013) e due studi dall'Australia, Perich et al. (2013a), Perich et al. (2013b).

Gli studi selezionati sono scritti in lingua inglese e francese.

Sono stati esclusi gli studi scientifici la cui pubblicazione risultava antecedente al 2000; inclusi invece quelli a partire dal 2000 vista l'attualità dell'argomento e ai progressi della scienza, che specialmente negli ultimi anni si stanno concentrando su queste pratiche cliniche complementari alla medicina occidentale tradizionale.

I criteri di esclusione sono stati: pazienti con patologie diverse da Disturbo Bipolare e Disturbo Depressivo Maggiore, pazienti minorenni (al di sotto dei 18 anni di età).

4.2 Sintesi degli studi⁶

Riduzione dell'intensità, della durata della sintomatologia depressiva e della presenza di sintomi depressivi residui

Essi sono gli outcomes più efficaci e maggiormente riportati negli studi, infatti sono stati riscontrati da diversi autori quali: Patelis-Siotis et al. (2001), González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014), Zarestsky et al. (2008), Costa et al. (2011), Costa et al. (2012), Docteur et al. (2013), Scott et al. (2006), Stange et al. (2011), Kingston et al. (2007), Miklowitz et al. (2009), Perich et al. (2013a), Perich et al. (2013b), Kuyken et al. (2008), Mirabel-Sarron et al. (2009), Deckersbach et al. (2012).

Patelis-Siotis et al. (2001) presentano uno studio della durata di 14 settimane, con una seduta settimanale di CBT di 2 ore ciascuna, continuando col regime farmacologico. Lo scopo della terapia è quella di far raggiungere ai pazienti una nuova consapevolezza dei comportamenti e dei sentimenti. Come risultati lo studio mostra una riduzione delle ospedalizzazioni, minor manifestazione dei sintomi depressivi con riduzione del rischio di episodi depressivi. Per i sintomi depressivi i pazienti hanno notato: maggior vitalità e energia, maggior tendenza a svolgere delle attività piacevoli e sociali, maggior soddisfazione nelle relazioni.

González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014) illustrano che lo scopo del loro studio è istruire e sostenere durante il processo di ricontestualizzazione in cui gli stati emotivi negativi quali ansia, rabbia e sconforto vengono gestiti in modo più costruttivo. In ultimo gli utenti vengono aiutati ad allenare le abilità di gestione del comportamento attraverso il monitoraggio di aree relative allo stile di vita. Gli studiosi hanno rivalutato i pazienti dopo 5 anni dalla fine del trattamento psicoterapico. I risultati a lungo termine sono stati: miglioramento nelle funzioni delle attività di vita quotidiana,

⁶ Tutte le scale di valutazione presenti in questo sottocapitolo sono approfondite nel capitolo "Allegati"

riduzione e miglior gestione dei sintomi depressivi e ansiosi, riduzione degli stati ansiosi e depressivi, implementazione delle attività sociali e funzionali, maggior autostima e fiducia in sé stessi e nuove strategie di problem solving che si traduce in maggior autonomia e riduzione della frequenza delle crisi. L'efficacia della terapia è garantita dalla presenza di una terapia farmacologica adeguata.

Zaretsky et al. (2008) hanno come scopo del loro studio il confronto tra i benefici delle sedute di psicod educazione e quelle di CBT associata alla psicoeducazione, nella gestione del Disturbo Bipolare. 40 pazienti seguono la CBT associata alla psicoeducazione, altri 39 pazienti seguono solo le sedute di psicoterapia. Al termine dello studio il gruppo che ha seguito le sedute di CBT associate a quelle di psicoeducazione mostra un miglioramento dell'automonitoraggio dei sintomi, una riduzione dei sintomi depressivi, una riduzione di giorni con stato depressivo al mese e minor dosaggio dei farmaci anti-depressivi.

Nello studio di Costa et al. (2011) gli autori hanno suddiviso i pazienti in due gruppi: il gruppo CBT è composto da 27 persone, mentre il gruppo TAU (Treatment As Usual, ovvero trattamento abituale) da 14 persone. I pazienti del gruppo CBT hanno seguito 14 sessioni settimanali di 2 ore ciascuna. I pazienti del gruppo CBT hanno dimostrato al termine delle 14 settimane una riduzione in termini di severità dei sintomi depressivi, maniacali e ansiosi con una riduzione nella frequenza e nella durata degli episodi dei cambiamenti umorali.

Costa et al. (2012) valutano l'efficacia di 14 sedute di CBT di gruppo comparandolo al solo trattamento farmacologico, in termini di riduzione dei sintomi depressivi. I pazienti del gruppo CBT hanno dimostrato al termine dello studio una riduzione in termini di severità dei sintomi depressivi con una riduzione nella frequenza e nella durata degli episodi.

Nello studio di Docteur et al. (2013) è illustrato come la terapia sia focalizzata sulla regolazione affettiva andando ad implementare le tecniche di integrazione di aspetti e pensieri positivi con l'esclusione delle immagini e dei concetti negativi. Nello studio emerge che il pensiero negativo può essere innescato da eventi poco piacevoli e a loro volta negativi. Questo pensiero irrazionale e catastrofico va a modificare i comportamenti di questa persona con il rischio di prolungare lo stato depressivo, peggiorare la crisi e aumentare la probabilità di sviluppare altre crisi simili. Il deficit di memoria è causato dalla compromissione della corteccia pre-frontale e dell'ippocampo. Questo fatto è dovuto agli episodi depressivi che provocano un effetto neurotossico.

Al termine dello studio i pazienti imparano a regolare le emozioni positive e negative, a modificare i pensieri e le emozioni negative degli eventi trascorsi, in questo modo hanno una miglior gestione della patologia. Gli autori sostengono che queste modifiche migliorano le capacità cognitive in generale (oltre alla memoria anche la concentrazione e l'eloquio), e inoltre vi è un miglior controllo degli stati ansiosi con l'implementazione della consapevolezza dei processi mentali. Come outcomes dello studio sono risultati: riduzione del livello depressivo e ansioso, miglioramento delle funzioni mnemoniche (ridotti pensieri ruminativi e pensieri sul passato disfunzionali), maggioranza di idee positive e meno idee di rovina, che si traducono in prevenzione delle crisi future. Gli utenti sostengono che sono migliorate le capacità cognitive in generale (oltre alla

memoria anche la concentrazione e l'eloquio) ed il controllo degli stati ansiosi grazie l'implementazione della consapevolezza dei processi mentali.

Scott et al. (2006) propongono 20 sessioni di CBT (1 sessione settimanale). Un gruppo è composto da 127 pazienti e segue la CBT, l'altro gruppo di 126 persone e segue il trattamento farmacologico usuale (TAU). Lo scopo è confrontare l'efficacia della CBT con il trattamento farmacologico usuale. Nello studio si nota come la CBT sia stata meno efficace nella prevenzione delle ricadute per i pazienti che avevano precedentemente sperimentato diversi episodi depressivi; si è dimostrata essere maggiormente efficace nei pazienti che hanno avuto meno di 12 episodi. Questo risultato supporta l'idea che è importante iniziare gli approcci psicosociali alle prime fasi della malattia. Gli outcomes riguardanti la sintomatologia depressiva sono stati valutati con la riduzione dei punteggi della Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) e della Beck Depression Inventory (BDI). La HDRS è una scala di valutazione stilata da Hamilton nel 1967, per misurare il livello e l'intensità dei sintomi depressivi (Hamilton, 1967). Il Beck Depression Inventory-II è lo strumento di misura della presenza e della severità della depressione più utilizzato al mondo, sia nella popolazione normale che nei pazienti psichiatrici tanto da essere inserito nella classifica dei «top 10» dei test psicologici più frequentemente usati. Esso rappresenta un aggiornamento dell'inventario originale, il Beck Depression Inventory stilato da Beck, nel 1961, e della sua parziale revisione nel 1979 con il BDI-IA (Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K., 1996).

Stange et al. (2011) registrano una riduzione dell'intensità della sintomatologia depressiva tramite la scala Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) con una netta riduzione dei punteggi di quest'ultima.

Nello studio di Kingston et al. (2007) sono state proposte 8 sessioni di MBCT settimanali della durata di 2 ore. Una sessione preliminare si è tenuta una settimana prima dell'inizio del corso al fine di stabilire un contatto con i pazienti e una sessione di follow-up si è svolta un mese dopo l'intervento. Le sessioni iniziali insegnano ai partecipanti a passare dalla modalità "fare" alla modalità "essere", che si ottiene attraverso lo sviluppo della consapevolezza mediante la pratica meditativa con tecniche di scansione del corpo e la formazione di movimento consapevole. Come risultati sono emersi la riduzione dei sintomi depressivi residui (che può anche essere intesa come fattore di rischio per future ricadute con la Beck Depression Inventory, BDI).

Nello studio di Miklowitz et al. (2009) tutti i pazienti hanno partecipato a 8 sessioni di MBCT (una sessione settimanale di 2 ore ciascuno). I partecipanti vengono incoraggiati ad identificare i sintomi prodromici dei cambiamenti dell'umore, i fattori di rischio per una crisi, imparare ad osservare i propri stati umorali in termini non giudicanti. Il trattamento è stato valutato come molto efficace soprattutto per ridurre di intensità i sintomi depressivi, prevenendo le ricadute. In conclusione la MBCT sembra essere fattibile e spendibile per questa utenza. Si associa a miglioramenti a breve termine nella depressione bipolare e all'ideazione suicidaria. Le pratiche della MBCT, aggiunte alla farmacoterapia, sono utili nel prevenire le recidive maniacali o depressive, ridurre i sintomi residui, migliorare il decorso clinico e il funzionamento psicosociale.

Perich et al. (2013a) suddividono i pazienti in due gruppi. Un gruppo segue le sedute di MBCT (n=34): 8 sedute settimanali con 4-8 persone per gruppo. L'altro gruppo (n=23) segue il trattamento abituale. Si nota una considerevole diminuzione dei sintomi depressivi correlata ad almeno 3 esercizi meditativi a settimana. Lieve diminuzione invece per i pazienti che svolgono 2 o meno esercizi a settimana. Dallo studio è emerso che i punteggi legati alla depressione, dopo 12 mesi di follow –up sono negativamente correlati con il numero scarso di giorni dedicati alla meditazione. Infatti nel primo incontro post trattamento al termine delle 8 sedute le differenze sono minime, ma dopo i 12 mesi di follow-up, chi ha meditato 3 o più volte a settimana mostra una diminuzione considerevole dei sintomi depressivi, chi ha dedicato meno di due volte a settimana invece mostra valori aumentati. La pratica della MBCT, suggerisce che un più profondo impegno con il programma conferisce protezione per sintomi depressivi nel corso del tempo.

In un altro studio di Perich et al. (2013b) è stato comparato il gruppo “caso” composto da 48 pazienti che seguono le sedute di MBCT associate al trattamento classico, con il gruppo “controllo” di 47 pazienti che continuano la terapia abituale, follow-up a 3 mesi, 6 mesi, 9 mesi e 12 mesi dal termine del trattamento. Lo studio vuole valutare i benefici della MBCT in termini di riduzione dei sintomi depressivi anche dopo aver terminato le 8 sessioni. Si è notata una riduzione dei punteggi della scala di valutazione dei sintomi depressivi, che all'inizio del trattamento erano: gruppo MBCT 14.79, gruppo TAU (trattamento abituale) 19.50. Al termine del trattamento sono rispettivamente: 10.03 e 13.48. Dopo sei mesi di follow-up i valori sono ancora in calo (9.81 e 13.20) per poi rialzarsi dopo 12 mesi di follow-up (13.68 e 15.73) mantenendosi comunque inferiori ai valori prima di iniziare il trattamento. I valori non mostrano grandi differenze ma quelli del gruppo MBCT si mantengono per tutto il periodo di valutazione al di sotto di quelli del gruppo di controllo.

Lo studio di Kuyken et al. (2008) suddivide i pazienti in due gruppi: un gruppo (composto da 61 pazienti) segue le 8 sessioni di MBCT, l'altro gruppo (62 persone) partecipa al trattamento con farmaci antidepressivi. La MBCT ha lo scopo di consentire alle persone di imparare a diventare più consapevoli delle sensazioni corporee, dei pensieri e sentimenti associati alla ricaduta depressiva e di relazionarsi in modo costruttivo a queste esperienze. Il gruppo che riceve il trattamento farmacologico viene educato al mantenimento della terapia, alla corretta gestione e a una miglior aderenza terapeutica. Come outcomes per valutare l'efficacia dei 2 trattamenti riportano la riduzione dei sintomi depressivi residui e una miglior qualità di vita percepita dai pazienti. Nelle persone con depressione ricorrente, la MBCT produce risultati migliori in termini di riduzione della sintomatologia depressiva producendo risultati migliori in follow-up a lungo termine e la percezione di una qualità di vita migliore, rispetto al gruppo che ha assunto solo la terapia farmacologica. Inoltre si è notata una riduzione di dell'utilizzo di farmaci antidepressivi nel gruppo MBCT. Anche i termini di costi la MBCT è risultata efficace: il 75% dei pazienti del gruppo MBCT ha ridotto la loro assunzione, assumendo soltanto la dose necessaria minima, mentre il 25% ha continuato come prima. I tassi di adesione al trattamento con MBCT (85%) suggeriscono l'accettabilità di questo approccio.

I pazienti presi in considerazione per lo studio di Mirabel-Sarron et al. (2009) sono stati ripartiti in 3 gruppi, e tutti hanno seguito 8 sessioni di MBCT di due ore ciascuna. Lo scopo dello studio è verificare l'accettazione della pratica da parte dei soggetti, e l'incrementazione della piena coscienza relativa all'approccio. Prima di cominciare lo studio tutti i pazienti si trovavano in un fase eutimica, con valori depressivi e maniacali bassi. Al termine dello studio hanno mantenuto la normotimia riducendo ulteriormente i valori del BDI. Come conclusione gli autori riportano che nonostante i pazienti stiano vivendo un periodo eutimico, essi sperimentano comunque degli alti e bassi nel tono dell'umore invalidanti dal punto di vista del quadro clinico, e rischiosi per le ricadute e le comorbidità. Dunque associare dapprima una terapia cognitivo-comportamentale classica ed in seguito anche la Mindfulness, è stato utile per ridurre la reattività cognitiva dovuta ai cambiamenti umorali, che rappresenta un fattore di rischio per future recidive.

