

Intervento psicoeducazionale in pazienti ricoverati per episodio depressivo maggiore: studio pilota

Psychoeducational group intervention in depressed hospitalized patients: a pilot study

F. BONGIORNO
L. FRANCHINI
C. SPAGNOLO
M. FLORITA
A. SANTORO
B. BARBINI
C. COLOMBO
E. SMERALDI

Ospedale «S. Raffaele-Turro»,
Dipartimento di Scienze
Neuropsichiche, Università Vita
e Salute, Milano

Key words

Depressive episode • Psychoeducational intervention • Group therapy • Hospitalization

Correspondence: Dr. Linda Franchini, Istituto Scientifico, Ospedale «San Raffaele», Dipartimento di Scienze Neuropsichiche, Università Vita e Salute, via Stamira d'Ancona 20, 20127 Milano, Italy
Tel. + 39 02 26433478
Fax + 39 02 26433265
E-mail: franchini.linda@hsr.it

Summary

Objective

During a depressive episode, a combined therapeutic intervention characterised by a pharmacological treatment associated to a psychoeducational intervention should be useful to help patients to improve the management of depressive symptoms and to strengthen the therapeutic compliance. In literature, there are some data about individual psychotherapy in depressed patients, while there are few data about the application of group psychotherapy. First of all, an assessment should be made to determine if the patient accepts the group intervention during hospitalization for depressive episode. The aim of the present study is to evaluate the acceptability for depressed inpatients to participate to a psychoeducational group.

Method

105 patients were recruited to participate in a psychoeducational group intervention (Tabb. I, II). They were assessed through a simple self-report questionnaire made-up of seven items. These items were apt to monitor satisfaction.

Results

The 71% of subjects agreed "much" to participate to the psychoeducational group intervention (Fig 1). Although, at the first of psychoeducational intervention, the 34,2% of subjects don't have great expectation about it (Fig 5). To the end of psychoeducational intervention the 50% of the subjects reported an improvement about their knowledge on depressive disorder (Fig 2); the 27,7% reported an improvement about their knowledge on psychopharmacological therapies (Fig 3).

Conclusion

According to the patients' opinion, psychoeducational group intervention contributed to their knowledge about depressive illness (Fig. 2) and compliance (Fig. 3) to its treatment, even though the degree of satisfaction differed from patient to patient (Fig. 4-6).

Introduzione

Numerosi studi di letteratura¹ suggeriscono che la combinazione di un intervento psicoeducazionale di gruppo al trattamento psicofarmacologico a lungo termine nei pazienti affetti da Disturbo Bipolare è efficace nella prevenzione delle ricorrenze mediante la formazione del paziente nella conoscenza della natura e dell'andamento della malattia, nell'apprendimento di come gestirne i sintomi precoci e residui, rinforzando l'efficacia dell'alleanza terapeutica e farmacologica stabilita durante i colloqui individuali con il medico curante.

Alcuni Autori² suggeriscono un intervento psicoeducazionale anche durante il trattamento dell'epi-

sodio depressivo in fase acuta avendo come obiettivo la gestione delle distorsioni cognitive che rappresentano il fulcro sintomatologico dell'episodio depressivo stesso³. Infatti, se durante un trattamento antidepressivo efficace è possibile valutare oggettivamente la riduzione della sintomatologia, spesso si osserva la persistenza della distorsione nella processazione ed elaborazione delle informazioni e degli stimoli connotati positivamente e negativamente, come è stato rilevato attraverso scale autosomministrate⁴.

Ai pazienti ricoverati per episodio depressivo è utile proporre, oltre all'intervento psicofarmacologico e ai colloqui individuali con il curante, un programma terapeutico in una dimensione di gruppo affinché pos-

sano beneficiare di un differente tipo di trattamento, basato sulla discussione, condivisione e comprensione della patologia di cui sono affetti. All'interno del gruppo, infatti, si instaura un clima di condivisione cognitiva (interessarsi e discutere di un argomento di reciproco interesse), empatica (percepire la situazione mentale dell'altro) ed emotiva diretta (condividere lo stesso tono emotivo di base).

