

# Effetto preventivo sulla ricaduta della partecipazione a terapia psicoeducazionale associata al trattamento antidepressivo di fase acuta

## *Possible role in relapse prevention of the quality of participation in psychoeducational therapy combined with acute antidepressant treatment*

L. FRANCHINI  
C. VINANTE  
M. FLORITA  
A. SANTORO  
F. FRESI  
C. COLOMBO

Dipartimento di Scienze  
Neuropsichiche, Università Vita-  
Salute, Ospedale San Raffaele-Turro,  
Milano

### Key words

*Depression • Cognitive impairment •  
Psychoeducation • Relapse*

Correspondence: Dr. Linda Franchini, Centro per i Disturbi dell'Umore, Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele-Turro, via Stamina d'Ancona 20, 20127 Milano, Italy  
Tel. +39 02 26433478  
Fax +39 02 26433265  
franchini.linda@hsr.it

### Summary

#### Objective

Major depressive disorder (MDD) is a common, recurrent disorder that requires long-term management. Adequate acute phase treatment of MDD is essential to reduce symptomatology and to improve the quality of life and the clinical course of illness. After remission, pharmacological treatment should be continued for 4-9 months to consolidate the remission and to prevent relapse. Literature data support the effect of psychoeducational therapy associated to pharmacological intervention also during the acute treatment of major depressive episode, having as primary objective the management of cognitive dysfunction, that is an important relapse risk factor. The aim of the present study is to describe the form of involvement with a weekly group psychoeducational therapy in hospitalized patients in Mood Disorder Unit of San Raffaele-Turro Hospital in Milan, and to verify the possibly role of this additional treatment strategy on relapse prevention during a 9-months follow-up period.

#### Methods

Mood Disorder Unit of San Raffaele-Turro Hospital in Milan consists of nurses, psychiatrists, psychologists and professional educators. Sample includes 85 patients hospitalized for a major depressive episode (DSM-IV). When they achieved the almost complete remission of their depressive symptomatology according to clinical judgement, their psychiatrist proposed them to take part to a group psychoeducational session conducted by components of whole team once a week. Their involvement with group psychoeducational sessions was assessed by professional educators using a rating instrument created on purpose. At discharge, patients filled in a "self administered satisfaction questionnaire" specific for psychoeducation and WHOQOL to assess the perceived quality of their life. They remained in continuation treatment as outpatients for 9 months. We applied survival analyses and regression models considering relapse and re-hospitalization as dependent variables.

#### Results

Data collected from "satisfaction questionnaire" indicated patient's high satisfaction about group psychotherapy (Figs. 1, 2). All patients maintained the compliance to pharmacological treatment and to the monthly clinical evaluation with their psychiatrist. At the end of follow-up period, 40% of the sample relapsed (Fig. 4). All clinical and social variables as well as the scores of the above-mentioned rating instruments were analyzed with of survival analysis to identify the ones that were possibly related to the risk of relapse.

Among all the analyzed variables, patient's "coherence", "interest", and "processing of information" during therapy group and WHOQOL scores in "physical" and "environmental" areas were significantly related to the risk of relapse and re-hospitalization (Table III).

#### Conclusion

These results are an encouraging evidence of the cognitive support role of group psychoeducational therapy also during the acute treatment of depression and patient's form of involvement with the group therapy could be considered as a long-term normothymia predictor.

## Introduzione

L'obiettivo principale dell'intervento clinico nei Disturbi dell'Umore è la riduzione del numero di ricorrenze di malattia e/o della loro gravità, la riduzione del numero di ricoveri e di conseguenza un miglioramento della qualità di vita dei pazienti anche nel corso della normotimia. La natura periodica del Disturbo dell'Umore rende così necessario per i pazienti un trattamento stabilizzante per lunghi periodi di tempo, se non per tutta la vita. Tuttavia, a differenza di pazienti affetti da altre patologie croniche, si trovano ad avere l'indicazione al proseguimento di una terapia farmacologica in assenza dei sintomi del disturbo e ciò rappresenta un maggiore fattore di rischio circa la mancanza di aderenza al trattamento, che continua a costituire uno dei problemi clinici più rilevanti nel trattamento a lungo termine dei Disturbi dell'Umore<sup>1</sup>. A tal proposito viene riportata<sup>2-7</sup> una percentuale di interruzione dell'assunzione di antidepressivi tra il 10 e il 60% nelle forme unipolari e tra il 20 e il 66% nelle forme bipolari, in particolare tra il 18 e il 52% per quanto riguarda l'interruzione della terapia stabilizzante. Numerosi fattori condizionano il grado di *compliance*; tra questi la polarità della diagnosi, il grado di consapevolezza di malattia, la presenza o meno di alleanza terapeutica, il tipo e la gravità degli effetti collaterali dei farmaci, la lunga durata del trattamento, i condizionamenti culturali, familiari o sociali<sup>8-10</sup>.

La non aderenza ai trattamenti determina una serie di rilevanti conseguenze cliniche e sociali, in particolare un aumento del rischio di ricorrenza di malattia, delle visite psichiatriche, delle consultazioni urgenti in Pronto Soccorso, delle riospedalizzazioni e un peggioramento del decorso; conseguente è l'incremento dei costi sanitari<sup>11,12</sup> oltre che dei costi indiretti (riduzione dell'attività lavorativa) e i costi personali (tasso di separazioni e divorzi, instabilità affettiva nelle relazioni parentali). Infine, la mancanza di *compliance* determina l'aumentato rischio suicidario in fase acuta ma anche in normotimia, in relazione alla consapevolezza di una vita legata alla malattia.