Deckersbach et al. (2012): al termine del trattamento, a 3 mesi di follow -up, gli utenti mostrano una riduzione dei sintomi residui depressivi nei pazienti. I risultati suggeriscono che il trattamento dei sintomi depressivi residui con la MBCT è utile per migliorare anche aspetti come: gestione delle emozioni, miglior funzionamento psicosociale e benessere psicologico ed essere meno reattivi ai cambi umorali.

Riduzione della frequenza delle crisi, del rischio riacutizzazioni di carattere depressivo e riduzione delle ospedalizzazioni

Kingston et al. (2007) riportano come outcomes la riduzione dei pensieri ruminativi (vulnerabilità alla ricaduta nella depressione). La ruminazione ha lo scopo di evitare il significato emotivo e comportamentale, dunque la consapevolezza prevede l'esposizione di emozioni e pensieri, fornendo la desensibilizzazione a risposte condizionate e riducendo il comportamento di evitamento. Lo studio identifica una tendenza verso una diminuzione dei livelli di ruminazione che conferisce ulteriore peso per l'importanza della ruminazione ipotizzato nel mediare la riduzione della depressione. La riduzione dei pensieri ruminativi è stata valutata con la Rumination Scale (RUM).

Nello studio di Bondolfi et al. (2010) i pazienti sono stati divisi in due gruppi: il gruppo MBCT e il gruppo TAU. Il trattamento dura 8 settimane, il primo follow-up si esegue dopo 6 mesi mentre il secondo follow-up dopo 12. I pazienti che hanno seguito le sessioni di MBCT sono stati invitati a continuare a compiere gli esercizi meditativi anche a domicilio, almeno una volta a settimana. Dei 60 pazienti divisi in due gruppi (MBCT 31 pazienti e gruppo di controllo 29 pazienti) hanno concluso il periodo di follow-up in 54, rispettivamente 27 e 28 persone nei due gruppi. Dal termine delle 8 sessioni, gli esercizi meditativi sono calati nei mesi successivi ma comunque presenti. Questo fatto, secondo lo studio, ha funto da fattore protettivo alle ricadute depressive, infatti nel gruppo MBCT dopo 1 anno la percentuale di ricadute è stato del 33%, mentre nel gruppo di controllo è stato del 36%. La minima differenza di percentuale delle ricadute è spiegata dagli autori come la disinformazione riguardo le condizioni cliniche del gruppo di controllo, la terapia aggiuntiva (psicologica o farmacologica). Una possibile importante differenza dagli studi

precedenti, riguarda il sistema sanitario svizzero in quanto vi è l'elevata disponibilità di cura della salute mentale e l'accesso relativamente semplice.

Dallo studio di Williams et al. (2014) emerge che lo scopo è comparare un gruppo di pazienti che segue le sedute di MBCT associate al trattamento abituale (n = 99), a un gruppo che segue la psicoeducazione ed il trattamento abituale (n = 103) ed un gruppo solamente il trattamento abituale (n = 53). L'ipotesi è che la MBCT svolga una funzione protettiva contro le ricadute depressive. Le sessioni sono durate 8 settimane con un incontro settimanale di 2 ore ciascuno. Il gruppo TAU è stato seguito da uno psichiatra e da uno psicologo, il 21% dei pazienti ha ricevuto uno o più nuovi anti-depressivi nel corso del periodo di follow-up. Al termine dello studio si è notata una particolare efficacia della MBCT in confronto al gruppo che ha seguito la psicoeducazione o il trattamento abituale, riducendo di molto il rischio di recidiva depressiva. In conclusione lo studio enuncia che tale terapia possa avere particolari effetti benefici nella prevenzione di futuri episodi di grave depressione.

Nello studio di Kuyken et al. (2008) la MBCT produce risultati migliori in termini riduzione delle ricadute depressive, con risultati migliori in follow-up a lungo termine e la percezione di una qualità di vita migliore, mostrando una riduzione dei punteggi del BDI nel gruppo MBCT rispetto al gruppo TAU (trattamento usuale).

Lo scopo dello studio di Ma & Teasdale (2004) è verificare l'efficacia della MBCT nella prevenzione delle ricadute depressive in pazienti con una storia di 3 o più episodi depressivi pregressi. I pazienti presi in considerazione per lo studio sono stati suddivisi in due gruppi: un gruppo segue la MBCT (37 pazienti) per 8 settimane associata al trattamento abituale, l'altro gruppo (38 pazienti) continua con il trattamento abituale. Le sedute di MBCT sono sessioni settimanali di ore ciascuna per una durata di 8 settimane di trattamento con gli esercizi meditativi da svolgere a domicilio. Nel gruppo MBCT su 36 pazienti (1 paziente ha lasciato la terapia), 8 hanno sperimentato 2 episodi, 12 persone 3 episodi e altri le 16 persone 4 o più episodi depressivi. Delle 8 persone con 2 episodi depressivi 4 (il 50%) ha vissuto almeno una recidiva nelle 60 settimane di controllo dopo il trattamento, delle 12 persone con 3 episodi depressivi pregressi le hanno sperimentate in 4 (33%), delle 16 persone con più di 4 episodi in 6 (38%). Nel gruppo che ha seguito il trattamento abituale invece si notano valori differenti: le 10 persone con 2 episodi depressivi pregressi sperimentano solo in 2 una recidiva (10%), con 3 episodi invece su 15 persone la sperimentano in 9 (60%), con più di 4 episodi depressivi su 12 persone tutte e 12 vivono una recidiva (100%). Tra i due gruppi sono stati divisi i pazienti con 2 episodi depressivi pregressi, 3 episodi o più di 4. Gli autori espongono che nel gruppo che ha seguito la MBCT si sono dimezzati i tassi di recidiva rispetto ai pazienti che hanno continuato il trattamento abituale. Gli effetti protettivi della MBCT sono stati più evidenti nei pazienti con quattro o più episodi depressivi pregressi, infatti solo il 38% di quelli trattati con MBCT ha sperimentato una recidiva rispetto al 100% delle loro controparti del gruppo di controllo. La MBCT si è rivelata essere molto più efficace per il pazienti con 3 o più di 4 episodi depressivi, nei pazienti con solo 2 episodi pregressi infatti non ha mostrato alcuna rilevanza clinica dato che la metà di loro ha sperimentato una recidiva. Al contrario nel gruppo di controllo chi ha sperimentato solo 2 stati depressivi ha avuto un tasso di recidiva minore (solo il 10%).

Nello studio di Teasdale et al. (2000) lo scopo è dimostrare l'efficacia della MBCT nella riduzione di recidive depressive in pazienti con storia di depressione. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: un gruppo segue 8 sedute settimanali di MBCT di 2 ore (76 pazienti), l'altro gruppo (69 persone) segue il trattamento abituale, ovvero le visite da parte dello psichiatra e la farmacoterapia. Il programma di studio dura 8 settimane nel quale il primo gruppo segue le sessioni di MBCT, dopodiché i pazienti vengono rivalutati dopo un periodo di 52 settimane. Per valutare la severità dei sintomi depressivi sono state utilizzate le scale Hamilton Depression rating Scale e Beck Depression Inventory, valutazione del numero di ricadute depressive e ricorrenza. Nei vari periodi di controllo i pazienti che hanno seguito la MBCT hanno dimostrato valori inferiori riguardo le ricadute depressive: a 10 settimane il gruppo MBCT presenta l'8% di ricadute contro il 28% del gruppo di controllo, i valori si mantengono nettamente inferiori a quelli del gruppo di controllo anche negli altri follow-up a 20, 30, 40, 50 settimane; per terminare alla 60esima settimana con il 35% di ricadute contro il 66% del gruppo di controllo. In conclusione la MBCT si è rivelata essere una terapia profilattica essenziale per la prevenzione di ricadute depressive.

Riassumendo le ricadute depressive in termini percentuali a 12 mesi di follow-up sono state trattate nei seguenti studi:

- Bondolfi et al. (2010) 33% nel gruppo MBCT mentre nel gruppo TAU è stato del 36%.
- Ma & Teasdale (2004) (36% gruppo MBCT, 78% TAU), emerge che il gruppo MBCT + TAU presenta meno ricadute depressive nell'anno successivo alla fine del trattamento ma nei pazienti con almeno 3 o più episodi depressivi peggiori.
- Teasdale et al. (2000) con il tasso di ricadute del 35% del gruppo MCBT, 66% TAU.

Questi tre studi comparano il gruppo che segue le sedute di MBCT a un gruppo di controllo che assume solamente la terapia farmacologica abituale (TAU). Essi valutano la riduzione percentuale delle ricadute soprattutto nelle persone che hanno sperimentato almeno 3 episodi depressivi dopo un periodo di un anno dal termine del trattamento.

Teasdale et al. (2000) stabiliscono che le differenze tra i due gruppi emergono a partire dalla decima settimana dall'inizio dello studio con i valori: 8% di tasso di ricadute nel gruppo MBCT e 28% nel gruppo TAU. I valori restano stabili fino alla trentesima settimana, dopodiché aumentano fino a raggiungere i risultati finali di 35% e 66%. Risultati simili vengono riportati nello studio di Ma & Teasdale (2004), in cui i valori restano stabili fino alla 15 settimana, per poi aumentare a 36% e 78%.

Nello studio di Bondolfi et al. (2010) i giorni medi che sono trascorsi prima di manifestare una recidiva nel gruppo MBCT sono stati 204, nel gruppo TAU le recidive sono emerse invece dopo 69 giorni.

Per riduzione delle ospedalizzazioni si intende: riduzione dei numeri di ricoveri e riduzione della durata del ricovero in giorni. Tale outcome è stato rilevato dai due seguenti studi: Patelis-Siotis et al. (2001), González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014).

Nello studio di Patelis-Siotis et al. (2001) i pazienti hanno riflettuto su: l'aderenza terapeutica, compliance al trattamento farmacologico, strategie di autogestione (se ce ne sono), difficoltà personali nell'aderenza alla terapia, cambiamenti a livello bio-psico-sociale durante la fase maniacale (livello di attività) e la fase depressiva e i relativi cambiamenti a livello cognitivo che percepiscono (come si modificano i pensieri e, di conseguenza i comportamenti a seconda dello stato d'animo). Lo scopo della terapia è quella di far raggiungere ai pazienti una nuova consapevolezza dei comportamenti e dei sentimenti. Inizialmente viene illustrato ai pazienti in concetto di "filtro cognitivo", ovvero un insieme di pensieri e credenze negativi e distorti su se stessi e sugli altri, che spesso possono scatenare emozioni intense e comportamenti disadattativi.

González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014) riportano come risultati a lungo termine (a distanza di 5 anni) una riduzione nel numero di ricoveri e tempi di ricovero più brevi rispetto a prima.

Maggior compliance e aderenza al trattamento terapeutico

Patelis-Siotis et al. (2001) presentano uno studio della durata di 14 settimane, con una seduta settimanale di CBT di 2 ore ciascuna, continuando col regime farmacologico. I principali temi su cui i pazienti sono chiamati a riflettere insieme al curante sono: l'aderenza terapeutica, compliance al trattamento farmacologico, le strategie di autogestione, le difficoltà personali nell'aderenza alla terapia, i cambiamenti a livello bio-psico-sociale durante la fase maniacale (livello di attività) e durante la fase depressiva ed i relativi cambiamenti a livello cognitivo. Lo scopo della terapia è quella di far raggiungere ai pazienti una nuova consapevolezza dei comportamenti e dei sentimenti. Come risultati lo studio mostra un miglioramento nella gestione della terapia, una miglior aderenza al trattamento farmacologico e psicoterapico e delle strategie di gestione dei sintomi più efficaci.

I pazienti presi in considerazione nello studio di Deckersbach et al. (2012) mostrano, al termine del trattamento e a 3 mesi di follow -up, un aumento della consapevolezza, una miglior gestione delle emozioni, miglior funzionamento psicosociale e benessere psicologico e maggior compliance al trattamento.

Gli outcomes di compliance e aderenza al trattamento sono riportati anche nello studio di González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014) che, oltre ad altri risultati a lungo termine come l'implementazione delle attività sociali e funzionali, maggior autostima e fiducia in sé stessi, riportano una miglior compliance e maggior aderenza ai trattamenti e nuove strategie di problem solving che secondo gli autori si traducono in maggior autonomia.

Miglioramento delle funzioni esecutive, della capacità di concentrazione e della memoria

Tali capacità sono state valutate grazie alle scale Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ) e Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS).

Stange et al. (2011) spiegano che il Disturbo Bipolare è spesso associato a deficit cognitivi, come ad esempio difficoltà nella funzioni esecutive (anche nei periodi eutimici). Lo scopo del presente studio è quello di valutare i cambiamenti nel funzionamento cognitivo auto-riferito dai pazienti con Disturbo Bipolare che hanno partecipato a uno studio pilota della terapia cognitiva (MBCT). La terapia ha l'obiettivo di sviluppare una capacità di consapevolezza dei pensieri angoscianti e sentimenti e la capacità di disimpegnarsi da loro. Follow-up al termine del trattamento e uno dopo 3 mesi. Il trattamento è basato su 12 sedute settimanali di 2 ore ciascuna di MBCT alle quali tutti i pazienti selezionati hanno partecipato. Lo scopo della terapia è di educare i pazienti alla gestione dei cambiamenti umorali e delle emozioni, fornire strategie di problem solving includendo delle pratiche meditative come: respirazione profonda, body scan, e meditazione. Gli autori enunciano che i pazienti hanno riportato miglioramenti significativi nel funzionamento esecutivo, nella memoria e nella capacità cognitive. Si è misurato un incremento delle funzioni cognitive correlati alla consapevolezza misurata con la FFMQ, e un aumento dei pensieri non giudicanti. La terapia comporta il miglioramento delle funzioni cognitive, tra cui il miglioramento controllo dell'attenzione, la memoria, il funzionamento esecutivo nonché ridotta interferenza emotiva durante un compito cognitivo.