Molti pazienti intraprendono la terapia di gruppo con la convinzione di essere senza uguali nella loro sofferenza. Per molti pazienti affetti da sindrome depressiva, il senso di unicità è intensificato dal loro isolamento sociale; a causa delle difficoltà interpersonali, tipiche della fase depressiva, spesso nella loro quotidianità non incontrano né cercano occasioni di conoscenza di esperienze e vissuti degli altri, analoghi o simili ai propri. Nel gruppo psicoeducazionale avviene sin dall'inizio la smentita del senso di unicità. La condivisione di preoccupazioni simili alle proprie comporta nella maggior parte dei casi un grande sollievo per i pazienti.

Attraverso il coinvolgimento in un processo terapeutico costruttivo e di sostegno, il paziente ascolta e impara che gli altri soffrono della stessa sofferenza, modifica la tendenza all'isolamento, migliora la comunicazione con gli altri, apprende la capacità di utilizzare le risorse disponibili nel reparto, acquisisce la consapevolezza di essere aiutato dal personale sanitario e dagli altri pazienti e di essere d'aiuto agli altri; tale esperienza nel globale programma terapeutico del paziente ricoverato è la premessa di un recupero della propria stima e della fiducia.

Nei pazienti ricoverati per episodio depressivo, la necessità di un trattamento rapido ed efficace spesso induce il medico ad utilizzare esclusivamente una terapia farmacologica, dimenticando che l'intervento psicoeducazionale può accelerare la risposta alla terapia farmacologica dei disturbi dell'umore⁵ anche alla luce del fatto che studi clinici evidenziano che un marcato disfunzionamento cognitivo è indice di un episodio depressivo di maggiore durata⁶. È comune osservazione che durante la degenza in ospedale, anche in un reparto dedicato alla patologia, i pazienti trascorrono del tempo insieme discutendo della loro malattia e dei dubbi ad essa associati ma che l'assenza di una figura di riferimento comporti il rischio di incrementare i dubbi e le preoccupazioni anziché diminuirli^{7,8}.

Scopo del presente studio è stato quello di valutare l'accettazione di un intervento psicoeducazionale di gruppo proposto a pazienti afferenti al Centro dei Disturbi dell'Umore, presso il Dipartimento di Scienze Neuropsichiche dell'Ospedale «S. Raffaele-Turro» di Milano, a cui è stata posta diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore e data l'indicazione al trattamento in regime di ricovero.

Metodo

CAMPIONE

Il Dipartimento comprende una unità di degenza composta da infermieri professionali, medici psichiatri e psicologi deputata specificamente al trattamento dei Disturbi dell'Umore: ospita 48 posti letto cui i pazienti possono accedere previa visita specialistica o accesso ai servizi territoriali d'urgenza e il trattamento psicofarmacologico specifico si svolge secondo i protocolli farmacologici vigenti in reparto e il ricovero dura da un minimo di 3 a 6 settimane.

Da marzo a maggio 2003 abbiamo reclutato soggetti fra i pazienti ricoverati per Episodio Depressivo Maggiore diagnosticato secondo i criteri DSM-IV⁹. Sono stati considerati criteri di esclusione la codiagnosi in asse I secondo DSM-IV, il ritardo mentale, la concomitante patologia organica cerebrale.

Una volta raggiunta la remissione parziale dei sintomi in accordo al giudizio clinico e alla riduzione del punteggio della HDRS al 30% rispetto al punteggio basale (richiesto punteggio all'item 3 = 0), i pazienti venivano invitati a partecipare al gruppo psicoeducazionale di reparto: è stato così realizzato un trattamento di gruppo per pazienti depressi in modo omogeneo ed efficace, che non risentisse della concentrazione su di sé, del rifiuto dei suggerimenti degli altri e di un mancato adattamento alla situazione che contraddistingue il paziente depresso grave. Dopo aver firmato il consenso informato, i pazienti partecipavano a un programma psicoeducazionale consistente in sedute settimanali, fino alla dimissione.