La psicoeducazione (detta anche educazione alla salute mentale e facente parte della più generale attività di educazione alla salute) è un'attività socio-sanitaria che consiste nell'espone in modo chiaro, semplice, didattico, possibilmente interattivo, e soprattutto concretamente utile, le informazioni e le istruzioni per prevenire e affrontare appropriatamente disturbi mentali e disagi di natura psicologica e interpersonale. È pertanto una componente fondamentale di qualsiasi progetto di prevenzione, sostegno, aiuto, assistenza e/o trattamento.

Il lavoro psicoeducazionale è per lo più integrato all'interno di un percorso di trattamento e viene svolto

nel corso degli interventi clinici, farmacologici, di psicoterapia o di assistenza. Alla base dell'approccio psicoeducazionale vi è il concetto di  *coping* (dall'inglese *to cope*: fronteggiare, affrontare): si ritiene infatti che molti problemi siano aggravati da modalità inadeguate di fronteggiamento, su cui si instaurano circoli viziosi legati alla scarsa conoscenza del problema di base.

Gli obiettivi della psicoeducazione come intervento clinico associato alla terapia farmacologica nei Disturbi dell'Umore sono stati suddivisi in tre livelli<sup>13</sup>. Al primo livello, gli obiettivi si prefiggono di dotare il paziente di un'adeguata coscienza di malattia, di migliorare l'aderenza farmacologica e di facilitare la detenzione precoce di nuovi episodi. A un secondo livello gli obiettivi desiderabili vengono ritenuti la gestione corretta dello stress, la regolazione dello stile di vita e la gestione degli agiti autolesivi. A un terzo livello infine ci sono gli obiettivi di eccellenza: incremento della conoscenza e fronteggiamento delle conseguenze psico-sociali degli episodi passati e futuri, miglioramento delle attività sociale e interpersonale, incremento del benessere e della qualità della vita, fronteggiamento dei sintomi residui.

Gli strumenti della psicoeducazione sono di due tipi: generali e specifici. Gli strumenti generali sono validi sempre, qualsiasi sia il tipo di disturbo o problema di cui ci si sta occupando, e sono: il *problem solving*, l'apprendimento di una comunicazione efficace (ascolto attivo, espressione delle critiche in modo costruttivo, richieste positive), la pratica di una comunicazione assertiva, l'apprendimento di abilità sociali.

Gli strumenti specifici sono relativi a specifici disturbi e problemi e sono per lo più derivati dagli strumenti cognitivi e comportamentali. Una prima esperienza presso il Reparto di Riabilitazione per i Disturbi dell'Umore dell'Ospedale San Raffaele-Turro ha indicato la fattibilità e il gradimento di un intervento psicoeducativo di gruppo già nel corso della degenza<sup>14</sup>, nonché un utile ruolo nella prevenzione delle ricadute in un campione di pazienti unipolari<sup>15</sup> che giustifica il suo inserimento nella pratica clinica ospedaliera, fin dalla fase acuta del trattamento antidepressivo.

È comune osservazione la persistenza di distorsione cognitiva nonostante la riduzione globale della sintomatologia depressiva, come dimostrano i numerosi studi che hanno verificato una discrepanza tra quanto registrato dal clinico e misurato tramite scale eterosomministrate e quanto effettivamente percepito dal paziente circa il proprio stato depressivo, tramite le scale di autovalutazione. La persistenza della distorsione cognitiva può interferire con l'intervento clinico nel suo complesso, compreso quindi anche un intervento psicoeducativo.

## Scopo

Il lavoro qui presentato fornisce un contributo ai dati di Letteratura circa le modalità di partecipazione alla terapia di gruppo psicoeducativa standardizzata, durante il trattamento di fase acuta, di un campione di pazienti ospedalizzati per un episodio depressivo maggiore e i suoi possibili effetti a lungo termine, sulla prevenzione delle ricadute, durante un follow-up di 9 mesi successivi alla dimissione.

## Metodo

Il campione è costituito da 85 soggetti ricoverati per un Episodio Depressivo Maggiore secondo i criteri DSM-IV<sup>16</sup> presso il Reparto di Riabilitazione dei Disturbi dell'Umore dell'Ospedale San Raffaele-Turro, durante il periodo compreso tra Gennaio e Ottobre 2006, che hanno dato il loro consenso alla raccolta delle informazioni circa l'accettazione dell'intervento psicoeducazionale.

I pazienti ricoverati per un Episodio Depressivo Maggiore, oltre allo specifico trattamento farmacologico e/o cronobiologico scelto dal curante e una volta raggiunta la remissione parziale in accordo al giudizio clinico e comunque con una riduzione del 50% del punteggio alla scala Hamilton per la depressione, vengono inseriti nel gruppo psicoeducazionale, che si svolge settimanalmente. Si è cercato così di definire un'omogeneità nel gruppo dei pazienti per gravità sintomatologica.

La seduta di gruppo viene tenuta da uno psicologo esperto in Disturbi dell'Umore e conduzione di un gruppo psicoeducazionale, assistito da uno psichiatra che integra la competenza clinica dal punto di vista farmacologico, da un educatore professionale che cu-

**Tab. I.** Elenco degli argomenti trattati durante la sessione di gruppo. *List of the issues dealt during the group session.*

- La depressione: i sintomi ricorrenti
- La ciclicità della malattia
- Differenze tra il Disturbo Bipolare e Unipolare
- Sintomi della fase maniacale
- Concetto di malattia: cosa vuol dire curare la depressione
- Influenze ambientali e predisposizione genetica
- Le oscillazioni dell'umore
- La privazione di sonno
- La terapia farmacologica
- Gli aspetti del ricovero
- Le attività di reparto
- Le dimissioni
- La relazione medico-paziente

ra l'incoraggiamento dei pazienti alla partecipazione e da un membro del personale infermieristico.