I pazienti selezionati da Weber et al. (2010) vengono valutati rispetto ai sintomi depressivi, maniacali, alla capacità di consapevolezza prima e dopo la terapia, e ai benefici percepiti. I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi: un gruppo da 8, uno da 6 e uno da 7 persone. Tutti hanno seguito le sessioni di MBCT per 8 settimane (8 sedute settimanali di 2 ore ciascuna). Durante tutto lo studio i pazienti hanno continuato ad assumere la terapia farmacologica. Sono stati eseguiti due follow-up, il primo dopo 1 mese dal termine della terapia, il secondo dopo 3 mesi. Gli autori riferiscono un miglioramento dei punteggi del Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS).

Un mese dopo il termine della terapia i valori risultano migliorati nel BDI e nella KIMS. Il trattamento si basa su 12 sedute settimanali di 2 ore ciascuna di MBCT alle quali tutti i pazienti selezionati hanno partecipato. Lo scopo della terapia è di educare i pazienti alla gestione dei cambiamenti umorali e delle emozioni, fornire strategie di problem solving, includendo delle pratiche meditative come: respirazione profonda, body scan, e meditazione. Valutazione del programma da parte dei pazienti: prima di iniziare le sessioni di MBCT, 14 pazienti ritenevano che tale terapia potesse aiutarli, 13 di loro che richieda sforzi moderati. Tutti hanno riportato un livello moderato-forte di aspettativa e fiducia nel programma. Al termine della terapia la maggior parte dei partecipanti (82%) ritiene di aver beneficiato del programma, riferendo di aver trovato molto utili le pratiche meditative. Circa metà di essi (55%) ritiene che la MBCT li abbia aiutati far fronte alle emozioni invasive, a strutturare la giornata in maniera funzionale (45%) e a mantenere pensieri intrusivi e disfunzionali a distanza (45%). Dopo 3 mesi dal termine della terapia sono stabili o aumentate le percentuali dei pazienti che ritengono utile la terapia al fine

di far fronte alle emozioni invasive (67%), a strutturare la giornata (44%), e a mantenere pensieri disfunzionali (78%) e gli eventi avversi (56%) distanti. Non da ultimo il 67% dei pazienti riferisce un miglioramento della qualità di vita.

Anche nello studio di Mirabel-Sarron et al. (2009), il cui scopo è verificare l'accettazione della pratica da parte dei soggetti e l'incrementazione della piena coscienza relativa all'approccio, si nota un netto miglioramento dei risultati della KIMS aumentando la capacità di concentrazione e di accettazione dell'esperienza presente ed imparando delle strategie di decentramento tra mente e corpo.

Nello studio di Deckersbach et al. (2012), a 3 mesi dal termine del trattamento, i partecipanti hanno mostrato un aumento della consapevolezza, ridotta difficoltà di attenzione, miglior gestione delle emozioni, miglior funzionamento psicosociale e benessere psicologico. La MBCT è utile per migliorare anche aspetti come: gestione delle emozioni, miglior funzionamento psicosociale e benessere psicologico ed essere meno reattivi ai cambi umorali.

4.3 Limiti degli studi

Vengono ora illustrati alcuni limiti riportati dagli studi: uno dei limiti riscontrati consiste nel fatto che la popolazione presa in esame nei 20 studi utilizzati è eterogenea: per età, lingua, criteri di inclusione, e che le ricerche sono state effettuate in più nazioni (Canada, Brasile, UK, USA, etc.).

Un altro limite presente è che quattro studi, Deckersbach et al. (2012), Kingston et al. (2007), Mirabel-Sarron et al. (2009) e Stange et al. (2011) presentano uno scarso campione di controllo (meno di 20 persone).

Negli studi di Patelis-Siotis et al. (2001), Stange et al. (2011) e Weber et al. (2010), manca invece un gruppo di controllo per poter comparare i risultati.

In altri studi come limiti sono stati riportati la mancanza di un periodo di follow-up ed un periodo di follow-up troppo breve.

4.4 Criticità

La gran parte degli studi selezionati erano scritti in lingua inglese ed è stato complesso in certi casi tradurre alcuni ragionamenti statistici. In due soli casi gli studi sono stati scritti in francese, lingua per me più comprensibile e semplice da tradurre.

Un punto debole rilevato concerne le banche dati. Malgrado la ricerca della letteratura sia risultata esaustiva, purtroppo non è stato possibile avere accesso ad alcuni articoli (in quanto a pagamento) che in base all'abstract avrebbero probabilmente potuto soddisfare meglio i criteri di inclusione ed entrare così a far parte della revisione. Se avessi avuto la possibilità di leggere questi articoli sarebbero stati un valore aggiunto alla mia tesi. Avrei potuto acquistarli per avere una revisione più completa e un numero maggiore di studi da analizzare.

5. RACCOMANDAZIONI

Giunta al termine della revisione della letteratura, prima di passare alle conclusioni ho deciso di dedicare un capitolo alle raccomandazioni. Il primo sottocapitolo illustrerà le raccomandazioni per la pratica professionale mentre il secondo per una possibile ricerca futura.

5.1 Raccomandazioni per la pratica professionale

Gli approcci cognitivo-comportamentali hanno svelato numerosi apporti benefici per il paziente con sintomatologia depressiva e per il suo decorso clinico. Uno di questi è l'aumento dell'aderenza al regime terapeutico (farmacologico e non) che permette una miglior gestione della sintomatologia depressiva e un'implementazione delle strategie di coping e problem solving; una scarsa aderenza terapeutica rappresenta infatti la prima causa di rischio di recidive (Frank, 2006).

La figura infermieristica gioca un ruolo fondamentale nell'acquisizione di una buona aderenza terapeutica poiché, essendo la figura professionale che ha maggior contatto con il paziente in tutto l'arco della giornata, segue il paziente durante il percorso terapeutico fornendo educazione e sostegno.

La Mindfulness non è solo spendibile con le persone malate, ma anche per gli infermieri. Il professionista che assiste una persona malata, ha il dovere di essere lui stesso consapevole per poter erogare assistenza in maniera ottimale. Dietro la diagnosi spesso i pazienti nascondono più di quanto vogliono rivelare. Ciò che essi affrontano nella loro vita, non è solo la malattia, ma un insieme di sentimenti ed esperienze. Queste persone arrivano con una diagnosi ben precisa, ma svolgere appieno il ruolo d'infermiere significa svolgere un'assistenza che va anche oltre la diagnosi e include tutti gli aspetti della persona.

Nel contesto professionale in cui operiamo, il tecnicismo, la burocrazia e il modello organicistico spersonalizzante sono i paradigmi che purtroppo ritroviamo come riferimento. Questa tecnica potrebbe essere proposta agli infermieri, offrendo loro maggior benessere per se stessi e per i propri pazienti, poiché i benefici che apporta comporterebbe la presenza di professionisti sani che operano in maniera sana creando un miglioramento esponenziale dell'assistenza. La Mindfulness fornisce la possibilità di assistere l'uomo in modo olistico, il che significa applicare realmente la vera natura dell'assistenza infermieristica. Se gli infermieri acquisissero questa conoscenza, potrebbero applicarla in tutti i campi assistenziali, e sicuramente, essendo le persone più a contatto coi pazienti, sarebbero i candidati ideali per trasmetterla a questi ultimi e ai famigliari. Alcuni studi stanno esaminando l'inserimento della Mindfulness come Best-Practices (soprattutto la Mindfulness-Based Stress Reduction).

Nel frattempo ho voluto redigere questa revisione anche per poter sensibilizzare gli infermieri su queste pratiche che stanno emergendo e che trovano grande sostegno nella letteratura. Mi auguro di suscitare in loro l'interesse alla pratica e alla ricerca di queste nuove tendenze poiché se i primi ad avere in chiaro le basi e le tecniche della CBT e della MBCT sono coloro che erogano assistenza, sarà più facile sostenere ed incoraggiare il paziente durante il suo percorso terapeutico. Ad esempio se un paziente

sta seguendo le sedute di CBT o di MCBT, l'infermiere ha le competenze per comprendere su quali temi sta riflettendo il paziente e può aiutarlo incoraggiandolo a compiere gli esercizi proposti dal terapeuta, durante la giornata o in settimana in attesa di una nuova seduta.

L'aggiornamento e lo studio continuo sono la possibilità più grande che un infermiere possa cogliere per svolgere al meglio il suo mandato.

5.2 Raccomandazioni per una possibile ricerca futura

Dagli studi analizzati emerge la necessità di ulteriori ricerche su larga scala che coinvolgono disegni clinici rigorosi, follow-up a lungo termine, e molteplici misure di outcomes, al fine di garantire la comparabilità e la riproducibilità da uno studio all'altro. Sono necessari ulteriori studi per delineare in modo chiaro quale sia il ruolo di ogni tipo di terapia e quali variabili di esito specifiche sono migliorate. In questo modo, può essere sviluppato un approccio più razionale e clinicamente utile e conveniente al paziente bipolare. Può essere interessante approfondire la questione economica che comportano la CBT e la MBCT. Entrambe riducono la necessità di ricoveri ospedalieri e quindi i costi della sanità. In un paio di studi si parla di una riduzione dei costi legata ad un minor fabbisogno di farmaci antidepressivi. Negli studi che trattano il tema della MBCT si discute della spendibilità e di come sia economica, in quanto una volta apprese le tecniche di base corrette, i pazienti possono continuare gli esercizi a domicilio senza necessitare di un terapeuta.

Per un'eventuale ricerca futura sarebbe interessante approfondire queste terapie all'interno della realtà Svizzera (solo due studi svizzeri sono stati selezionati per la revisione), e ancora meglio in Ticino per verificare la spendibilità e l'aderenza a questi trattamenti anche alle nostre latitudini.

6. CONCLUSIONI

Come ho già illustrato in precedenza, il Disturbo Bipolare è una patologia cronica ad insorgenza per lo più in età giovanile (nelle sue forme più gravi, nell'adolescenza), con incidenza discreta nella popolazione generale. Un aspetto favorevole di questa patologia così invalidante è per contro la possibilità di ottenere importanti remissioni, fino alla totale scomparsa di qualunque manifestazione sintomatologica, anche per anni o decenni, quando i pazienti sono adeguatamente trattati con terapie a lungo termine (farmacologiche e psicoterapiche). La malattia, come la maggior parte delle patologie croniche, non interessa solo il paziente affetto ma anche tutto l'entourage familiare e gli amici (Colom & Vieta, 2006).

È importante che il paziente impari a regolare i propri ritmi durante tutta la giornata: regolare il sonno, cercando di dormire un numero adeguato e costante di ore (6-8), con orari stabili per andare a letto e per svegliarsi; regolare i ritmi di lavoro, per quanto possibile, stabilire orari precisi per i pasti e ritagliarsi i propri momenti di riposo durante la giornata.

Da quanto detto finora si evince chiaramente che il Disturbo Bipolare è una patologia la cui comparsa ed i cui sintomi non sono gestibili se non attraverso un concreto aiuto specialistico. Una simile malattia, tanto complessa quanto delicata, necessita di accortezze continue, anche nelle fasi positive. Per ora non è possibile guarire completamente da questo disturbo, che necessita ancora di essere compreso a fondo, ma è attuabile un percorso mirato al costante miglioramento delle condizioni del malato per garantirgli una qualità di vita il più possibile soddisfacente.

Le terapie da me trattate nello scritto possono diventare parte integrante nel processo terapeutico complementari alla farmacoterapia.

La CBT è risultata essere molto efficace per pazienti con depressione e disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbi alimentari (anoressia, bulimia, disturbo dell'alimentazione incontrollata), stress, disturbi della personalità ed insonnia (Ruggiero, 2011).

Numerosi sono gli studi sulla sua efficacia per quanto riguarda la depressione (sia unipolare che bipolare). Infatti dagli studi selezionati ed analizzati la CBT si è rivelata essere indicata e valida per quanto riguarda la riduzione della sintomatologia depressiva, la riduzione della frequenza delle crisi e del rischio di recidive, la diminuzione delle ospedalizzazioni intese come minor numero di ricoveri e minor durata, miglior adattamento psicosociale e miglior percezione della propria qualità di vita nei pazienti affetti da Disturbo Bipolare.

L'approccio cognitivo-comportamentale tradizionale, benché dimostri numerose evidenze di efficacia e benefici per i pazienti con sintomatologia depressiva, sembra essere superato dalla MBCT, terapia più recente. Il focus dell'intervento cognitivo consiste nella disputa di idee disfunzionali, attraverso una stretta argomentazione, che consente al paziente di coglierne il fondamento illogico o irrealistico e di trasformarle in pensieri alternativi, più razionali e funzionali mediante il processo di ristrutturazione cognitiva. Un simile intervento presuppone che siano la forma e la frequenza del pensiero stesso a causare le conseguenze negative in termini di emozioni e comportamenti: si tratta, in questo caso, di un principio intrinsecamente meccanicistico. Nella terza generazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale di cui la MBCT fa parte, l'enfasi è invece posta su strategie di cambiamento contestuali ed esperienziali, che modificano la funzione degli eventi psicologici ma senza intervenire sulla loro forma (Ruggiero, 2011).

La MBCT rappresenta un trattamento di elezione per la gestione della sintomatologia depressiva, gli studi degli ultimi anni hanno indagato come la meditazione possa aiutare le persone a stare meglio dopo essere state trattate con successo per la depressione; una volta che un paziente si è ripreso da un episodio depressivo, una lieve quantità di umore negativo può ripresentarsi per qualsiasi motivo, scatenando nuovamente una grande quantità di pensieri negativi classici della depressione che portano con sé sensazioni fisiche di debolezza, stanchezza o dolore inspiegabile. Tale tecnica riuscirebbe a prevenire questi nuovi episodi depressivi. La Mindfulness è una tecnica che propone al paziente di imparare a comunicare con il proprio corpo e con le proprie emozioni, insegna ad essere presenti al proprio corpo, ed è il primo passo per

prendersene cura. Diviene chiaro che la meditazione si presenta come una tecnica positiva e non invasiva per i pazienti (Ruggiero, 2011).

Con il mio elaborato scritto volevo verificare l'efficacia e la spendibilità di questa tecnica, con l'analisi degli studi ho notato vari benefici che essa porta e ho ricercato gli esercizi tipici proposti durante le sedute (provandoli io stessa). Grazie agli studi scientifici ho appurato che questo trattamento, sempre associato alla terapia farmacologica, possa fornire importanti effetti benefici ai pazienti, anche a lungo termine.