INTERVENTO PSICOEDUCAZIONALE DI GRUPPO

L'intervento di gruppo ha un carattere informativo-educativo, il cui fine è quello di rendere il paziente consapevole della patologia di cui è affetto per promuoverne l'accettazione attraverso il confronto e la discussione; sviluppare le attitudini sociali per affrontare stress e difficoltà interpersonali; facilitare la produzione di pensieri positivi, in un clima rilassato e di supporto.

La seduta di gruppo viene tenuta da uno psicologo esperto sui disturbi dell'umore e sulla conduzione di un gruppo psicoeducazionale, assistito da uno psichiatra che integra la competenza clinica dal punto di vista farmacologico e da un membro del personale infermieristico che cura l'incoraggiamento dei pazienti alla partecipazione, una volta alla settimana per la durata di un'ora, in un'appropriata sala all'interno del reparto; in media vi partecipano 10-12 pazienti e il numero di sedute frequentate che abbiamo considerato minimo prima della dimissione è pari a tre.

Gli argomenti trattati riguardano i sintomi di fase acuta, sia depressiva che maniacale, la prevenzione

Tab. I. Argomenti discussi durante le sedute di gruppo psicoeducazionale. *Issues tackled during psychoeducational group sessions.*

Sintomi della depressione
 Cos'è il Disturbo dell'Umore di tipo Unipolare e di tipo Bipolare
 Terapia di fase acuta nella depressione
 Terapia di mantenimento nella depressione
 Associazione del trattamento non psicofarmacologico nel Disturbo dell'Umore
 Rischio associato con la sospensione della terapia
 Cause e fattori stressanti concorrenti nell'esordio dell'episodio depressivo
 Precoce individuazione dei sintomi e cosa fare quando si identifica una ricorrenza
 Gestione dei ritmi biologici

Tab. II. Caratteristiche cliniche e demografiche del campione. *Clinical and demographic characteristics of the sample.*

	Non partecipanti N = 29 media ± DS	Partecipanti N = 76 media ± DS
Sesso (m/f)	7/22	25/51
Diagnosi (unipolare/bipolare)	15/14	44/32
Età	54,8 ± 15,9	52,7 ± 13
Onset	35,8 ± 16,2	38,5 ± 15,2
Durata episodio indice (in settimane)	23,7 ± 26,8	21,1 ± 23,8
N. totale di episodi	9,8 ± 11,5	6,9 ± 6,8
N. di episodi depressivi	7,3 ± 7,9	5,6 ± 5,8
N. di episodi maniacali	2,5 ± 4,8	1,4 ± 2,3
Punteggio HDRS all'inizio del gruppo	14,3 ± 7	13,7 ± 6
Punteggio al QC		16,38 ± 2,88

di ricorrenze di malattia attraverso il precoce riconoscimento dei sintomi; i possibili fattori scatenanti e l'eziologia del disturbo; le caratteristiche di ciclicità e periodicità della malattia; i trattamenti psicofarmacologici della fase acuta e le terapie di mantenimento, inclusi i tempi di risposta e i possibili effetti collaterali; le modalità di guarigione (Tab. I).

La struttura di ciascuna sessione teneva conto dei principi teorici alla base e dei fattori terapeutici della terapia di gruppo adeguandosi alla situazione clinica che si presentava di volta in volta: consisteva in 20 minuti di spiegazione sull'argomento del giorno seguito da 30 minuti interattivi, di discussione insieme, di verifica della comprensione da parte del gruppo mediante verbalizzazione e facoltativa schematizzazione in lucidi.

Gli obiettivi che ci si pone all'interno del programma terapeutico incentrato sulla depressione sono la consapevolezza di malattia, la gestione dei sintomi residui per migliorare la qualità di vita e il benessere psicofisico, la compliance al trattamento, la precoce individuazione dei sintomi prodromici e delle ricorrenze, la regolarità del ritmo sonno-veglia.