Gli argomenti principali trattati sono elencati nella Tabella I.

La durata del gruppo psicoeducazionale è di un'ora in un ambiente dedicato del reparto con una partecipazione di 10-12 pazienti.

## Strumenti di valutazione

### QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Al termine del ricovero l'accettazione del gruppo psicoeducazionale viene valutata attraverso un questionario autosomministrato e composto da 7 voci: 6 quesiti che prevedono risposte graduate (1 = per nulla; 2 = poco; 3 = moderatamente; 4 = molto) e una domanda aperta.

La consegna del questionario risulta anonima. In particolare le domande sono:

1. Ha accolto con piacere l'indicazione del suo medico curante circa la partecipazione al gruppo psicoeducazionale?
2. La partecipazione al gruppo psicoeducazionale quanto ha contribuito alla sua conoscenza dei Disturbi dell'Umore?
3. La partecipazione al gruppo psicoeducazionale quanto ha contribuito alla sua conoscenza circa le terapie a sua disposizione per i Disturbi dell'Umore?
4. La partecipazione al gruppo psicoeducazionale quanto ha contribuito alla sua gestione dei sintomi clinici nel corso della terapia farmacologica?
5. Le sue aspettative partecipando al gruppo psicoeducazionale sono state soddisfatte?
6. Quali erano le sue aspettative partecipando al gruppo psicoeducazionale?
7. Quali suggerimenti darebbe per migliorare le informazioni trasmesse durante il gruppo psicoeducazionale?

### QUESTIONARIO EDUCATORI

L'educatore redige un resoconto in cui descrive, per ogni paziente, la partecipazione e la qualità della stessa durante la sessione di gruppo nonché l'effettiva rielaborazione dei contenuti affrontati nelle sedute psicoeducative.

Le aree di osservazione sono:

- Aderenza al trattamento (partecipazione):
  - preferisce evitare l'incontro;
  - partecipa spontaneamente;
  - partecipa dopo stimolazione;
  - abbandona l'incontro;
  - non è in reparto al momento dell'attività.
- Modalità di partecipazione:
  - sostiene l'attività in modo continuativo;

- mantiene costante la concentrazione;
- tollera la frustrazione dell'attesa di prendere la parola;
- appare calmo e controllato.
- Partecipazione ai contenuti:
  - mostra interesse per la discussione;
  - interviene nella discussione;
  - apporta tematiche attinenti al tema trattato;
  - rielabora in chiave personale i contenuti esposti.
- Rielaborazione durante la giornata dei contenuti del gruppo:
  - dimostra di avere acquisito maggior consapevolezza di malattia;
  - dimostra riconoscimento della necessità di terapia a lungo termine;
  - dimostra riconoscimento della sintomatologia prodromica;
  - dimostra di avere acquisito strategie di *coping*;
  - dimostra di avere acquisito maggiore conoscenza dell'azione delle terapie cronobiologiche.

I parametri prevedono una valutazione graduale su tre livelli: *sì, abbastanza, no*.

## WHOQOL-breve

La scala per la valutazione della qualità della vita WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*)<sup>17</sup> versione breve viene consegnata al paziente all'inizio e al termine della degenza. Si tratta di una scala autosomministrata di 26 items che porta alla definizione di 4 aree: area fisica, area psicologica, relazioni interpersonali e ambiente. Ciascun paziente definisce con un punteggio la propria condizione, punteggio che va da 1 a 5 in relazione al giudizio compreso tra "per niente", "poco", "abbastanza", "in gran parte" e "completamente". Bassi punteggi corrispondono a peggiori percezioni delle condizioni di vita.

## FOLLOW-UP

Alla dimissione avvenuta in condizioni di normotimia clinica punteggio alla scala di Hamilton < 8, tutti i pazienti hanno proseguito con terapia specifica di mantenimento: i pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare hanno proseguito con l'abituale stabilizzatore (sali di litio o altro anticonvulsivante); i pazienti con diagnosi di Disturbo Unipolare, con l'antidepressivo al medesimo dosaggio utilizzato in reparto.

In seguito alla dimissione dal reparto, i pazienti hanno continuato a essere seguiti ambulatorialmente mensilmente dal loro psichiatra curante entrando nella fase di terapia definita di continuazione, della durata di 9 mesi. Durante tale periodo viene registrata dal medico curante sulla cartella clinica l'eventuale ricomparsa di sintomatologia, inquadrabile in ricaduta o ricorrenza a seconda del momento in cui si verifica, nonché l'eventuale necessità di riospedalizzazione del pazien-

te. La definizione di ricaduta e ricorrenza è quella di Frank et al.<sup>18</sup>.

## ANALISI STATISTICA

È stata condotta l'analisi di sopravvivenza utilizzando quale variabile dipendente la ricaduta dell'episodio indice e quali variabili indipendenti tutte le caratteristiche cliniche e di episodio già note in letteratura per il loro effetto sul rischio di ricaduta; il punteggio allo strumento di osservazione quantitativa e qualitativa della partecipazione al gruppo psicoeducazionale da parte degli educatori professionali; il cambiamento alla scala di qualità di vita WHOQOL al termine delle sedute di psicoeducazione.