La MBCT apporta un miglioramento delle funzioni esecutive, della capacità di concentrazione, della memoria e un aumento della propria consapevolezza. Capacità che vengono esercitate ed implementate durante gli incontri e a domicilio con gli esercizi da fare a casa e da mantenere anche una volta terminate le sedute. Comporta inoltre una riduzione dei sintomi depressivi residui che a loro volta riducono il rischio di recidiva, aiutano il paziente ad incrementare l'aderenza ai trattamenti e ad avere una percezione della propria qualità di vita maggiore.

Imparando le tecniche di meditazione, l'acquisizione della consapevolezza, la conoscenza della patologia e dei sintomi prodromici di una crisi ed imparando a gestire i cambiamenti umorali, ciò si traduce nella riduzione del rischio di ricadute depressive.

Gli studi mostrano l'efficacia dell'aggiunta di MBCT al trattamento farmacologico e psicoterapico classico, sia in termini di riduzione dell'intensità della sintomatologia depressiva, sia per la prevenzione di crisi future; tale approccio è applicabile ai pazienti con depressione sia unipolare che bipolare. I benefici, in diversi studi, sono visibili anche a lungo termine il che comporta una riduzione delle ospedalizzazioni e una miglior qualità di vita per il paziente ed i familiari.

Negli studi selezionati non viene menzionata la figura infermieristica, ma dalle valutazioni emerge che tali approcci cognitivi-comportamentali possono essere eseguiti dai pazienti in autonomia, una volta concluse le 8-12 sedute obbligatorie da svolgere in presenza di uno psicoterapeuta. Per tanto se un paziente è ricoverato in una clinica psichiatrica e sta svolgendo le sedute, l'infermiere può aiutarlo ad allenare le capacità e le riflessioni che impara ed intraprende una volta a settimana con il terapeuta. Questo per ottimizzare le tempistiche della terapia e conferire una continuità alle cure. Se invece il paziente ha terminato il programma terapeutico, l'infermiere può comunque contribuire ad incentivare l'utente a continuare gli esercizi imparati al fine di mantenere i benefici della terapia anche a lungo termine.

6.1 Valutazione personale del percorso svolto

Giunta alla fine del mio lavoro di tesi, posso essere soddisfatta del percorso, intrapreso quasi un anno fa, che ha permesso l'elaborazione di questo scritto.

Ritengo di aver compiuto un percorso molto appagante dal punto di vista professionale, ma anche personale, che mi ha offerto un'esperienza formativa decisamente costruttiva e gratificante.

La metodologia utilizzata mi ha permesso di sviluppare e migliorare la capacità di ricerca, di analisi critica e di sintesi di articoli scientifici. In vista del mio futuro

professionale, sono convinta che queste abilità siano indispensabili per mettere in atto una pratica basata sulle evidenze (EBP, Evidence Based Practice).

Gli obiettivi che mi ero prefissata, ovvero i benefici dell'approccio cognitivo-comportamentale nella gestione della sintomatologia depressiva, ritengo siano stati raggiunti. Per raggiungere questi obiettivi ho dovuto leggere molti studi che poi si sono rivelati essere non sufficientemente adeguati alla ricerca, per il campione scarso di partecipanti o per criteri di inclusione non conformi.

Forse avrei potuto trovare ulteriori studi di efficacia utilizzando stringhe di ricerca ancor più precise di quanto ho fatto e porre dei criteri di inclusione ed esclusione più rigidi.

Durante il percorso mi è sorto il dubbio che ricercare studi unicamente riguardanti la CBT fosse riduttivo in quanto essa rappresenta un insieme di altre tecniche, ma gli studi non specificano quale di esse venga utilizzata. Perciò scrivere una revisione solo su una terapia in generale sembrava dispersiva per gli outcomes. Con la direttrice di tesi si è optato di considerare gli studi più adeguati concernenti la CBT, ed intraprendere un approfondimento più mirato su una tecnica ben precisa: la MBCT. Questo ha comportato un ulteriore lavoro di ricerca sulle banche dati e di lettura di numerosi studi scientifici. Per tanto il lavoro di ricerca e selezione degli studi posso dire che non si è rivelato semplice, ma alla fine è stato appagante.

Oltre a tutto ciò, questa tesi ha senz'altro contribuito a un arricchimento di conoscenze professionali ma anche personali. Nata da una curiosità personale, la conoscenza di tecniche psicoterapiche si è rivelata molto interessante poiché attuabile sia sui pazienti che su noi stessi. Come detto in precedenza, io per prima ho provato degli esercizi di meditazione e respirazione profonda contenuti nel programma Mindfulness, assaporando fin da subito alcuni benefici per la mente ed il corpo.

Da ultimo, il mio desiderio resta quello di aver prodotto un elaborato utile alla professione infermieristica, che possa permettere ai curanti di trarre qualche spunto per occuparsi nel migliore dei modi di pazienti con depressione unipolare e bipolare.

7. BIBLIOGRAFIA

Letteratura scientifica

- Aromataris E., Pearson A. (2014). The Systematic Review: An overview. Synthesizing research evidence to inform nursing practice. *Joanna Briggs Institute* 114 (3): 53-58.
- Association, A. P. (2006). American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. American Psychiatric Pub.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M. V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., ... Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 224–231.
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.007>
- Burrai F, Bergami B, Scalorbi S. La Mindfulness per la professione infermieristica. *Management*. 2007; (September):27–30.
- Cicchetti D, Prusoff B (1983). Reliability of depression and associated clinical symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 40:987, 1983.
- Costa, R. T. da, Cheniaux, E., Rosaes, P. A. L., Carvalho, M. R. de, Freire, R. C. da R., Versiani, M., ... Nardi, A. E. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 144–149. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462011000200009>

- Costa, R. T., Cheniaux, E., Rangé, B. P., Versiani, M., & Nardi, A. E. (2012). Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 45(9), 862–868.
<http://doi.org/10.1590/S0100-879X201200750010>
- Cronin, P., Ryan, F., Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43.
- Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., ... Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18(2), 133–141. <http://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00236.x>
- Docteur, A., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J.-D., Siobud-Dorocant, E., & Rouillon, F. (2012). Impact d'une thérapie comportementale et cognitive sur la qualité de vie perçue de patients bipolaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(1), 39–42. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2011.11.009>
- Docteur, A., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J.-D., Rouillon, F., & Gorwood, P. (2013). The role of CBT in explicit memory bias in bipolar I patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(3), 307–311.
<http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.12.003>
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799.
- Goodwin F.K., Jamison K.R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. II edition. Oxford University press
- González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M., & González-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory

- bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. *European Psychiatry*, 29(3), 134–141. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.002>
- Gorwood P., Corruble E., Falissard B., Goodwin G. (2008). Toxic Effects of Depression on Brain Function: Impairment of Delayed Recall and the Cumulative Length of Depressive Disorder in a Large Sample of Depressed Outpatients *Am J Psychiatry* 165:6, June 2008 731 Article ajp.psychiatryonline.org
- Gutierrez MJ, Scott J (2004). Psychological treatments for bipolar disorders: a review of randomised controlled trials. *European Journal of Psychiatry* 254, 92–98
- Hamilton M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 6:278-296, 1967.
- Joffe R. T. (2002) Psychotherapeutic approaches to bipolar depression. *Clinical Neuroscience Research* 2 (2002) 252-255.
- Lo Baido R., Di Blasi M., Alfano P. (2013) Thinking organization and defense mechanisms in bipolar disorders. Clinical and psychopathological study on bipolar I and bipolar II. *Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche (BioNec), Università di Palermo. Riv Psichiatr* 2013;48(2):101-107
- Kingston T., Dooley B., Bates A., Lawlot E., Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. (2007). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2007), 80, 193–203
- Kuyken W., Byford S., Tylor R.S., Barrett B., (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008. Vol. 76 No. 6, 966-978.
- Ma H. S., Teasdale J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004, Vol. 72, No 1, 31-40.
- Miklowitz D. J., Alatiq J., Goodwin G.M., Geddes J.R., Fennell M.J., Dimidjian S.,

- Hauser M., J. Mark G. William M., J. A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive- Therapy for Bipolar Disorder. *International Association for Cognitive Psychotherapy* 2009. Vol. 2, 373-382.
- Mirabel-Sarron, C., Dorocant, E. S., Sala, L., Bachelart, M., Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2009). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(9), 686–692.
<http://doi.org/10.1016/j.amp.2009.08.019>
- Newman CF, Leahy RLL, Beck AT, Reilly-Harrington N, Laszlo G (2005). *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. American Psychological Association, Washington.
- Otto, M. W., Reilly-Harrington, N., & Sachs, G. S. (2003). Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(1–2), 171–181.
- Patelis-Siotis, I., Young, L. T., Robb, J. C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C., & Joffe, R. T. (2001). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 145–153. [http://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00277-9](http://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00277-9)
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R. (2013a). The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 338–343. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.006>
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013b). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 333–343.
<http://doi.org/10.1111/acps.12033>

- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Porritt, K., Gomersall, J., & Lockwood, C. (2014). JBI's systematic reviews: study selection and critical appraisal. *AJN The American Journal of Nursing*, 114(6), 47–52.
- Rainone A., Marras L., Chichierchia A. (2008) Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del disturbo bipolare? La terapia cognitivo-comportamentale. *Cognitivismo Clinico*. 5(1): 88-117.
- Ranem Mohn C. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Bipolar Disorders- exploring the merit of applying a program developed for unipolar recurrent depression for bipolar disorders. University of Oslo (2015).
- Robertson-Malt, S. (2014). JBI's Systematic Reviews: Presenting and Interpreting Findings. *AJN The American Journal of Nursing*, 114(8), 49–54.
- Saettoni M., Bertolotti P. (2008). Farmacoterapia del disturbo bipolare. Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, IPSICO, Firenze.
Cognitivismo Clinico (2008). 5,1, 25-34
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., ... Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 313–320.
<http://doi.org/10.1192/bjp.188.4.313>
- Simon NM, Otto MW, Wisniewski S. et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD), *Am J Psychiatry*, 2004; 162: 2222-2229.
- Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., ... Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar

- Disorder: Effects on Cognitive Functioning. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 410–419. <http://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.03>
- Teasdale J.D., Segal Z., V., Williams J.M.G., Ridgeway V.A., Soulsby J.M., Lau M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000, Vol. 68, No 4, 615-623.
- Videbech P., Ravnkilde B. (2004). Hippocampal Volume and Depression: a meta-analysis of MRI studies. *Am J. Psychiatry* 2004; 161:11, November 2004.
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J.-M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry*, 25(6), 334–337. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.03.007>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Preventing Relapse in Recurrent Depression: A Randomized Dismantling Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275–286. <http://doi.org/10.1037/a0035036>
- Zangaro G., Soeken K. (2007). A Meta-Analysis of studies of nurse's job satisfaction. *Research in Nursing and Health* 30: 445-458.
- Zaretsky A., Lancee W., Miller C., Harris A., Parikh S. (2008). Is Cognitive-Behavioural Therapy More Effective Than Psychoeducation in Bipolar Disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 53, No 7, Juli 2008

Libri di testo

- Biondi, M., & American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5a ed.)*. Milano: Raffaello Cortina.

- Bottaccioli F. (2005). *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata. 2ª ed.* Milano: Red
- Bottaccioli, F., & Carosella, A. (2011). *Mente inquieta. Stress, ansia e depressione. Tecniche Nuove.*
- Burns, N., and Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization (5a ed.)*. St. Louis: Elsevier/Saunders.
- Casey P., Brendan K. (2009). *Fish. Psicopatologia clinica- segni e sintomi in psichiatria.* Torino: Centro Scientifico Editore.
- Castelli, C. (2008). *Psicologia del ciclo di vita (Ed. aggiornata e ampliata, Vol. 16).* Milano: Franco Angeli.
- Chiari P., Mosci D., Naldi E. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia – guida operativa per l'Evidence Based Nursing.* Mc Graw-Hill Milano.
- Colom F., Vieta E. (2006). *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare.* Giovanni Fioriti Editore Milano.
- CRD (Centre for Reviews and Dissemination). (2009). *Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care (3a ed.)*. York Publ. Services.
- DiCenso, A., Guyatt, G., Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing: a Guide to Clinical Practice.* St. Louis: Elsevier.
- Frank, E. (2007). *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy.* Guilford Press.
- Goldberg J. F., Harrow M. (2000). *I disturbi bipolari - decorso e outcome.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Invernizzi, G. (2006). *Manuale di psichiatria e psicologia clinica (3a ed.)*. Milano: McGraw-Hill.
- LoBiondo – Wood G., Haber J. (2004). *Metodologia della ricerca infermieristica: quinta edizione.* Mc Graw-Hill, Milano.
- Kemali, D., Weltgesundheitsorganisation, & Organisation mondiale de la santé. (2009).

- ICD-10: classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, criteri diagnostici per la ricerca : guida tascabile. Milano: Elsevier.
- Krüger S., Bräunig P., Eich P., Horvath A. (2014). La malattia bipolare – tutto ciò che dovete sapere, guida per i pazienti e i loro famigliari. Astra Zeneca, Zugo.
- Montano A. (2007). Mindfulness - guida alla meditazione di consapevolezza. Casa Editrice: Ecomind, 2007
- Murray, R., & Ruffini, C. (2011). Fondamenti di psichiatria (4a ed.). Torino: CG edizioni medico scientifiche.
- Polit, D., Beck, C. (2004). Nursing research: principles and methods (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D., Beck, C. (2008). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (8a ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D., Beck, C. (2010). Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice (7a ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Porter S. R. (2014). Il Manuale Merck di diagnosi e terapia. 19° edizione. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ruggiero, G.M. (2011). Terapia cognitiva. Una storia critica. Raffaello Cortina, Milano
- Secchiaroli, L. (2006). Principi di psichiatria: manuale per i corsi di laurea in scienze infermieristiche e per gli operatori sanitari (1a ristampa, Vol. 57). Roma: Carocci Faber.
- Smeraldi E. (1993). I disturbi dell'umore – clinica e terapia. Edi-Ermes, Milano
- Strakowski M. S. (2012). The bipolar brain – integrating neuroimaging and genetics. Oxford University Press.
- Taylor, B., Kermode, S., Roberts, K. (2006). Research in nursing and health care: evidence for practice (3a ed.). South Melbourne: Cengage Learning.