Al momento della dimissione abbiamo somministrato un questionario per valutare l'impatto del gruppo

sul soggetto partecipante in termini di indice di gradimento.

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Al termine del ricovero l'accettazione del gruppo psicoeducazionale veniva valutata attraverso un questionario autosomministrato e composto da 7 voci, di cui 5 prevedevano risposte graduate (1 = per nulla; 2 = poco; 3 = moderatamente; 4 = molto) e 2 erano domande aperte. La consegna del questionario risultava anonima. In particolare le domande erano:

- Ha accolto con piacere l'indicazione del suo medico curante circa la partecipazione al gruppo psicoeducazionale?
- La partecipazione al gruppo psicoeducazionale quanto ha contribuito alla sua conoscenza dei Disturbi dell'Umore?
- La partecipazione al gruppo psicoeducazionale quanto ha contribuito alla sua conoscenza circa le terapie a sua disposizione per i Disturbi dell'Umore?
- La partecipazione al gruppo psicoeducazionale quanto ha contribuito alla sua gestione dei sintomi clinici nel corso della terapia farmacologica?
- Le sue aspettative partecipando al gruppo psicoe-

ducazionale sono state soddisfatte?

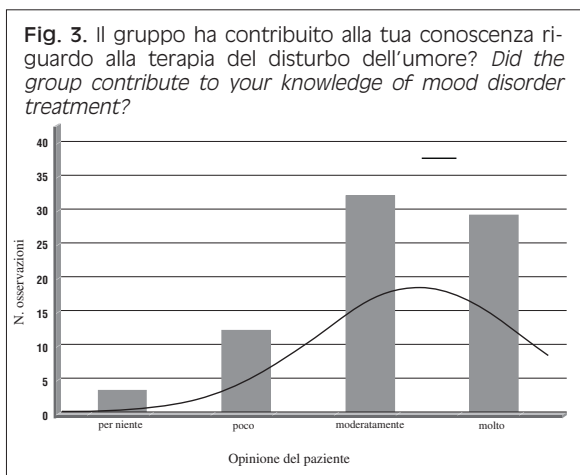
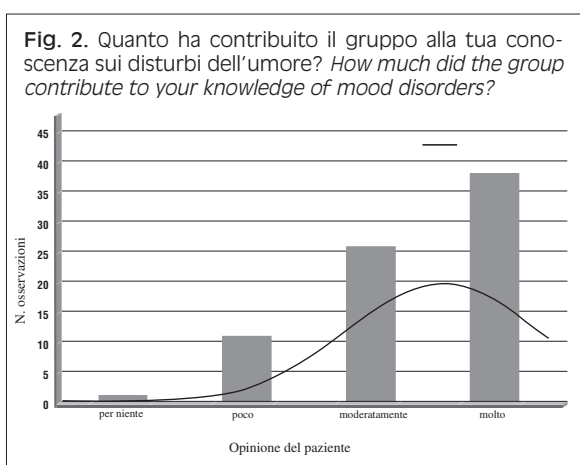
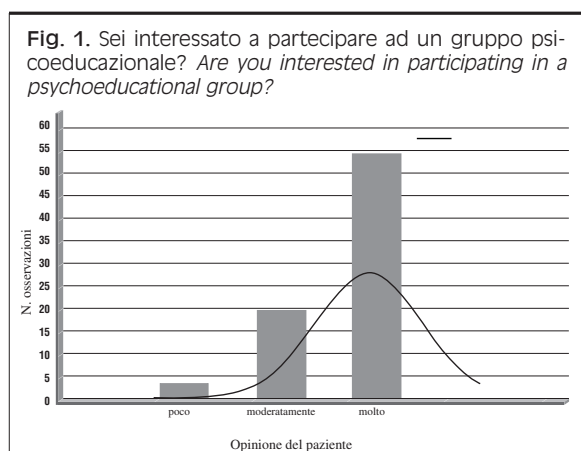
- Quali erano le sue aspettative partecipando al gruppo psicoeducazionale?
- Quali suggerimenti darebbe per migliorare le informazioni trasmesse durante il gruppo psicoeducazionale?