È stata condotta inoltre un'analisi di regressione lineare nel sottocampione dei pazienti ricaduti, utilizzando come variabile dipendente la riospedalizzazione e come variabili indipendenti sia variabili cliniche sia di qualità di vita sia di qualità di partecipazione al gruppo.

## Risultati

Lo studio ha coinvolto 85 pazienti le cui caratteristiche cliniche e demografiche sono riportate nella Tabella II.

**Tab. II.** Variabili demografiche e cliniche del campione. *Demographic and clinical variables in the sample.*

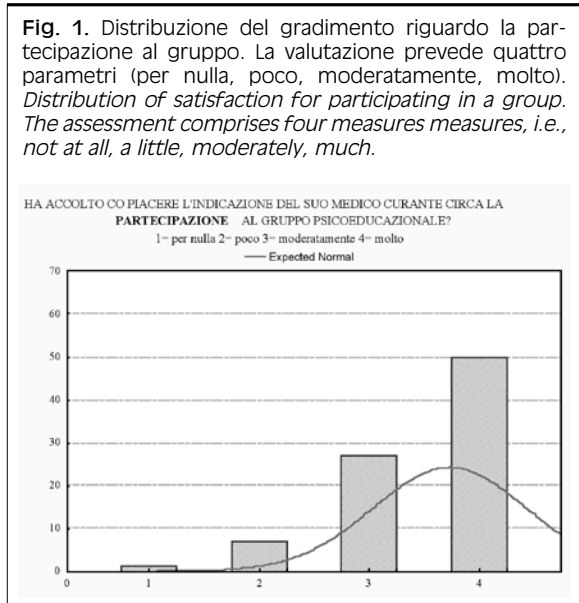
Totale Soggetti	85
Sesso (M/F)	24/61
Età	53,54 ± 12,1
Stato Civile (0 = libero; 1 = coniugato; 2 = vedovo; 3 = separato)	0 = 12 1 = 52 2 = 8 3 = 13
Scolarità (anni)	11,9 ± 4,5
Occupazione (0 = disoccupato; 1 = casalinga; 2 = impiegato; 3 = pensionato; 4 = libero professionista)	0 = 16 1 = 13 2 = 25 3 = 28 4 = 3
Diagnosi (UP/BP)	46/39
Età di esordio	33,1 ± 11,9
N. di episodi	4,8 ± 3,8
Storia di ospedalizzazioni (si/no)	56/29
N. di ospedalizzazioni	2,9 ± 1,2
Durata dell'episodio indice (settimane)	27,6 ± 35,9
Presenza di Disturbo di Personalità (si/no)	28/57
N. sedute al gruppo psicoeducazionale	2,4 ± 1,0
I dati delle variabili continue sono espressi in media ± deviazione standard.	

### PARTECIPAZIONE AL GRUPPO: SOGGETTIVA/OGGETTIVA

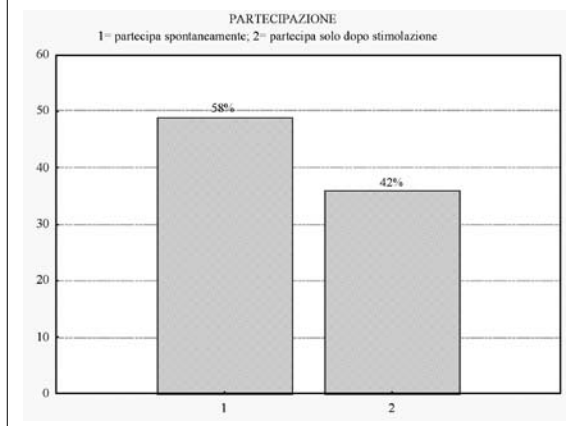
In base a quanto descritto dai pazienti nel questionario di gradimento (Fig. 1), il 58,8% dei pazienti accoglie con “molto piacere” l’indicazione del medico curante e l’inclusione nel gruppo e la quota di partecipazione spontanea alle sedute registrata dagli educatori è del 58% (Fig. 2).

Le modalità di partecipazione venivano descritte dagli educatori professionali mediante un semplice strumento di osservazione che registrava:

- la continuità nel mantenere l’attenzione;
- la concentrazione;



**Fig. 2.** Descrizione della partecipazione dei pazienti registrata dagli educatori (partecipazione spontanea, partecipazione a seguito di stimolazione da parte del personale). *Description of patient participation recorded by educators (spontaneous participation, participation stimulated by the personnel).*



- la capacità di gestire i tempi degli interventi mantenendo o meno la calma;
- l’interesse;
- la coerenza degli interventi rispetto agli argomenti affrontati.

Il 50,6% dei pazienti sosteneva l’attività in modo continuativo, il 57,6% manteneva costante la concentrazione, il 61,2% mostrava interesse alla discussione e un’identica percentuale interveniva nella discussione apportando nel 62,4% argomenti attinenti al tema trattato.