Siti internet

AA. VV. (n.d.) Definire lo stress: eustress e distress.
www.equilibridinamici.it (11 giugno 2016)

Albasi, Cesare (2009). Psicopatologia e ragionamento clinico. Disponibile da:
<http://www.appuntiunito.it/wp-content/uploads/2014/04/Psicopatologia-e-Ragionamento-Clinico.pdf> (28 febbraio 2016)

Facco S. e autori vari. (2011) Pratiche e dispositivi per formare alla posizione di ricerca.
<http://www.lsmolinette.unito.it/biblioteca/praticheedispositivimarzo2011.pdf> (30 novembre 2015)

Fera T. (2012). La psicoeducazione nel Disturbo Bipolare. Centro di psicoterapia di Roma
http://www.psicoterapeutiinformazione.it/rokdownloads/rivista_9_giugno_2012/2%20fera%20bipolare.pdf (26 luglio 2015)

Fiorentini B. Gli operatori booleani. <http://digilander.libero.it/bfiorentini/operatori.html> (24 gennaio 2016)

Hamilton Depression Rating Scale <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>
(9 ottobre 2015)

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).
<https://www.simg.it/documenti/progetti/psiche/Scheda%20MADRS.pdf> (27 giugno 2016)

Moscone D. (2014) Cognitive Affective Training: Programma di intervento CBT per la percezione, il riconoscimento, la gestione delle emozioni e l'insegnamento delle abilità sociali. (s.d.) (24 luglio 2014) <http://www.spazioasperger.it/index.php?q=caratteristiche-dell-asperger&f=63-cognitive-affective-training-kit-programma-di-intervento-cbt-per-la-percezione-il-riconoscimento-la-gestione-delle-emozioni-e-linsegnamento-delle-abilita-sociali> (24 luglio 2015)

National Institute of Health USA (2014). <http://www.nih.gov/> (5 ottobre 2015)

Pacini M. (2010). Disturbo Bipolare: sintomi residui e sindromi residuali.
www.medicitalia.it/minforma/psichiatria/553-disturbo-bipolare-sintomi-residui-sindromi-residuali-html (11 giugno 2016)

Preve M. (2013). Linee guida per la gestione farmacologica del disturbo bipolare: update 2013. <http://www.medicitalia.it/minforma/psichiatria/1702-linee-guida-gestione-farmacologica-disturbo-bipolare-update.html> (9 marzo 2016)

Saiani L., Brugnolli A. (2010). Come scrivere una revisione della letteratura. Università degli Studi di Verona, Facoltà di medicina e chirurgia, Area Formazione professioni sanitarie. <http://www.dsPMC.univr.it/documenti/Avviso/all/all823246.pdf> (7 settembre 2015)

Sala V., Moja L., Moschetti I., Bidoli S., Pistotti V., Liberati A. (2006). Revisioni sistematiche: Breve guida all'uso. Centro Cochrane Italiano <http://www.cochrane.it/sites/cochrane.it/files/uploads/guidausorevisioni.pdf> (28 febbraio 2016)

Iconografia

Immagine di copertina tratta da:

https://www.google.ch/search?q=ristrutturazione+cognitiva&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAcQ_AUoAWoVChMIheiNvfYyAIVBrYaCh312AqE&biw=1600&bih=761#tbm=isch&q=cambia+i+tuoi+pensieri+e+cambierai+il+tuo+mondo&imgsrc=y4P02dgDJ8PBmM%3A (23 ottobre 2015)

Grafici di fluttuazioni dell'umore tratte da: <http://www.psicologopedia.it/2012/02/23/il-disturbo-bipolare> (24 luglio 2015)

8. ALLEGATI

Tabella riassuntiva degli studi selezionati

AUTORE/I, LUOGO E ANNO	TITOLO	DESIGN DELLO STUDIO	POPOLAZIONE	INTERVENTI E STRUMENTI	OUTCOMES	LIMITI
Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M. V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., ... Bertschy, G. Ginevra, Svizzera 2010	Depression relapse prophylaxis with Mindfulness- Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system	Studio caso- controllo	60 pazienti in remissione da crisi depressive ricorrenti (> 3 crisi). 31 pazienti fanno parte del gruppo che segue le sedute di MBCT, 29 seguono il trattamento abituale (TAU). L'età media è di 47.5 anni.	Lo scopo dello studio è verificare l'efficacia della MBCT (associato al trattamento abituale) dopo 1 anno di follow-up rispetto alla diminuzione di ricadute depressive confrontandola al gruppo che segue solo la terapia abituale. Strumenti: <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); Beck Depression Inventory (BDI-II)</i>	Nel gruppo MBCT dopo 1 anno la percentuale di ricadute è stato del 33%, mentre nel gruppo di controllo è stato del 36%. La minima differenza di percentuale delle ricadute è spiegata dagli autori come la disinformazione riguardo le condizioni cliniche del gruppo di controllo, la terapia aggiuntiva (psicologica o farmacologica). Una possibile importante differenza dagli studi precedenti, riguarda il sistema sanitario svizzero in quanto vi è l'elevata disponibilità di cura della salute mentale e l'accesso relativamente semplice.	Periodo di follow- up troppo breve dato che le ricadute potevano emergere più tardivamente. Mancanza di conoscenza dei minuti di pratica meditativa giornaliera svolta dai pazienti al termine delle 8 sessioni ordinarie. Campione scarso di partecipanti
Costa, R. T. da, Cheniaux, E., Rosaes, P. A. L., Carvalho, M.	The effectiveness of cognitive behavioral	Studio controllato randomizzato, gruppo caso-	41 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare che	L'obiettivo di questo studio è quello di valutare l'efficacia di introduzione della	L'efficacia della CBT associata al trattamento farmacologico di base è stata dimostrata. Nel gruppo che ha seguito le 14 sedute ha mostrato una	Esclusione di pazienti con depressione e mania severa..

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

<p>R. de, Freire, R. C. da R., Versiani, M., ... Nardi, A. E.</p> <p>Rio de Janeiro, Brasile 2011</p>	<p>group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study</p>	<p>controllo</p>	<p>hanno sperimentato una crisi depressiva, maniacale o ipomaniacale negli ultimi 12 mesi. L'età dei soggetti varia tra i 18 e i 60 anni.</p>	<p>CBT nei pazienti bipolari.</p> <p>Strumenti: <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>, <i>Young Mania Rating Scale (YMRS)</i>, <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>, <i>Beck Hopeless Scale (BHS)</i>.</p>	<p>riduzione significativa in termini di: riduzione delle severità dei sintomi depressivi, dei sintomi ansiosi, dei sintomi maniacali, inoltre i partecipanti hanno sperimentato meno (in termini di numero e di durata) cambiamenti dell'umore.</p>	<p>Scarso campione, soprattutto nel gruppo di controllo.</p>
<p>Costa, R. T., Cheniaux, E., Rangé, B. P., Versiani, M., & Nardi, A. E.</p> <p>Rio de Janeiro, Brasile 2012</p>	<p>Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life.</p>	<p>Gruppo caso-controllo</p>	<p>41 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare, in un'età compresa tra i 18 e 60 anni.</p>	<p>Valutare l'efficacia di 14 sedute di CBT di gruppo comparandolo al solo trattamento farmacologico, in termini di riduzione dei sintomi depressivi, maniacali e miglioramento della qualità di vita percepita.</p> <p>Gruppo CBT più farmacoterapia (n = 27), gruppo di controllo solo con la farmacoterapia (n = 14).</p> <p>Strumenti: <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>,</p>	<p>I pazienti del gruppo CBT ha dimostrato al termine delle 14 settimane una riduzione in termini di severità dei sintomi depressivi, maniacali e ansiosi con una riduzione nella frequenza e nella durata degli episodi dei cambiamenti umorali.</p>	<p>Differenza nel numero di soggetti nei due gruppi. I pazienti con depressione e mania severa sono stati esclusi dallo studio. I pazienti del gruppo CBT partono all'inizio dello studio con punteggi del BSI e YMRS superiori rispetto al gruppo di controllo e dunque l'abbassamento dei punteggi del gruppo TAU risultano meno evidenti.</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

				<i>Young Mania Rating Scale (YMRS)</i>		
<p>Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., ... Nierenberg, A. A.</p> <p>Boston, USA 2012</p>	<p>Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder.</p>	<p>Studio di fattibilità</p>	<p>12 pazienti affetti da Disturbo Bipolare con sintomatologia depressiva residua, tutti trattati con farmacoterapia</p>	<p>lo scopo dello studio è di indagare se una nuova terapia cognitiva (MBCT) può essere utilizzata per il pazienti con Disturbo Bipolare per ridurre i sintomi depressivi residui al fine di diminuire il rischio di recidive, andando anche ad aumentare la consapevolezza di se stessi e riducendo i sintomi residui.</p> <p>Strumenti: <i>Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Young Mania Rating Scale (YMRS), Response Style Questionnaire (RSQ), Emotion</i></p>	<p>Al termine del trattamento, 3 mesi di follow-up, i partecipanti hanno mostrato un aumento della consapevolezza, una riduzione dei sintomi residui depressivi, ridotta difficoltà di attenzione, miglior gestione delle emozioni, miglior funzionamento psicosociale e benessere psicologico e maggior compliance al trattamento. I risultati suggeriscono che il trattamento dei sintomi depressivi residui con la MBCT è utile per migliorare anche aspetti come: gestione delle emozioni, miglior funzionamento psicosociale e benessere psicologico ed essere meno reattivi ai cambi umorali.</p>	<p>Campione di pazienti molto scarso, in questo modo non è possibile generalizzare i risultati ma si necessitano di ulteriori indagini.</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

				<p><i>Reactivity Scale (ERS), Clinical Positive Affective Scale (CPAS), Psychological Well-Being Scale (PWBS).</i></p>	
<p>Docteur, A., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J.-D., Rouillon, F., & Gorwood, P.</p> <p>Parigi, Francia 2013</p>	<p>The role of CBT in explicit memory bias in bipolar I patients.</p>	<p>Studio di fattibilità</p>	<p>73 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare. Hanno seguito un trattamento di CBT di gruppo, follow-up a sei mesi.</p>	<p>La terapia è focalizzata sulla regolazione affettiva andando ad implementare le tecniche di integrazione di aspetti e pensieri positivi con l'esclusione delle immagini e dei concetti negativi.</p> <p>Strumenti: <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Mania Rating Scale (MRS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Dysfuncional Attitudes Scale (DAS).</i></p>	<p>Grazie alla CBT i pazienti sono in grado di regolare le emozioni positive e negative e di modificare i pensieri e le emozioni negative degli eventi trascorsi, in questo modo hanno una miglior gestione della patologia. Sostengono che migliorano le capacità cognitive in generale (oltre alla memoria anche la concentrazione e l'eloquio), e inoltre vi è un miglior controllo degli stati ansiosi con l'implementazione della consapevolezza dei processi mentali. Per quanto riguarda la sintomatologia depressiva c'è stata una riduzione dei punteggi di HDRS dall'inizio (8.23), alle fine (6.17).</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

<p>González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M., & González-Pinto, A.</p> <p>Las Palmas de Gran Canaria, Spagna 2014</p>	<p>Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial.</p>	<p>Controlled clinical trial</p>	<p>40 pazienti con Disturbo Bipolare trattati farmacologicamente. I pazienti sono stati collocati nel gruppo sperimentale (CBT associato al trattamento farmacologico usuale), o nel gruppo di controllo nel quale ricevono solo la farmacoterapia.</p>	<p>Lo scopo è l'istruzione e il sostegno durante il processo di ricontestualizzazione in cui gli stati emotivi negativi quali ansia, rabbia e sconforto vengono gestiti in modo più costruttivo.</p> <p>Strumenti: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI), <i>Young Mania Rating Scale</i> (YMRS), <i>State Trait Anxiety Inventory</i> (STAI), <i>Misadjustment Scale</i>.</p>	<p>I risultati a lungo termine sono stati: riduzione nel numero di ricoveri, tempi di ricovero breve, miglioramento nelle funzioni delle attività di vita quotidiana, riduzione e miglior gestione dei sintomi depressivi e ansiosi. Anche a distanza di 5 anni, i pazienti che hanno seguito la terapia cognitivo-comportamentale, hanno dimostrato dei benefici a lungo termine, come un ridotto numero di ricoveri ospedalieri, tempi dei ricoveri più brevi, riduzione degli stati ansiosi e depressivi, implementazione delle attività sociali e funzionali, maggior autostima e fiducia in sé stessi, miglior compliance e maggior aderenza ai trattamenti, nuove strategie di problem solving che si traducono in maggior autonomia.</p>	<p>Necessità di una conoscenza più approfondita di eventuali ricadute (dopo quanto tempo si manifestano e per quanto), nel periodo tra i 12 mesi e i 5 anni di follow-up per tracciare un percorso più preciso del disturbo.</p>
<p>Kingston T., Dooley B., Bates A., Lawlor E., Malone K.</p> <p>Dublino, Irlanda 2007</p>	<p>Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms</p>	<p>Modello misto: design 1 serie consecutiva di pazienti, alcuni assegnati al gruppo MBCT altri al trattamento usuale (TAU). Design 2: i</p>	<p>19 pazienti con sintomi depressivi residui: 8 pazienti nel gruppo MBCT, 11 nel TAU. I pazienti hanno tra i 20 e i 62, hanno vissuto 3</p>	<p>Lo scopo è di passare dalla modalità "fare" alla modalità di "essere", che si ottiene attraverso lo sviluppo della consapevolezza mediante la pratica meditativa con</p>	<p>Come risultati sono emersi la riduzione dei sintomi depressivi residui (fattore di rischio per future ricadute), la riduzione dei pensieri ruminativi (vulnerabilità alla ricaduta nella depressione). La ruminazione ha lo scopo di evitare il significato emotivo e comportamentale, dunque la consapevolezza prevede l'esposizione</p>	<p>Scarso campione di pazienti; i gruppi non sono stati randomizzati, ma è stata usata metodologia di serie consecutiva. La ruminazione può variare non solo con le abilità</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