Risultati

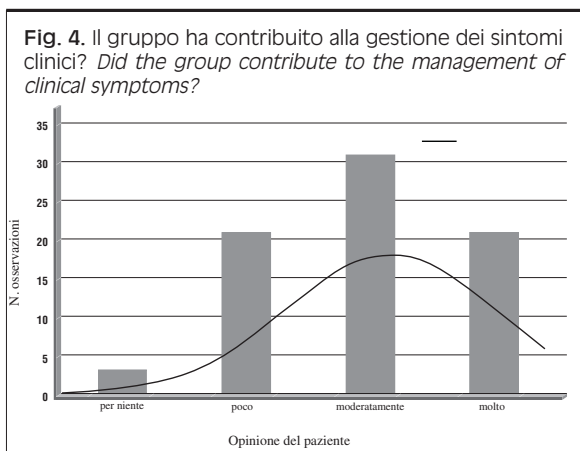
Nell'arco del periodo in esame, 105 pazienti hanno sottoscritto il consenso informato per partecipare al gruppo psicoeducazionale in reparto. 29 (27,9%) pazienti non hanno consentito la raccolta delle informazioni circa l'accettazione dell'intervento psicoeducazionale di gruppo o per mancata compilazione del questionario (N = 17 58,6%) o per mancata adesione alle sedute di gruppo secondo il programma stabilito (N = 12 41,4%).

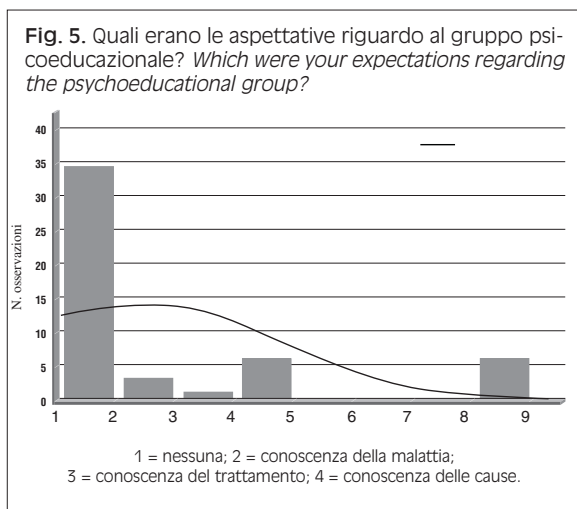
Confrontando le caratteristiche cliniche e demografiche dei soggetti che hanno accettato (N = 76) e quelli che non hanno accettato (N = 29) la partecipazione al gruppo, non si evidenziano differenze statisticamente significative (Tab. II).

Sulla base delle risposte fornite dai pazienti al questionario di gradimento, 71% dei partecipanti ha gradito «molto» la partecipazione al gruppo psicoeducazionale (Fig. 1), sebbene inizialmente il 34,2% non avesse particolari aspettative rispetto ad essa (Fig. 5). Al termine dell'intervento psicoeducazionale complessivamente le aspettative dei partecipanti sono state «molto» e «moderatamente» soddisfatte (Fig. 6); più specificamente il 50% ha riferito di aver migliorato le proprie conoscenze circa i Disturbi dell'Umore (Fig. 2); il 27,7% ha riferito di aver migliorato le proprie conoscenze sulla gestione dei sintomi depressivi (Fig. 4); il 38,1% ha riferito di aver migliorato le proprie conoscenze circa le terapie psicofarmacologiche (Fig. 3).