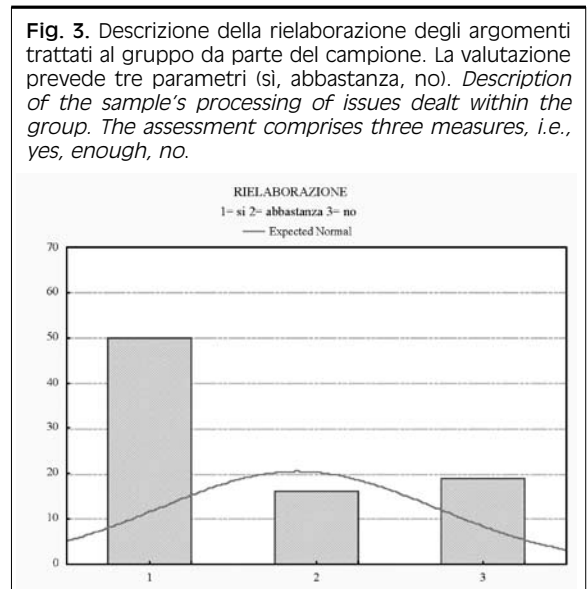
Infine, al termine del ricovero l’educatore compilava una valutazione circa la rielaborazione dei contenuti psicoeducativi espressi nel gruppo da parte di ciascun paziente, con particolare attenzione alla consapevolezza di malattia (Fig. 3). L’osservazione ha indicato per 50 pazienti (58,8%) una maggiore consapevolezza di malattia, per 16 (18,8%) una parziale consapevolezza, per 19 (22,4%) una scarsa acquisizione di *insight*.

Sulla base del questionario di gradimento somministrato al termine della terapia psicoeducazionale i pazienti riferivano un aumento della loro conoscenza circa la natura del disturbo, dei sintomi e delle terapie a disposizione.

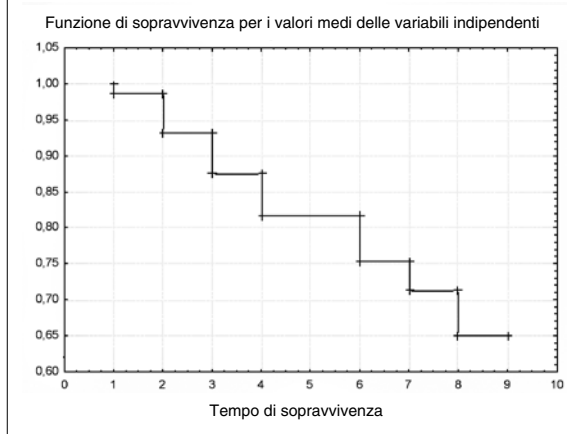
La Figura 4 illustra il mantenimento della normotimia nel corso del follow-up.

Il 100% dei pazienti si è dimostrato aderente sia alla terapia sia ai controlli ambulatoriali e, al termine del periodo di osservazione di 9 mesi, 34 pazienti su 85 (40%) hanno presentato una ricaduta dell’episodio indice con una distribuzione nel tempo in due distinti periodi: 64,7% pazienti molto precocemente rispetto alla dimissione (entro il quarto mese dalla dimissione); 35,3% pazienti dopo il sesto mese dalla dimissione.

L’analisi di sopravvivenza ha indicato che nel nostro campione nessuna delle variabili cliniche che tipi-



**Fig. 4.** Descrizione della distribuzione delle ricadute durante il follow-up. *Description of the distribution of relapses during follow-up.*



camente influenzano il rischio di ricaduta risultava significativa; tra le variabili descrittive della modalità di partecipazione al gruppo psicoeducazionale la “coerenza” degli interventi in merito al tema di base e la “rielaborazione” complessiva delle tematiche discusse al gruppo erano le modalità condizionanti il rischio di ricaduta dopo la dimissione; risultavano significative nel condizionare la ricaduta i punteggi WHOQOL alla dimissione nelle aree “fisica”, “psicologica” e “contesto ambientale”.

Per quanto riguarda la riospedalizzazione come variabile dipendente, la durata dell’episodio indice ( $p < 0,04$ ), la presenza di disturbo di personalità ( $p < 0,008$ ), l’interesse mostrato nel corso della partecipazione alla terapia psicoeducazionale ( $p < 0,04$ ) e il punteggio finale sull’“area fisica” ( $p < 0,04$ ) alla WHOQOL erano le variabili indipendenti associate a un rischio di ospedalizzazione.

Nello specifico i ricaduti riospedalizzati ( $n = 20/34$ ) presentano:

**Tab. III.** Analisi di sopravvivenza: variabili cliniche, motivazionali e di qualità di vita percepite associate al rischio di ricaduta. *Survival analysis: clinical, motivational and perceived Quality-of-Life variables associated to risk for relapse.*

	Beta	Standard	t-value	Exponent	Wald	p
Età	-0,00688	0,018184	-0,37815	0,993147	0,142994	0,705325
Diagnosi	0,28264	0,412469	0,68524	1,326628	0,469554	0,493197
Onset	0,01585	0,018730	0,84627	1,015977	0,716180	0,397406
Durata episodio (sett.)	0,00382	0,005087	0,75163	1,003831	0,564948	0,452279
N. episodi	-0,01872	0,059248	-0,31598	0,981453	0,099846	0,752017
Storia ospedalizzazioni	0,25314	0,501087	0,50518	1,288059	0,255202	0,613439
Presenza Asse II	0,25444	0,497873	0,51105	1,289739	0,261175	0,609317
Partecipazione	-0,21569	0,473558	-0,45547	0,805983	0,207456	0,648771
Continuità	0,01051	0,825858	0,01273	1,010570	0,000162	0,989842
Concentrazione	-0,42668	0,581623	-0,73360	0,652675	0,538162	0,463201
Tollera la frustrazione	-0,20232	1,108781	-0,18247	0,816837	0,033294	0,855217
Calma	0,82451	0,975731	0,84502	2,280766	0,714058	0,398106
Interesse	0,65435	0,824701	0,79344	1,923892	0,629545	0,427528
Interviene	0,47236	0,859657	0,54948	1,603782	0,301928	0,582680
Coerenza	-2,02472	1,010651	-2,00338	0,132031	4,013546	0,045145
Rielaborazione	1,15675	0,372113	3,10860	3,179583	9,663410	0,001881
WHOQOL area fisica	-0,27068	0,122953	-2,20148	0,762863	4,846496	0,027709
WHOQOL area psicologica	0,40569	0,199510	2,03343	1,500338	4,134857	0,042017
WHOQOL area relazioni	0,07340	0,089382	0,82117	1,076158	0,674314	0,411558
WHOQOL area ambientale	-0,14705	0,075597	-1,94518	0,863251	3,783711	0,051762