		pazienti che sono stati assegnati alla condizione TAU hanno partecipato ad un secondo gruppo MBCT (dopo che il primo gruppo ha completato le sessioni).	o più episodi depressivi.	tecniche di scansione del corpo e la formazione di movimento consapevole. Follow-up dopo un mese dal termine dell'intervento. Strumenti: <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> , <i>Rumination Scale (RUM)</i> .	di emozioni e pensieri, fornendo la desensibilizzazione a risposte condizionate e riducendo il comportamento di evitamento. Lo studio identifica una tendenza verso una diminuzione dei livelli di ruminazione che dà ulteriore peso per l'importanza della ruminazione ipotizzato nel mediare la riduzione della depressione.	di consapevolezza, ma anche con lo stato depressivo; le diagnosi non erano basate su una valutazione obiettiva formale.
Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E., Holden E., White K. Barrett B. Evans A. Cambridge, UK 2008	Mindfulness- Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression	Studio controllato randomizzato	123 pazienti con almeno 3 o più episodi depressivi pregressi trattati con antidepressivi da almeno 6 mesi.	La MBCT ha lo scopo di consentire alle persone di imparare a diventare più consapevoli delle sensazioni corporee, dei pensieri e sentimenti associati alla ricaduta depressiva e di relazionarsi in modo costruttivo a queste esperienze. Outcomes e strumenti: <u>ricadute/ricorrenza</u> <i>(Structured Clinical Interview for DSM)</i> ; <u>severità delle</u>	Come outcomes per valutare l'efficacia dei 2 trattamenti vengono presi in considerazione: il numero di ricadute depressive, la severità delle ricadute, i sintomi depressivi residui e la qualità di vita percepita dei pazienti. Nelle persone con depressione ricorrente, la MBCT produce risultati migliori in termini riduzione delle ricadute depressive, dei sintomi depressivi residui producendo risultati migliori in follow-up a lungo termine e la percezione di una qualità di vita migliore, rispetto al gruppo che ha assunto solo la terapia farmacologica. Inoltre si è notata una riduzione di dell'utilizzo di farmaci anti-depressivi nel gruppo MBCT, quindi anche i termini di costi la MBCT è risultata efficace: il 75% dei pazienti del	Massimizzazione dell'aderenza nel gruppo prima di iniziare lo studio per garantire un confronto alla pari con il gruppo MBCT. La selezione di un gruppo particolarmente a rischio (almeno 3 episodi depressivi) ha portato ad avere tassi di recidiva maggiori. questi valori.

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

				<p><u>ricadute</u> (lieve, moderato, grave usando il modello del DSM); <u>sintomi depressivi residui</u> (<i>Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, Beck Depression Inventory, BDI</i>), <u>valutare la qualità di vita percepita</u> (questionario <i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>).</p>	<p>gruppo MBCT ha completamente interrotto la loro assunzione mentre il 25% ha continuato. I tassi di adesione al trattamento con MBCT (85%) suggeriscono l'accettabilità di questo approccio.</p>	
<p>Ma H. S., Teasdale J. D. Cambridge, UK 2004</p>	<p>Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects</p>	<p>Studio controllato randomizzato</p>	<p>75 pazienti con almeno due o più episodi depressivi.</p>	<p>lo scopo dello studio è verificare l'efficacia della MBCT nella prevenzione delle ricadute depressive in pazienti con una storia di 3 o più episodi depressivi pregressi.</p>	<p>Nel gruppo che ha seguito la MBCT si sono dimezzati i tassi di recidiva rispetto ai pazienti che hanno continuato il trattamento abituale. Gli effetti protettivi della MBCT sono stati più evidenti nei pazienti con quattro o più episodi depressivi pregressi, infatti solo il 38% di quelli trattati con MBCT ha sperimentato una recidiva rispetto al 100% delle loro controparti del gruppo di controllo. La MBCT si è rivelata essere molto più efficace per il pazienti con 3 o più di 4 episodi depressivi, nei pazienti con solo 2 episodi pregressi infatti non ha mostrato alcuna rilevanza clinica dato che la metà di loro ha sperimentato</p>	<p>La mancanza di un altro gruppo di confronto. La dimensione scarsa del campione dei pazienti con soli due episodi rende difficile sapere se gli effetti del trattamento sono realmente riflettono un'assoluta mancanza di efficacia di MBCT.</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

					una recidiva. Al contrario nel gruppo di controllo chi ha sperimentato solo 2 stati depressivi ha avuto un tasso di recidiva minore (solo il 10%).	
<p>Miklowitz D. J., Alatiq J., Goodwin G.M., Geddes J.R., Fennell M.J., Dimidjian S., Hauser M., J. Mark G. William M.,J.</p> <p>Oxford, UK 2009</p>	<p>A Pilot Study of Mindfulness- Based Cognitive- Therapy for Bipolar Disorder</p>	<p>Open Trial</p>	<p>22 pazienti tra i 18 e i 70 anni con diagnosi Disturbo Bipolare.</p>	<p>I partecipanti vengono incoraggiati ad identificare i sintomi prodromici dei cambiamenti dell'umore, i fattori di rischio per una crisi, imparare ad osservare i propri stati umorali in termini non giudicanti.</p> <p>Strumenti: MINI International Neuropsychiatric Interview, <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (HDRS), <i>Young Mania Rating Scale</i> (YMRS), <i>Self Report Questionnaires</i> (SRQ), <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI), <i>Beck Anxiety Scale</i> (BAS), <i>Beck Suicide Ideation Scale</i></p>	<p>Il trattamento è stato valutato come molto efficace soprattutto per ridurre di intensità i sintomi depressivi, prevedendo le ricadute. In conclusione la MBCT sembra essere fattibile e spendibile per questa utenza. Si associa a miglioramenti a breve termine nella depressione bipolare e all'ideazione suicidaria. Le pratiche della MBCT, aggiunte alla farmacoterapia, sono utili nel prevenire le recidive maniacali o depressive, ridurre i sintomi residui e migliorare il funzionamento psicosociale.</p>	<p>I partecipanti non si trovano in un episodio acuto, ma presentano una depressione lieve-moderata perciò sarebbe stato più interessante valutare la riduzione della sintomatologia (che probabilmente sarebbe stata più accentuata) durante un episodio acuto. Altri limiti sono stati: l'assenza di un gruppo di controllo e il numero di campione scarso.</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

				(BSIS).		
Mirabel-Sarron, C., Dorocant, E. S., Sala, L., Bachelart, M., Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. Parigi, Francia 2009	Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote.	Studio pilota	17 pazienti affetti da Disturbi Bipolare di tipo 1 che hanno seguito in precedenza la terapia cognitivo-comportamentale per i pazienti bipolari (modello stilato da Lam nel 1999).	Lo scopo dello studio è verificare l'accettazione della pratica da parte dei soggetti, e l'incrementazione della piena coscienza relativa all'approccio. Strumenti: <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Mini Interneational Neuropsychiatric Interview (MINI), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Rosenberg Self Esteem (RSE), Dysfunctional Attitide Scale (DAS), Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS).</i>	Al termine dello studio hanno mantenuto la normotimia riducendo comunque i valori del BDI, del BAI e migliorando di molto i risultati del KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills) aumentando la capacità di concentrazione e di accettazione dell'esperienza presente ed imparando delle strategie di decentramento tra mente e corpo. Come conclusione gli autori riportano che nonostante i pazienti stiano vivendo un periodo eutimico, essi sperimentano comunque degli alti e bassi nel tono dell'umore invalidanti dal punto di vista del quadro clinico, e rischiosi per le ricadute e le comorbidità.	Campione di studio scarso ma essendo uno studio pilota in cui è la prima volta che vengono esaminati sono pazienti bipolari in relazione alla MBCT, gli autori consigliano nuovi studi con campioni più corposi.
Patelis-Siotis, I., Young, L. T.,	Group cognitive	Progetto di open-trial	I partecipanti allo studio sono	Lo scopo della terapia è quella di	Incremento del funzionamento psicosociale, un aumento della	La mancanza di un gruppo di

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

<p>Robb, J. C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C., & Joffe, R. T.</p> <p>Ontario, Canada 2001</p>	<p>behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study.</p>		<p>49 persone con la diagnosi di Disturbo Bipolare, con depressione lieve o in un periodo eutimico.</p>	<p>far raggiungere ai pazienti una nuova consapevolezza dei comportamenti e dei sentimenti.</p> <p>Strumenti: <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>, <i>Young Mania Rating Scale (YMRS)</i>, <i>Global Assessment of Functioning Scale (AFS)</i>, <i>Medical Outcomes Survey</i>.</p>	<p>compliance terapeutica soprattutto per quanto riguarda l'aderenza al regime farmacologico, riduzione delle ospedalizzazioni con miglior auto-gestione, minor manifestazione dei sintomi depressivi con riduzione del rischio di episodi depressivi, miglior adattamento psicosociale. Per i sintomi depressivi i pazienti hanno notato: maggior vitalità e energia, maggior tendenza a svolgere delle attività piacevoli e sociali, maggior soddisfazione nelle relazioni. Tali miglioramenti di gestione della fase depressiva può tradursi in minor rischio di crisi future e ospedalizzazioni. Inoltre si nota un miglioramento nella gestione della terapia, una miglior aderenza al trattamento farmacologico e psicoterapico e delle strategie di gestione dei sintomi più efficaci.</p>	<p>controllo limita l'interpretazione dei risultati.</p>
<p>Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R.</p> <p>Randwick, Australia 2013a</p>	<p>The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for</p>	<p>Studio randomizzato con gruppo caso-controllo</p>	<p>57 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare.</p>	<p>Lo scopo è verificare la correlazione tra la quantità di giorni spesi seguendo la terapia o facendo pratiche meditative a domicilio e la riduzione dei sintomi depressivi dopo un follow-up di 12 mesi.</p>	<p>Dallo studio è emerso che i punteggi legati alla depressione, dopo 12 mesi di follow –up sono negativamente correlati con il numero scarso di giorni dedicati alla meditazione. Infatti nel primo incontro post trattamento al termine delle 8 sedute le differenze sono minime, ma dopo i 12 mesi di follow-up, chi ha meditato 3 o più volte a settimana mostra una diminuzione considerevole dei sintomi depressivi,</p>	<p>Scarso campione ed i test multipli svolti. Il processo non offre sicurezza nel ruolo della pratica di meditazione per la protezione a lungo termine dai sintomi depressivi in quanto è</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

	bipolar disorder.			<p>Strumenti: <i>Young Mania Rating Scale (YMRS)</i>, <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</i>, <i>Composite International Diagnostic Interview (CIDI)</i>, <i>Structured Clinical Interview for DSM</i>, <i>Depression Anxiety Stress Scale (DASS)</i>, <i>State/Trait Anxiety Inventory (STAI)</i>, <i>Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)</i>, <i>Toronto Mindfulness Scale (TMS)</i>.</p>	<p>chi ha dedicato meno di due volte a settimana invece mostra valori aumentati. La pratica della MBCT, suggerisce che un più profondo impegno con il programma conferisce protezione per sintomi depressivi nel corso del tempo.</p>	<p>importante capire la qualità delle pratiche meditative messe in atto piuttosto che la quantità settimanale. Non sono state indagate le tipologie di pratica meditativa (meditazioni di scansione del corpo, ecc.). La raccolta di informazioni sui compiti da svolgere a casa è stata difficoltosa.</p>
<p>Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. Sydney, Australia 2013b</p>	<p>A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder.</p>	<p>Studio controllato randomizzato</p>	<p>95 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare.</p>	<p>Lo studio vuole valutare i benefici della MBCT in termini di riduzione dei sintomi depressivi anche dopo aver terminato le 8 sessioni. Strumenti: <i>Depression Anxiety Stress Scale</i></p>	<p>Non si sono notati importanti riduzioni dei sintomi maniacali e depressivi, ma notevole riduzione degli stati ansiosi e dei pensieri disfunzionali. I valori non mostrano grandi differenze ma quelli del gruppo MBCT si mantengono per tutto il periodo di valutazione al di sotto di quelli del gruppo di controllo. Lieve riduzione sintomi depressivi, notevole riduzione degli stati ansiosi e dei pensieri disfunzionali.</p>	<p>Scarso campione di popolazione, alto tasso di drop-out dopo 12 mesi (22 nel gruppo di MBCT e 12 nel gruppo TAU). Periodo di follow-up troppo breve.</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

				(DASS), <i>State/Trait Anxiety Inventory</i> (STAI), <i>Dysfunctional Attitudes Scale 24</i> (DAS-24), <i>Response Style Questionnaire</i> (RSQ), <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> (MAAS)		
Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., ... Hayhurst, H. Newcastle, UK 2006	Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders.	Studio controllato randomizzato	253 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare, età media 40 anni.	Lo scopo è confrontare l'efficacia della CBT con il trattamento farmacologico usuale.	Nello studio si nota come la CBT sia stata meno efficace nella prevenzione delle ricadute per i pazienti che avevano precedentemente sperimentato diversi episodi depressivi; mentre si è dimostrata essere maggiormente efficace nei pazienti che hanno avuto meno di 12 episodi. Questo risultato supporta l'idea che è importante iniziare gli approcci psicosociali alle prime fasi della malattia.	La perdita d'individualizzazione della terapia in quanto si sono attenuti ai vincoli esercitati dallo studio. Inclusione di persone sia in fase eutimica sia durante un episodio.
Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., ... Deckersbach, T. Massachusetts USA 2011	Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Effects on Cognitive Functioning.	Studio pilota	10 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare.	Lo scopo del presente studio è quello di valutare i cambiamenti nel funzionamento cognitivo auto-riferito dai pazienti con Disturbo Bipolare che hanno partecipato a uno studio pilota della	I pazienti hanno riportato miglioramenti significativi nel funzionamento esecutivo, nella memoria e nella capacità cognitive, un incremento delle funzioni cognitive correlati alla consapevolezza misurata con la FFMQ, e un aumento dei pensieri non giudicanti. La terapia comporta il miglioramento delle funzioni cognitive, tra cui il miglioramento controllo	Campione limitato e mancanza di un gruppo di controllo, non è stata verificata la quantità (in termini di tempo) da dedicare alla pratica necessaria a mantenere i benefici a lungo