Per quanto riguarda i suggerimenti generali per adattare il gruppo psicoeducazionale alla situazione clinica di reparto, come richiesto alla domanda n. 7, il 5,3% dei pazienti ha chiesto interventi più diretti da parte dello psicologo; il 7,9% l'aumento del numero





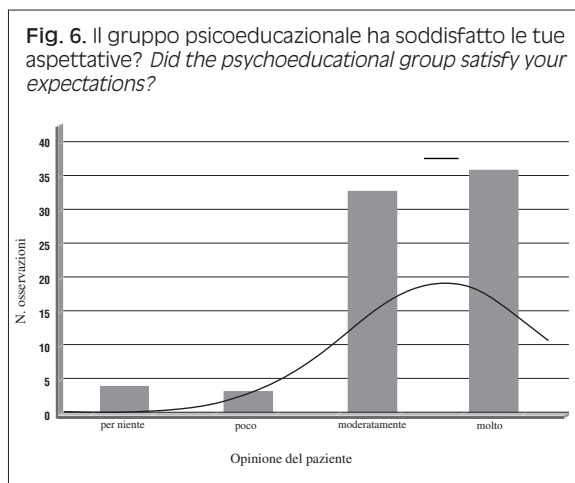
di sedute a settimana; il 7,9% la riduzione del numero di partecipanti. Il 44,7% dei partecipanti non ha dato suggerimenti particolari.

Discussione

In accordo ai dati presenti in letteratura¹⁰, durante un episodio depressivo maggiore un intervento di gruppo potrebbe essere utile nella gestione dei sintomi e nel rinforzo della compliance alla terapia farmacologica; inoltre, un effetto aggiuntivo in termini di efficacia deriverebbe dalla condivisione della malattia in una dimensione collettiva, aspetto enfatizzato all'interno del gruppo. Un gruppo caratterizzato da un intervento di tipo psicoeducazionale può servire ai pazienti a individuare più precocemente i sintomi d'esordio di un nuovo episodio, a far sì che l'episodio sia meno grave ed eventualmente a evitare l'ospedalizzazione. Attraverso l'aumento della compliance e della consapevolezza di malattia, la psicoeducazione può riempire il divario che spesso esiste tra l'efficacia del trattamento farmacologico nei trial clinici e la «reale» efficacia che spesso risulta più bassa.

Scopo di questo studio è stato quello di valutare l'accettabilità da parte di pazienti ricoverati per un Episodio Depressivo Maggiore, di un intervento psicoeducazionale di gruppo, in associazione al trattamento antidepressivo standardizzato, utilizzando un semplice questionario di gradimento. Infatti è noto che durante l'iniziale remissione dei sintomi di fase depressiva l'elevata accettazione di un intervento clinico non farmacologico supporta una migliore alleanza terapeutica con il curante rappresentando un predittore di buona risposta¹¹.

In letteratura sono pochi i dati su questo argomento nei pazienti ricoverati ed i campioni comprendono



per lo più pazienti ambulatoriali, con percentuali di adesione al gruppo variabili dal 71 al 73,3%¹².

Come emerso dal nostro questionario la percentuale di pazienti che ha aderito al programma terapeutico integrato con un intervento di gruppo psicoeducazionale durante la degenza è risultata sovrapponibile al dato di letteratura sui pazienti ambulatoriali (72,4%). Nel nostro studio è stato osservato che i partecipanti al gruppo avevano aspettative circa la discussione di specifici argomenti, come la conoscenza dei sintomi depressivi e dei trattamenti farmacologici. Anche se con differenti gradi di apprezzamento, i partecipanti al gruppo affermano l'importanza dell'intervento psicoeducazionale nell'aumentare le conoscenze relative al disturbo e alle terapie a disposizione. Al contrario, parte del campione ha riferito scarso beneficio nell'aumentare la capacità di gestione dei sintomi di fase acuta; per questi soggetti si potrebbe ipotizzare che la persistenza di distorsioni cognitive¹³ non correttamente inquadrata dagli items della Scala di Hamilton per la Depressione al momento della proposta di partecipazione al gruppo possa aver condizionato l'apprendimento delle strategie proposte durante la seduta di gruppo.