- una durata dell'episodio indice minore ( $16,6 \pm 18,2$  vs.  $52,1 \pm 61,2$  settimane);
- una percentuale maggiore di disturbi di personalità ( $50\%$  vs.  $21,4\%$ );
- un punteggio medio maggiore nell'area somatica alla scala di qualità di vita ( $11,9 \pm 3,3$  vs.  $8,9 \pm 2,6$ ) rispetto ai ricaduti non ospedalizzati ( $n = 14$ ).

## Discussione

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di descrivere le modalità di partecipazione di pazienti ricoverati per un Episodio Depressivo Maggiore a un intervento psicoeducativo standard associato alla terapia farmacologica, e di valutarne l'effetto sulla prevenzione delle ricadute, nel corso di un follow-up di 9 mesi.

Uno degli obiettivi di primo livello di un intervento psicoeducativo è di aumentare l'aderenza alla terapia nel corso dei trattamenti a lungo termine<sup>13</sup>. Infatti una delle maggiori difficoltà nei pazienti con Disturbo dell'Umore è quella di proseguire il trattamento inteso sia come terapia farmacologica sia come intervento clinico, nel momento in cui raggiungono la normotimia, e quindi in una condizione soggettiva di assenza di sintomi.

A tale proposito, diversi studi hanno documentato l'impatto determinato dal miglioramento delle informazioni fornite ai pazienti affetti da patologia psichica e ai loro familiari nel favorire la *compliance*<sup>19-21</sup>, aumentare la consapevolezza (*insight*) di malattia<sup>22</sup>; migliorare l'atteggiamento di fiducia verso le terapie e verso i terapeuti e ridurre il timore degli effetti collaterali<sup>23</sup>, rendendo i pazienti sempre più attori partecipi, collaborativi nella gestione della terapia. In tale direzione può essere letto il nostro primo risultato per cui il 100% dei pazienti ha mantenuto la continuità terapeutica e l'aderenza agli schemi di trattamento, presentandosi mensilmente alle visite di controllo per l'intera durata del follow-up. In un precedente lavoro condotto dalla medesima équipe di ricerca<sup>24</sup>, circa la valutazione della ricaduta in un campione che non aveva effettuato nel corso del ricovero un intervento psicoeducativo, la percentuale di *drop-out* era stata del 28,5%.

Alla luce dei risultati riguardanti l'elevato gradimento dei pazienti (Fig. 1) rispetto all'invito del proprio curante a partecipare al gruppo psicoeducativo e la partecipazione effettiva riportata dagli educatori (Fig. 2) si conferma come già riportato in Letteratura che il vantaggio di un trattamento psicoeducativo è il miglioramento della qualità assistenziale percepita dai pazienti, che generalmente si traduce in un'alleanza terapeutica, in una migliore aderenza farmacologica e in un aumento delle capacità del paziente di cercare aiuto in situazioni complesse. Inoltre la presenza di altre figure professionali, oltre a quella dello psichiatra,

facilita il paziente nel sentirsi parte attiva del suo trattamento e integrato in un'equipe di responsabili che lo accompagnano fino alla fine del percorso terapeutico. In accordo ai dati presenti in Letteratura<sup>25,26</sup>, durante un Episodio Depressivo Maggiore un intervento psicoeducativo 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.

Le modalità di partecipazione al gruppo psicoeducativo durante la degenza venivano descritte dagli educatori professionali mediante un semplice strumento di osservazione che registrava parametri quali la continuità nel mantenere l'attenzione, la concentrazione, la capacità di gestire i tempi degli interventi mantenendo o meno la calma, l'interesse e la coerenza degli interventi rispetto agli argomenti affrontati. Da quanto emerso, pur essendo i pazienti in una fase di malattia, la partecipazione, oltre a essere prevalentemente spontanea ( $57,6\%$ ), in più della metà dei pazienti non era condizionata negativamente dalla componente di rallentamento psicomotorio tipico dell'episodio depressivo. Infatti il 50,6% dei pazienti sosteneva l'attività in modo continuativo, il 57,6% manteneva costante la concentrazione, il 63,5% era in grado di tollerare la frustrazione dell'attesa prima di intervenire al gruppo; il 62,4% si manteneva calmo e controllato durante la seduta; il 61,2% mostrava interesse alla discussione e una identica percentuale interveniva nella discussione apportando nel 62,4% argomenti attinenti al tema trattato. Inoltre, sulla base del questionario di gradimento somministrato al termine della terapia psicoeducazionale, i pazienti riferivano un aumento della loro conoscenza circa la natura del disturbo, dei sintomi e delle terapie a disposizione. Ciò è coerente con quanto riportato dagli educatori circa la capacità dei partecipanti al gruppo di rielaborazione dei contenuti discussi, per quanto in percentuali variabili.