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

				<p>terapia cognitiva (MBCT).</p> <p>Strumenti: <i>Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i>, <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>, <i>Young Mania Rating Scale (YMRS)</i>.</p>	<p>dell'attenzione, la memoria, il funzionamento esecutivo nonché ridotta interferenza emotiva durante un compito cognitivo</p>	<p>termine.</p>
<p>Teasdale J.D., Segal Z., V., Williams J.M.G., Ridgeway V.A., Soulsby J.M., Lau M.A.</p> <p>Cambridge, UK 2000</p>	<p>Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy</p>	<p>Studio clinico randomizzato</p>	<p>145 pazienti attualmente con remissione dei sintomi depressivi, trattati con la farmacoterapia.</p>	<p>Lo studio vuole dimostrare l'efficacia della MBCT nella riduzione di recidive depressive in pazienti con storia di depressione. Follow-up a 52 settimane.</p> <p>Strumenti: <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>, <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>, Valutazione del numero di ricadute e ricorrenza.</p>	<p>Nei vari periodi di controllo i pazienti che hanno seguito la MBCT hanno dimostrato valori inferiori riguardo le ricadute depressive: a 10 settimane il gruppo MBCT presenta l'8% di ricadute contro il 28% del gruppo di controllo, i valori si mantengono nettamente inferiori a quelli del gruppo di controllo anche negli altri follow-up a 20, 30, 40, 50 settimane; per terminare alla 60esima settimana con il 35% di ricadute contro il 66% del gruppo di controllo. In conclusione la MBCT si è rivelata essere una terapia profilattica essenziale per la prevenzione di ricadute depressive.</p>	<p>Gli autori dello studio hanno notato una maggior efficacia della MBCT in pazienti con 3 o più episodi depressivi pregressi, ma gli autori consigliano degli più approfonditi per generalizzare questo dato.</p>
<p>Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M.,</p>	<p>Mindfulness-based cognitive</p>	<p>Studio di fattibilità</p>	<p>23 pazienti affetti dal Disturbo</p>	<p>Il presente studio si propone di indagare l'applicabilità della</p>	<p>1 mese dopo il termine della terapia i valori risultano migliorati nel BDI e nella KIMS sotto le voci</p>	<p>La mancanza di un gruppo di controllo e uno</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

<p>Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J.-M. Ginevra, Svizzera 2010</p>	<p>therapy for bipolar disorder: A feasibility trial.</p>		<p>Bipolare, senza ricoveri ospedalieri negli ultimi tre mesi (tutti con più di 3 episodi e maniacali pregressi).</p>	<p>MBCT in gruppo composti unicamente da pazienti bipolari. Stati eseguiti due follow-up, il primo dopo 1 mese dal termine della terapia, il secondo dopo 3 mesi. Strumenti: <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>, <i>Young Mania Rating Scale (YMRS)</i>, <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)</i>, <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</i>.</p>	<p>“osservazione”, “agire con consapevolezza” e “accettare senza giudicare”. Ma dopo 3 mesi i valori calano portando un miglioramento solamente in “capacità di descrizione” e in “accettazione senza giudizio”.</p>	<p>scarso campione di pazienti. La difficoltà è stata prendere in considerazione pazienti non totalmente liberi da stati depressivi (che probabilmente hanno limitato la capacità di alcuni pazienti di impegnarsi in una pratica di meditazione quotidiana e trarre tutti i benefici dal programma).</p>
<p>Williams M.J., Crane C., Barnhofer T.,...Whitaker C.J. Oxford, UK 2014</p>	<p>Mindfulness-Based Cognitive Therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized controlled trial</p>	<p>Studio controllato randomizzato</p>	<p>274 pazienti che hanno sperimentato almeno tre episodi depressivi.</p>	<p>Lo scopo dello studio è comparare un gruppo di pazienti che segue le sedute di MBCT associate al trattamento abituale (n = 99), a un gruppo che segue la psicoeducazione ed il trattamento abituale (n =103) ed</p>	<p>Dallo studio si è notata una particolare efficacia della MBCT in generale in confronto al gruppo che ha seguito la psicoeducazione o il trattamento abituale, inoltre in particolare è stata efficace per i pazienti con una storia positiva per i traumi infantili (essendo più vulnerabili) riducendo di molto il rischio di recidiva depressiva. In conclusione lo studio In breve può avere particolari effetti benefici nella prevenzione di futuri episodi di grave</p>	<p>Gli autori suggeriscono ad un'eventuale ricerca futura di meglio valutare gli indici di vulnerabilità dei pazienti anche se essi sostengono che i dati da loro raccolti possano essere</p>

Allegato 8.1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

				<p>un gruppo solamente il trattamento abituale (n = 53).</p> <p>Strumenti: <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>, <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>.</p>	<p>depressione, ancor più rilevante per le persone ad alto rischio di ricaduta.</p>	<p>generalizzati.</p>
<p>Zaretsky A., Lancee W., Miller C., Harris A., Parikh S.</p> <p>Toronto, Canada 2008</p>	<p>Is Cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in Bipolar Disorder</p>	<p>Studio caso-controllo</p>	<p>79 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare con un stabile trattamento farmacologico, in remissione parziale o completa da un episodio depressivo.</p>	<p>Confronto tra i benefici delle sedute di psicodiduzione e quelle di CBT associata alla psicoeducazione, nella gestione del Disturbo Bipolare.</p> <p>Strumenti: <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>, <i>Dysfunctional Attitude Scale (DAS)</i>, <i>Structured Clinical Interview for DSM (SCID)</i>.</p>	<p>Al termine dello studio il gruppo che ha seguito le sedute di CBT associate a quelle di psicoeducazione mostra un miglioramento dell'automonitoraggio dei sintomi, miglioramento del sonno e riposo, riduzione dei sintomi depressivi, riduzione di giorni con stato depressivo al mese, miglioramento dei punteggi della <i>Dysfunctional Attitude Scale</i> (progettata per misurare l'intensità degli atteggiamenti disfunzionali, una caratteristica distintiva della depressione), minor dosaggio dei farmaci anti-depressivi, miglior funzionamento psicosociale.</p>	<p>Difficoltà nel comparare la CBT e la psicoeducazione per le loro diverse caratteristiche; difficoltà nel mostrare ulteriori benefici in quanto la copertura farmacologica dei pazienti era ottimale e la loro aderenza terapeutica molto buona.</p>

8.2 Esempio di sessioni di CBT¹

Prima sessione:

- Discussione delle aspettative dei partecipanti riguardo i temi trattati e gli effetti desiderati al termine della terapia.
- Discussione riguardo il disturbo bipolare: verificare le conoscenze dei pazienti rispetto al loro disturbo, eventualmente colmare lacune riguardo l'eziologia, i segni e sintomi, il decorso e il trattamento di tale disturbo da parte dell'operatore. Approfondire insieme all'utente le conoscenze riguardo il proprio stato di salute.

Seconda sessione:

- Introduzione del concetto di aderenza al trattamento terapeutico. Spiegare al pz cosa si intende per aderenza terapeutica, come si può raggiungerla o comunque migliorare la compliance. Gli aspetti positivi di una buona aderenza e quelli invece negativi di una non aderenza al trattamento. Ascoltare il vissuto del pazienti e le sue opinioni in merito.

Terza sessione:

- Discussione riguardo alle difficoltà che possono impedire il raggiungimento di un'aderenza terapeutica ottimale. Discuterne prima in generale e poi ascoltare quelle personali che ha riscontrato il paziente. Vengono esposti gli aspetti positivi nell'avere una buona aderenza terapeutica e quelli negativi se non la si raggiunge.

Quarta sessione:

- Riprendere la discussione riguardo le personali difficoltà che il paziente ha riscontrato nel raggiungere l'aderenza terapeutica. In questa sessione il terapeuta propone degli interventi specifici per affrontare tali problemi al fine di migliorare l'aderenza al trattamento.

Quinta sessione:

- Discussione riguardo i cambiamenti del comportamento durante le fasi depressive che percepisce il paziente, come ad esempio maggior difficoltà ad addormentarsi, perdita di appetito, sensazione di spossatezza e perdita di energia, difficoltà a svolgere le attività quotidiane, perdita di interesse verso i proprio hobbies, perdita di iniziativa.

Sesta sessione:

- Discussione riguardo i cambiamenti a livello cognitivo durante le fasi depressive, ovvero pensieri di rovina, auto-svalutazione, rimuginazione, distorsione dei ricordi (si tende a ricordare solamente eventi negativi e tristi), pensieri disfunzionali riguardo al futuro.

¹ Riassunto dallo studio: Patelis-Siotis, I., Young, L. T., Robb, J. C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C., & Joffe, R. T. (2001). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 145–153.

Settima sessione:

- Messa in atto di interventi cognitivi. Con l'operatore si esaminano i pensieri negativi, vengono discussi gli atteggiamenti messi in atto dal paziente, ad esempio di difesa, di vergogna, o di paura che possono comportare una resistenza al trattamento. Si discute riguardo alle credenze inesatte che il paziente può presentare (es: credere di essere inutile, di non valere niente, di non essere amato da nessuno) che possono acutizzare i sintomi, prolungare la fase depressiva e peggiorare il decorso della patologia. Gli interventi cognitivi consistono nell'individuazione e nella valutazione di tutti questi modelli di pensiero disfunzionali al fine di modificarli in pensieri più razionali e adattativi grazie alla ristrutturazione cognitiva.

Ottava sessione:

- Discussione riguardo i cambiamenti comportamentali durante le fasi di mania. Come interventi il curante sottopone al paziente un questionario (Young Mania Rating Scale) per monitorare il livello e la tipologia di attività svolta dall'utente durante la fase maniacale chiedendo anche dei feed-back ai famigliari.

Nona sessione:

- Discussione riguardo i cambiamenti cognitivi durante una fase maniacale. Si discute riguardo alle immagini e ai pensieri che si presentano in questa fase, es: pensieri di potere, superiorità, aspettativa di un futuro pieno di successo e gloria. Riconoscere insieme al paziente quali pensieri possono essere funzionali e positivi e quali invece a lungo termine si rivelano disfunzionali.

Decima sessione:

- Revisione e riassunto delle precedenti sessioni, riprendere col paziente argomenti che vorrebbe approfondire. Chiedere al paziente dei feed-back riguardo alle strategie apprese al fine di avere la certezza che esse siano state acquisite e messe in atto. Discutere di eventuali risultati positivi o negativi che si sono verificati.

8.3 Programma Mindfulness per 8 settimane²

Prima e seconda settimana:

- esplorazione del corpo, 6 giorni su 7 per 45 minuti al giorno;
- meditazione seduta con consapevolezza del respiro, 7 giorni su 7 per 10 minuti al giorno.

La terza e la quarta:

- a giorni alterni, esplorazione del corpo e yoga (se si desidera, altrimenti tutti i giorni esplorazione del corpo), 6 giorni su 7 per 45 minuti al giorno;

² Programma tratto e riassunto da: Montano A. (2007) Mindfulness – guida alla meditazione di consapevolezza

- meditazione seduta con consapevolezza del respiro, 7 giorni su 7 per 15-20 minuti al giorno.

La quinta e la sesta:

- a giorni alterni, meditazione seduta per 30-45 minuti a giorno e yoga (vale la stessa regola ribadita in precedenza);
- meditazione del camminare qualche minuto (5-10) al giorno.

La settima settimana:

- meditare per 45 minuti al giorno scegliendo in autonomia quali tecniche utilizzare, anche combinandole tra loro se si desidera.

L'ottava e ultima settimana:

- si continua sulla strada dell'autonomia della settimana precedente;
- includendo almeno 2 giorni su 7 l'esplorazione del corpo.

Superate le otto settimane praticare la meditazione a domicilio quotidianamente, seguendo alcuni consigli:

- fare un po' di meditazione seduta ogni giorno, se la si ritiene la pratica principale attuarla per almeno 30 minuti, se possibile anche 45;
- procedere nello stesso modo se invece la pratica principale è l'esplorazione del corpo, tenendo conto di fare anche un po' di meditazione seduta;
- se la pratica principale è lo yoga praticarlo almeno 4 volte alla settimana per minimo 30 minuti.

8.4 Scale di valutazione

Riporto di seguito le scale di valutazione maggiormente utilizzate negli studi selezionati per aiutare la comprensione del lettore. Sono riportate due scale riguardanti la MBCT e tre scale per valutare l'intensità della sintomatologia depressiva.

Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)³

Questa scala è presente negli studi di Stange et al. (2011) e Deckersbach et al (2012). Si tratta di una scala di valutazione per il paziente che permette di autovalutare le competenze principali acquisite con la MBCT. È uno strumento composto da 39 *items* che misura cinque aree di consapevolezza:

³ Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., ... Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18(2), 133–141. <http://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00236.x>. Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., ... Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Effects on Cognitive Functioning. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 410–419. <http://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.03>

- Osservare (notare la partecipazione di stimoli interni ed esterni, come le sensazioni fisiche, le emozioni, i pensieri, i luoghi, gli odori ed i suoni).
- Descrivere (pensare mentalmente agli stimoli con le parole).
- Agire con consapevolezza (assistere alle proprie azioni nel momento in cui avvengono, al contrario di un comportamento automatico o distratto).
- Non-giudizio dell'esperienza interiore (evitare di valutare le proprie sensazioni, emozioni e cognizioni).
- Non-reattività all'esperienza interiore (permettere ai pensieri di andare e venire).

Ogni domanda viene valutata su una scala da 1 a 5 punti: 1 (mai o molto raramente) a 5 (molto spesso o sempre). I punteggi più alti sulla FFMQ indicano una maggiore consapevolezza. Valore minimo 39 punti, massimo 195.