Di fatto, i punteggi medi della Scala di Hamilton al momento della partecipazione al gruppo non sono differenti da quelli dei pazienti che non si sono dimostrati disponibili a partecipare al gruppo. Potrebbe essere ipotizzato per questi pazienti un'accettazione dell'intervento più in termini formali di fronte ad una proposta del medico curante.

Una leadership solo parzialmente direttiva secondo l'organizzazione delle sedute nel nostro gruppo psicoeducazionale, oltre a stimolare il confronto tra i partecipanti facilita la costruzione di un «microcosmo sociale»⁸, basato sulla condivisione dello stesso focus cognitivo ed emotivo; inoltre l'interazione tra i membri del gruppo permette una crescita per-

sonale ed un ridimensionamento della sintomatologia⁷. Tuttavia, come già evidenziato nei risultati, una piccola parte del campione ha suggerito maggiore direttività da parte dello psicologo, l'aumento del numero di sedute a settimana e la riduzione del numero di partecipanti. Anche in questo caso potrebbe essere ipotizzata una richiesta di rassicurazione individuale legata a specifiche caratteristiche personologiche dei pazienti o alla persistenza di sintomi residui non correttamente valutati dalla scale eterosomministrate di quantificazione sintomatologica e che potrebbero determinare una resistenza all'intervento cognitivo legato alla discussione del gruppo o piuttosto una tendenza alla passività anziché assumere un ruolo attivo.

Il presente studio vuole essere puramente descrittivo di una realtà clinica pratica. Tuttavia, pur tenendo in considerazione le limitazioni metodologiche, abbiamo potuto verificare che all'interno di un reparto dedicato alla specifica patologia è possibile rendere terapeutici anche quelle fasi della degenza che, soprattutto durante la fase di remissione parziale della sintomatologia depressiva, spesso vengono lasciati all'autogestione dei pazienti con il rischio di rinforzare senza guida le distorsioni cognitive ancora presenti. Questo dato richiede sicuramente ulteriore indagine per favorire l'inserimento del gruppo come intervento psicologico strutturato nelle linee guida del trattamento di pazienti depressi ricoverati.

Bibliografia

- ¹ Swartz HA, Frank E. *Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy?* Bipolar Disorder 2001;3:11-22.
- ² Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. *Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder.* Biol Psychiatry 2000;48:593-604.
- ³ Dunbar GC, Lishman WA. *Depression, recognition – memory and hedonic tone a signal detection analysis.* Br J Psychiatry 1984;144:376-82.
- ⁴ Murphy FC, Sahakian BJ. *Neuropsychology of bipolar disorder.* Br J Psychiatry 2001;178(Suppl 41):s120-7.
- ⁵ Glick ID, Burti L, Okonogi K, Sacks M. *Effectiveness in psychiatric care: III. Psychoeducational and outcome for patients with major affective disorder and their families.* Br J Psychiatry 1994;164:104-6.
- ⁶ Williams JMG, Healy D, Teasdale JD, White W, Paykel ES. *Dysfunctional attitudes and vulnerability to persistent depression.* Psychol Med 1990;20:375-81.
- ⁷ Hartzler B, Brownson C. *The utility of change models in the design and delivery of thematic group interventions: applications to a self-defeating behaviours group.* Group Dynamics 2001;5:191-9.
- ⁸ Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy.* New York: Basic Books 1995.
- ⁹ APA. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disease.* Milano: Masson 1994.
- ¹⁰ Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. *Educational and organitional interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review.* JAMA 2003;289:3145-51.
- ¹¹ Gibbons MBC, Crits-Christoph P, De La Cruz C, Barber JP, Siqueland L, Gladis M. *Pretreatment expectation, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy.* Psychother Res 2003;13:59-76.
- ¹² Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. *A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission.* Arch Gen Psychiatry 2003;60:402-7.
- ¹³ Benedetti F, Barbini B, Cigala Fulgosi M, Pontiggia A, Colombo C, Smeraldi E. *Computerized assessment of negative self-schemas and recognition memory as a test for major depression.* Psychiatry Res 1987;21:117-21.