Tale riscontro potrebbe indicare che l'intervento psicoeducazionale utilizzato nel contesto dell'intervento clinico dell'episodio depressivo potrebbe contribuire alla gestione clinica della distorsione cognitiva che, se non risolta, diventa un fattore cruciale nell'influenzare negativamente il funzionamento globale del paziente. Infatti, il persistere della distorsione cognitiva contribuisce a mantenere nel tempo la sintomatologia depressiva e predispone a un progressivo deterioramento funzionale<sup>27,28</sup>.

Al termine del follow-up la percentuale di ricaduti nel nostro campione è stata del 40%, equamente distribuito tra le due polarità diagnostiche (bipolari e unipolari). Tale dato è in linea con quanto riportato in Letteratura, per cui nonostante l'adeguatezza del trattamento farmacologico e un supporto psicoterapico il

50-70% dei pazienti va incontro a una ricaduta o ricorrenza entro l'anno<sup>29,30</sup>. Diversi lavori mostrano che alcune variabili cliniche, come la durata e la gravità dell'episodio depressivo<sup>31,32</sup>, la comorbidità fisica o psichiatrica, la *compliance* al trattamento, la presenza di un disturbo di personalità<sup>33</sup>, e la familiarità per patologie psichiatriche, influenzano negativamente l'esito del trattamento. In altri studi<sup>34</sup> invece non viene trovata alcuna relazione tra le variabili cliniche, i disturbi di personalità e l'andamento, a medio e lungo termine, di un disturbo dell'umore.

Nel nostro campione le variabili cliniche e demografiche non influenzavano il rischio di ricaduta; viceversa le variabili "rielaborazione", "coerenza", i punteggi WHOQOL alla dimissione nelle aree "fisica" e "contesto ambientale" condizionavano significativamente il rischio di ricaduta.

I pazienti ricaduti, nel corso del ricovero, si caratterizzavano per una maggiore percentuale di "non rielaborazione" dei contenuti psicoeducativi rispetto ai non ricaduti. La "non rielaborazione" dei contenuti potrebbe rappresentare l'indicatore di una sola parziale aderenza al trattamento, specchio di una non completa consapevolezza di malattia, e limitata solo al momento della ospedalizzazione, con il rischio che al rientro al domicilio vengano meno le strategie comportamentali utili nella prevenzione delle ricadute, tra cui la corretta gestione dei ritmi sociali e biologici, che rappresenta una delle tematiche che più di frequente viene discussa nel corso dei gruppi. La qualità della partecipazione alla terapia di gruppo psicoeducazionale può essere condizionata inoltre dalla persistenza della distorsione cognitiva. Infatti non sempre a una diminuzione dell'intensità della sintomatologia depressiva nella sfera affettiva e neurovegetativa corrisponde una parallela risoluzione delle distorsioni cognitive indotte dall'episodio depressivo.

Recenti dati di letteratura<sup>35</sup> sottolineano la presenza anche in soggetti clinicamente in fase di remissione sintomatologica, di *bias* mnesici tipicamente correlati a una fase depressiva, condizionanti la processazione delle informazioni.

Ciò si traduce in una partecipazione effettiva al momento della seduta, ma senza un corretto utilizzo delle

informazioni e ciò non consente un reale aumento della consapevolezza di malattia. La persistenza della distorsione cognitiva è responsabile del fatto che il paziente, pur trovandosi in una dimensione di gruppo, mantiene schemi cognitivi erronei quali sentimenti di unicità nella propria sofferenza, senza cercare reali occasioni di condivisione dell'esperienza di malattia. In tal senso, nonostante l'assunzione di adeguati trattamenti antidepressivi e un grado di miglioramento tale da permettere la dimissione dall'ospedale e la prosecuzione ambulatoriale delle cure, distorsioni nello schema di sé che comportano un basso grado di autostima possono persistere a due anni di distanza, associandosi alla cronicizzazione di alcuni sintomi depressivi e a un basso grado di funzionamento globale<sup>36</sup>.

## Conclusioni

I nostri dati supportano la fattibilità e l'utilità, confermata dai pazienti, della terapia psicoeducazionale d'equipe come intervento clinico integrativo nella cura dell'episodio depressivo maggiore anche in una fase di ospedalizzazione.

I professionisti della salute non sempre trasmettono le informazioni necessarie ai pazienti, oltre a quelle riguardanti le indicazioni terapeutiche, e questo restituisce al paziente la sensazione di non essere compreso. Il paziente che non conosce la sua malattia, non conosce la sua vita e si sente incapace di pianificare, di prevedere; si sente completamente indifeso. La psicoeducazione cura la non comprensione del paziente rispetto a quello che gli sta succedendo. La non comprensione aggrava il decorso dei disturbi psichiatrici dal momento che, al malessere causato dagli stessi sintomi della malattia, si aggiunge il malessere derivante dal non sentirsi capito dagli altri, e dal non comprendere cosa sta accadendo né che cosa aspettarsi. Un paziente informato attraverso la psicoeducazione, oltre che correttamente trattato farmacologicamente, smette di sentirsi colpevole e diventa responsabile; questo costituisce il primo passo verso l'accettazione della necessità di proseguire una terapia.