Nello studio di Deckersbach et al. (2012) prima del trattamento i pazienti mostravano i seguenti valori (punteggio totale 145/190):

- Capacità di consapevolezza: 25
- Benessere psicologico:
 - relazioni positive: 65
 - autonomia: 55

Nel post-trattamento si trovano valori (punteggio totale 160/195):

- Capacità di consapevolezza: 30
- Benessere psicologico:
 - relazioni positive aumentate: 70
 - autonomia 60

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)⁴

Essa è riportata negli studi di Mirabel-Sarron et al. (2009) e da Weber et al. (2010). La KIMS è una scala di valutazione che permette di esplorare la relazione che esiste tra i processi attentivi e la consapevolezza corporea. Nel questionario sono presenti 39 domande alle quali il paziente può rispondere: mai (vale 1 punto), raramente (2 punti), a volte (3 punti), spesso (4 punti) o sempre (5 punti). *Capacità di osservazione* fa parte delle domande numero: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 30, 33, 37, 39, il punteggio massimo è di 58, per *Descrizione* il punteggio massimo che si può raggiungere è di 38, si ritrova questo item nelle domande: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 34. *Agire con consapevolezza* presente nei punti: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 38 per un massimo 35 punti, e *Accettare senza giudizio* nelle domande: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, con massimo 39 punti. Tale scala riporta la percezione corporea ed emotiva dei pazienti. I punteggi rilevati nello studio di Weber et al. (2010) sono:

	Prima del trattamento	dopo 1 mese	dopo 3 mesi
Capacità di osservazione	39 (max 58)	42	39
Descrizione	28 (max 38)	26	29

⁴ Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.

Agire con consapevolezza	25 (max 35)	26	28
Accettare senza giudizio	26 (max 39)	28	27

Beck Depression Inventory⁵

Il Beck Depression Inventory-II è lo strumento di misura della presenza e della severità della depressione più utilizzato al mondo, sia nella popolazione normale che nei pazienti psichiatrici tanto da essere inserito nella classifica dei «top 10» dei test psicologici più frequentemente usati. Esso rappresenta un aggiornamento dell'inventario originale, il Beck Depression Inventory stilato da Beck, nel 1961, e della sua parziale revisione nel 1979 con il BDI-IA (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996). Questa scala di valutazione è stata quella maggiormente utilizzata negli studi selezionati, infatti è stata utilizzata da: Bondolfi et al. (2010), Costa et al. (2011), Costa et al. (2012), González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014), Kingston et al. (2007), Kuyken et al (2008), Miklowitz et al. (2009), Mirabel-Sarron et al. (2009), Teasdale et al. (2000), Weber et al. (2010), Williams et al. (2014).

Costa et al. (2011) riportano i seguenti risultati:

Gruppo TAU	Gruppo CBT
Inizio trattamento: 11.67	Inizio trattamento: 19.52
Al termine dopo 14 settimane: 13.92	Al termine dopo 14 settimane: 7.24

González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014) riportano i seguenti risultati ottenuti dai pazienti del gruppo CBT:

a inizio trattamento: 11.05

al termine: 8.60

a 6 mesi di follow-up: 6.80

a 12 mesi: 3.80

Nello studio di Kingston et al. (2007) si notano le seguenti modifiche nei punteggi dei due gruppi nel corso del trattamento:

Gruppo TAU	Gruppo MBCT
Inizio trattamento: 29.18	Inizio trattamento: 30.33

⁵ Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation

Fine trattamento: 22.08

Fine trattamento: 12.33

Nello studio di Miklowitz et al. (2009) si nota una riduzione dei punteggi del BDI grazie al trattamento con la MBCT:

- inizio trattamento: 15.62
- fine trattamento: 10.64

Qui di seguito è riportata la scala di valutazione completa per meglio comprendere gli Items ed i punteggi ad essi associati. Negli studi sono riportati punteggi con i numeri decimali in quanto si tratta di un risultato statistico.

<p>1. Tristezza</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non mi sento triste.1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo2. Mi sento sempre triste3. Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare. <p>2. Pessimismo</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.1. Mi sento più scoraggiato riguardo al mio futuro rispetto al solito.2. Non mi aspetto nulla di buono per me.3. Sento che il mio futuro è senza speranza e che continuerà a peggiorare. <p>3. Fallimento</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non mi sento un fallito.1. Ho fallito più di quanto avrei dovuto.2. Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti.3. Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona. <p>4. Perdita di piacere</p> <ul style="list-style-type: none">0. Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio.1. Non traggo più piacere dalle cose come un tempo.2. Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano.3. Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano. <p>5. Senso di colpa</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non mi sento particolarmente in colpa. 1. Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare.1. Mi sento molto spesso in colpa.2. Mi sento sempre in colpa.	<p>6. Sentimenti di punizione</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non mi sento come se stessi subendo una punizione.1. Sento che potrei essere punito.2. Mi aspetto di essere punito.3. Mi sento come se stessi subendo una punizione. <p>7. Autostima</p> <ul style="list-style-type: none">0. Considero me stesso come ho sempre fatto1. Credo meno in me stesso2. Sono deluso di me stesso.3. Mi detesto. <p>8. Autocritica</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non mi critico né mi biasimo più del solito.1. Mi critico più spesso del solito.2. Mi critico per tutte le mie colpe.3. Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade. <p>9. Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non ho alcun pensiero suicida1. Ho pensieri suicidi ma non li realizzerei2. Sento che starei meglio se morissi.3. Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi <p>10. Pianto</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non piango più del solito.1. Piango più del solito.2. Piango per ogni minima cosa.3. Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco. <p>11. Agitazione</p> <ul style="list-style-type: none">0. Non mi sento più agitato o teso del solito.1. Mi sento più agitato o teso del solito.2. Sono così nervoso o agitato al punto che mi è difficile rimanere fermo.3. Sono così nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa.
---	---

12. Perdita di interessi

0. Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività.
1. Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima.
2. Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose.
3. Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.

13. Indecisione

0. Prendo decisioni come sempre.
1. Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni.
2. Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito.
3. Non riesco a prendere nessuna decisione.

14. Senso di inutilità

0. Non mi sento inutile.
1. Non mi sento valido e utile come un tempo.
2. Mi sento più inutile delle altre persone.
3. Mi sento completamente inutile. su qualsiasi cosa.

15. Perdita di energia

0. Ho la stessa energia di sempre.
1. Ho meno energia del solito.
2. Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose.
3. Ho così poca energia che non riesco a fare nulla.

16. Sonno

0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire.
1. 1a. Dormo un po' più del solito.
2. 1b. Dormo un po' meno del solito.
3. 2a. Dormo molto più del solito.
4. 2b. Dormo molto meno del solito.
5. 3a. Dormo quasi tutto il giorno.
6. 3b. Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a Riaddormentarmi.

17. Irritabilità

0. Non sono più irritabile del solito.
1. Sono più irritabile del solito.
2. Sono molto più irritabile del solito.
3. Sono sempre irritabile.

18. Appetito

0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito.
1. 1a. Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito.
- 1b. Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito
2. 2a. Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito
- 2b. Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito.
3. 3a. Non ho per niente appetito.
- 3b. Mangerei in qualsiasi momento

19. Concentrazione

0. Riesco a concentrarmi come sempre.
1. Non riesco a concentrarmi come al solito.
2. Trovo difficile concentrarmi per molto tempo
3. Non riesco a concentrarmi su nulla.

20. Fatica

0. Non sono più stanco o affaticato del solito.
1. Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito.
2. Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima.
3. Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima.

21. Sesso

0. Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso.
1. Sono meno interessato al sesso rispetto a prima.
2. Ora sono molto meno interessante al sesso.
3. Ho completamente perso l'interesse verso il sesso.

Scoring: sommare i punteggi ottenuti ai 21 item (ogni item ha un punteggio da 0 a 3) - le risposte a e b ottengono lo stesso punteggio (ad esempio 1a e 1b valgono sempre 1). Punteggi 0-13 indicano un'assenza di contenuti depressivi; punteggi compresi tra 14-19: una depressione lieve punteggi 27-29 una depressione di grado moderato; punteggi 30- 63: una depressione di grado severo.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)⁶

Tale scala fornisce un modo semplice per valutare quantitativamente la gravità, delle condizioni del paziente e per documentare le modificazioni di tali condizioni. Per la valutazione si deve tener conto di tutte le informazioni disponibili che possano aiutare il clinico a condurre l'intervista ed a formulare la valutazione finale, per la definizione della quale, è necessario tenere in adeguata considerazione tanto l'entità del sintomo quanto la frequenza con cui si è manifestato. Essa è composta da 21 item; i punteggi variano da 0 a 2 o 4 punti a seconda delle domande. Gli score finali sono: ≥ 25 depressione grave, 18-24 depressione moderata, 8-17 depressione lieve, ≤ 7 assenza di depressione.

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HAM-D)

(To be administered by a health care professional)

Patient Name _____ Today's Date _____

The HAM-D is designed to rate the severity of depression in patients. Although it contains 21 areas, calculate the patient's score on the first 17 answers.

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 1. DEPRESSED MOOD
(Gloomy attitude, pessimism about the future, feeling of sadness, tendency to weep)
0 = Absent
1 = Sadness, etc.
2 = Occasional weeping
3 = Frequent weeping
4 = Extreme symptoms</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 6. INSOMNIA - Delayed
(Waking in early hours of the morning and unable to fall asleep again)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 2. FEELINGS OF GUILT
0 = Absent
1 = Self-reproach, feels he/she has let people down
2 = Ideas of guilt
3 = Present illness is a punishment; delusions of guilt
4 = Hallucinations of guilt</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 7. WORK AND INTERESTS
0 = No difficulty
1 = Feelings of incapacity, listlessness, indecision and vacillation
2 = Loss of interest in hobbies, decreased social activities
3 = Productivity decreased
4 = Unable to work. Stopped working because of present illness only. (Absence from work after treatment or recovery may rate a lower score).</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 3. SUICIDE
0 = Absent
1 = Feels life is not worth living
2 = Wishes he/she were dead
3 = Suicidal ideas or gestures
4 = Attempts at suicide</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 8. RETARDATION
(Slowness of thought, speech, and activity; apathy; stupor.)
0 = Absent
1 = Slight retardation at interview
2 = Obvious retardation at interview
3 = Interview difficult
4 = Complete stupor</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 4. INSOMNIA - Initial
(Difficulty in falling asleep)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 9. AGITATION
(Restlessness associated with anxiety.)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 5. INSOMNIA - Middle
(Complains of being restless and disturbed during the night. Waking during the night.)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 10. ANXIETY - PSYCHIC
0 = No difficulty
1 = Tension and irritability
2 = Worrying about minor matters
3 = Apprehensive attitude
4 = Fears</p> <hr/> |

⁶ Cicchetti D, Prusoff B (1983). Reliability of depression and associated clinical symptoms. Arch Gen Psychiatry, 40:987, 1983.

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HAM-D)

(To be administered by a health care professional)

- 11. ANXIETY - SOMATIC**
Gastrointestinal, indigestion
Cardiovascular, palpitation, Headaches
Respiratory, Genito-urinary, etc.
0 = Absent
1 = Mild
2 = Moderate
3 = Severe
4 = Incapacitating

- 12. SOMATIC SYMPTOMS - GASTROINTESTINAL**
(Loss of appetite, heavy feeling in abdomen; constipation)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe

- 13. SOMATIC SYMPTOMS - GENERAL**
(Heaviness in limbs, back or head; diffuse backache; loss of energy and fatigability)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe

- 14. GENITAL SYMPTOMS**
(Loss of libido, menstrual disturbances)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe

- 15. HYPOCHONDRIASIS**
0 = Not present
1 = Self-absorption (bodily)
2 = Preoccupation with health
3 = Querulous attitude
4 = Hypochondriacal delusions

- 16. WEIGHT LOSS**
0 = No weight loss
1 = Slight
2 = Obvious or severe

- 17. INSIGHT**
(Insight must be interpreted in terms of patient's understanding and background.)
0 = No loss
1 = Partial or doubtful loss
2 = Loss of insight

TOTAL ITEMS 1 TO 17: _____
0 - 7 = Normal
8 - 13 = Mild Depression
14-18 = Moderate Depression
19 - 22 = Severe Depression
≥ 23 = Very Severe Depression

- 18. DIURNAL VARIATION**
(Symptoms worse in morning or evening. Note which it is.)
0 = No variation
1 = Mild variation; AM () PM ()
2 = Severe variation; AM () PM ()

- 19. DEPERSONALIZATION AND DEREALIZATION**
(feelings of unreality, nihilistic ideas)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Moderate
3 = Severe
4 = Incapacitating

- 20. PARANOID SYMPTOMS**
(Not with a depressive quality)
0 = None
1 = Suspicious
2 = Ideas of reference
3 = Delusions of reference and persecution
4 = Hallucinations, persecutory

- 21. OBSESSIVE SYMPTOMS**
(Obsessive thoughts and compulsions against which the patient struggles)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe

Questa scala di valutazione è stata utilizzata in diversi studi quali: Deckersbach et al. (2012), Docteur et al. (2013), Kuyken et al. (2008), Miklowitz et al. (2009), Patelis-Siotis et al. (2001), Stange et al. (2011), Teasdale et al. (2000), Zaretsky et al. (2008).

Nello studio di Miklowitz et al. (2009) come risultati del trattamento, la scala di valutazione mostra una notevole riduzione dei punteggi:

- inizio trattamento: 5.45
- fine trattamento: 3.69

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)⁷

Si tratta di una scala psichiatrica utilizzata per la valutazione della depressione. La MADRS, per espressa dichiarazione degli autori, valuta principalmente i fattori di cambiamento nel corso della malattia. La scala è composta dai 10 elementi (individuati fra i 17 elementi della Comprehensive Psychopathological Rating Scale, una scala di valutazione della psicopatologia generale) che sono strettamente legati al cambiamento globale dei sintomi (elementi che si ritrovano nelle due scale precedenti). Ciascun elemento è valutato con punteggi da 0 a 6 (0 = assenza del sintomo; 6 = massima gravità)

Questa scala è stata usata da: Bondolfi et al. (2010), Perich et al. (2013a) e da Weber et al. (2010).

Perich et al. (2013a) riportano i seguenti valori della MADRS:

Persone che meditano più di 3 volte a settimana	Persone che meditano meno di 3 volte a settimana
Inizio trattamento: 12.67	Inizio trattamento: 10.07
Termine trattamento: 7.78	Termine trattamento: 9.43
Follow-up 12 mesi: 2.20	Follow-up 12 mesi: 12.00

⁷ Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS)
<https://www.simg.it/documenti/progetti/psiche/Scheda%20MADRS.pdf>