## Bibliografia

- Johnson SL, Joormann J, Gotlib IH. *Does processing of emotional stimuli predict symptomatic improvement and diagnostic recovery from major depression?* Emotion 2007;7:201-6.
- Serretti A, Kato M, Kennedy JL. *Pharmacogenetic studies in depression: a proposal for methodologic guidelines.* Pharmacogenomics J 2007 (in press).
- Dawson R, Lavori PW, Coryell WH, Endicott J, Keller MB. *Maintenance strategies for unipolar depression: an observational study of levels of treatment and recurrence.* J Affect Disord 1998;49:31-44.
- Brown C, Battista DR, Sereika SM, Bruhlman RD, Dunbar-Jacob J, Thase ME. *How can you improve antidepressant adherence?* J Fam Pract 2007;56:356-63.
- Serrano F. *Depression and medical illness.* An Sist Sanit Navar 2002;25(Suppl.3):137-48.
- Berlim MT, Turecki G. *Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods.* Can J Psychiatry 2007;52:46-54.

- 7 Blier P, Keller MB, Pollack MH, Thase ME, Zajecka JM, Dunner DL. *Preventing recurrent depression: long-term treatment for major depressive disorder*. J Clin Psychiatry 2007;68:e06.
- 8 Burton WN, Chen CY, Conti DJ, Schultz AB, Edington DW. *The association of antidepressant medication adherence with employee disability absences*. Am J Manag Care 2007;13:105-12.
- 9 Lingam R, Scott J. *Treatment non-adherence in affective disorders*. Acta Psychiatr Scand 2002;105:164-172.
- 10 Holcomb SS. *Identification and treatment of depression*. Nurse Pract 2006;31:42-4.
- 11 Fenton FR, Cole MG, Engelsmann F, Mansouri I. *Depression in older medical inpatients: one-year course and outcome*. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12:389-94.
- 12 Palfai TP, Cheng DM, Samet JH, Kraemer KL, Roberts MS, Saitz R. *Depressive symptoms and subsequent alcohol use and problems: a prospective study of medical inpatients with unhealthy alcohol use*. J Stud Alcohol Drugs 2007;68:673-80.
- 13 Colom F, Vieta E. *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*. Roma: Fioriti 2004.
- 14 Bongiorno F, Franchini L, Spagnolo C, Florita M, Santoro A, Barbini B, et al. *Intervento psicoeducazionale in pazienti ricoverati per episodio depressivo maggiore: studio pilota*. Giornale Italiano di Psicopatologia 2005;11:151-6.
- 15 Franchini L, Bongiorno F, Spagnolo C, Florita M, Santoro A, Dotoli D, et al. *Psychoeducational group intervention in addition to antidepressant therapy as relapse preventive strategy in unipolar patients*. Clin Neuro 2006;3:282-5.
- 16 APA. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disease*. Milano: Masson 1994.
- 17 Murphy B, Herrman H, Hawthorne G, Pinzone T, Evert H. *Australian WHOQoL Instruments: User's Manual and Interpretation Guide*. Melbourne: Australian WHOQoL Field Study Centre 2000.
- 18 Frank E, Prien RF, Jarrett RB. *Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence*. Arch Gen Psychiatry 1991;48:851-5.
- 19 Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P. *Effect of patient education on medication compliance*. Can J Psychiatry 1980;25:638-45.
- 20 Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, Blair KE. *Teaching medication management skills to schizophrenic patients*. J Clin Psychopharmacol 1990;10:33-8.
- 21 Myers ED, Clavert EJ. *Information, compliance and side-effects: a study of patients on antidepressant medication*. Br J Clin Pharmacol 1984;17:21-5.
- 22 Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. *Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia*. Br J Psychiatry 1996;168:718-22.
- 23 Hornung WP, Klingberg S, Feldmann R, Schonauer K, Schulze Monkong H. *Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training: results of a 1-year follow-up*. Acta Psychiatr Scand 1998;97:213-9.
- 24 Dotoli D, Spagnolo C, Bongiorno F, Zanardi R, Serretti A, Smeraldi E, et al. *Relapse during a 6 month continuation treatment with fluvoxamine in an Italian population: the role of clinical, psychosocial and genetic variables*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006;30:442-8.
- 25 Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. *Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review*. JAMA 2003;289:3145-51.
- 26 Montgomery C. *Role of dynamic group therapy in psychiatry*. Advances in Psychiatric Treatment 2002;8:34-41.
- 27 Williams JMG, Healy D, Teasdale JD, White W, Paykel ES. *Dysfunctional attitudes and vulnerability to persistent depression*. Psychol Med 1990;20:375-81.
- 28 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.
- 29 Hollon SD, Jarret RB, Nierberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. *Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment?* J Clin Psychiatry 2005;57:311-7.
- 30 Shramm E, Van Calker D, Dykierk P, Lieb K, Kech S, Zobel I, et al. *An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results*. Am J Psychiatry 2007;164:768-77.
- 31 Brown C, Schulberg HC, Prigerson HG. *Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients*. Gen Hosp Psychiatry 2000;22:242-50.
- 32 Simon GE. *Long-term prognosis of depression in primary care*. Bull World Health Organ 2000;78:439-45.
- 33 Ezquiaga E, Garcia A, De Dios C. *Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one-year prospective study*. J Affect Disord 2004;79:63-70.
- 34 Duggan C, Sham P, Minne C. *Family history as a predictor of poor long-term outcome in depression*. Br J Psychiatry 1998;173:527-30.
- 35 Colombel F. *Memory bias and depression: a critical commentary*. Enceph 2007;33:242-8.
- 36 Bothwell R, Scott J. *The influence of cognitive variables on recovery in depressed inpatients*. J Affect Disord 1997;43:207-12.