

Effetto dell'intervento psicoeducativo associato al trattamento antidepressivo sulla persistenza di distorsione cognitiva in pazienti affetti da disturbo dell'umore

Effect of psychoeducation combined with acute antidepressant treatment on the persistence of cognitive distortion in patients suffering from mood disorders

L. Franchini, G. Paredi,
S. Ballan, F. Fresi, C. Colombo

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

Summary

Objective

Literature data support the effect of psychoeducation combined with pharmacological, chronobiological and somatic interventions, also during the acute treatment of major depressive episodes, having as primary objective the management of cognitive dysfunction to avoid the protraction of the depressive episode and worsening of patient's health. As a matter of fact, the result of the antidepressant treatment is conditioned by different variables including the persistence of cognitive distortion, even in the absence of severe depressive symptoms.

The aim of the present study was to investigate the persistence of cognitive distortion in a sample of inpatients hospitalized for a major depressive episode, and to detect any possible effect of a psychoeducational intervention.

Method

The sample includes 60 patients hospitalized in the Mood Disorders Unit of San Raffaele-Turro Hospital in Milan for a Major Depressive Episode (DSM IV-TR).

In the context of the Individual Rehabilitative Program (PRI), the patients take part to a psychoeducational group therapy session when their clinical conditions allow them to do so, i.e., when they obtain at least a 50% reduction of the score on the 21-item Hamilton depression rating scale (HDRS), compared to baseline.

At the beginning of the antidepressant treatment, the patients were tested with the HDRS and the Depressive Differen-

tial Test (DD). The latter shows a high level of sensibility and specificity that render it a reliable tool for the diagnosis and quantification of the severity of depression. A DD score < 0 indicates the presence of a cognitive distortion.

The same evaluation was repeated when patients were about to be discharged, an event that occurred only when they had obtained complete symptom remission, defined as a HDRS score less or equal to 8.

Results

At discharge the global sample presented a final HDRS mean score of 5.3 ± 3.21 , but 51.6% of the sample still showed cognitive distortion, with an average Depressive Differential score of -6.84 ± 19.5 (normal value > 0).

The independent variables significantly conditioning the persistence of cognitive distortion were: not taking part to psychoeducational intervention, presence of personality disorders, and length of hospitalization (Tab. V). An Analysis of Covariance for repeated measures demonstrated a significant effect of participation to the psychoeducational program on the variation of Depressive Differential scores over time ($p = 0.004$), taking into account the influence of the severity of the depressive episode measured at the beginning with HDRS (Fig. 2).

Outcome at three months after discharge was evaluated in a subsample of 52 patients. Relapse rate was 19.23% with an average time-to-relapse of 6.1 ± 2.5 weeks. A survival analysis using Cox Proportional Hazard model indicated that axis II codiagnosis ($p = 0.049$) and duration of hospitalization ($p = 0.042$)

Key words

Depression • Cognitive distortion • Psychoeducation • Hospitalization

Corrispondenza

Linda Franchini, Centro per i Disturbi dell'Umore, Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele-Turro, via Stamira d'Ancona 20, 20127 Milano, Italia • Tel. +390226433478 • Fax +390226433265 • E-mail: franchini.linda@hsr.it.

were significantly associated to higher risk of relapse (Tab. VI).

Conclusion

Considering our results, psychoeduca-

tion combined with acute-phase antidepressant treatment contributes to the reduction of cognitive distortion, which is the core of the residual symptomatology during antidepressant treatment.

Introduzione

È comune osservazione clinica che non sempre, nel corso di un trattamento antidepressivo, ad una diminuzione dell'intensità della sintomatologia depressiva nella sfera affettiva e neurovegetativa corrisponda una parallela risoluzione delle distorsioni cognitive indotte dall'episodio depressivo; in merito a ciò, la letteratura psichiatrica internazionale dedica un'attenzione crescente agli effetti delle distorsioni cognitive in fase depressiva sulla risoluzione degli episodi depressivi stessi e, più in generale, sul funzionamento globale dei pazienti affetti da disturbo dell'umore. I dati indicano infatti una correlazione tra entità della distorsione cognitiva e tempi e modi di risposta ai trattamenti antidepressivi^{1,2}.

Nonostante l'assunzione di adeguati trattamenti antidepressivi e un miglioramento tale da permettere la dimissione dall'ospedale e la successiva prosecuzione ambulatoriale delle cure, le distorsioni dello schema di sé possono persistere a due anni di distanza, associandosi inoltre alla cronicizzazione di alcuni sintomi depressivi e ad un basso grado di funzionamento globale³.

Inoltre, la presenza di distorsioni cognitive legate all'immagine di sé e all'autostima, si associano ad una visione negativa del futuro e, nel tempo, alla comparsa di disperazione⁴; in questo senso le distorsioni cognitive sono tra i più forti fattori predittivi di comportamento suicidario⁵ e mostrano una correlazione con l'intenzionalità suicidaria maggiore rispetto alla gravità dell'episodio in atto valutata con le comuni scale di valutazione oggettiva⁶.

Quindi, la presenza di sintomatologia residua, di ricadute, unito all'alto rischio di mortalità per suicidio (soprattutto nel disturbo bipolare) e la presenza delle conseguenze psicosociali degli episodi passati e futuri, rendono necessario un molteplici sforzo terapeutico fin dalla risoluzione dell'episodio acuto, che vada quindi oltre la farmacoterapia, ma che al tempo stesso la faciliti⁷.

Inoltre, un aspetto da non sottovalutare è l'impie-

go di un maggior sforzo terapeutico necessario nel trattamento di pazienti che presentano un quadro clinico maggiormente complesso; si vuol far riferimento ai soggetti che mostrano una co-presenza di disturbo dell'umore e di disturbo di personalità. In termini generali la presenza di un disturbo di personalità è presente nella popolazione clinica con una frequenza che varia dal 5 al 40% rispetto alla popolazione non clinica, dove viene indicata una prevalenza che varia dal 10 al 23%^{8,9}. Dati in letteratura riportano inoltre che pazienti con disturbo bipolare e distimia presentano con maggiore frequenza un disturbo di personalità rispetto ad altri pazienti affetti da altri disturbi psichiatrici, come i disturbi d'ansia (70%)¹⁰. Con tutti i limiti metodologici dell'assessment, soprattutto per i dati meno recenti, la letteratura indica che, una percentuale compresa tra il 48 ed il 54% dei pazienti di diagnosi borderline, soddisfano i criteri per disturbi dell'umore: la forma unipolare nel 18-40% e, meno frequentemente, la forma bipolare (18%)¹¹⁻¹³.

Alcuni Autori^{7,14} hanno infatti suggerito l'impiego di un intervento psicoeducazionale anche durante il trattamento dell'episodio depressivo in fase acuta, sia nei pazienti unipolari che bipolari, avendo come obiettivo la gestione delle distorsioni cognitive, fulcro sintomatologico dell'episodio depressivo in acuto^{15,16}.

I meccanismi d'azione della psicoeducazione possono essere suddivisi in tre livelli⁷: ad un primo livello l'obiettivo è dotare il paziente di un'adeguata coscienza di malattia e, soprattutto, migliorare l'aderenza farmacologica (dati in letteratura riportano una percentuale di interruzione della terapia antidepressiva tra il 10 ed il 60% nelle forme unipolari, tra il 20 ed il 66% nelle forme bipolari e tra il 18 ed il 52% per quanto riguarda l'interruzione della terapia stabilizzante)¹⁷. Ad un secondo livello l'obiettivo si incentra su una corretta gestione dello stress e, infine, ad un terzo livello vengono indicati obiettivi che mirano al mantenimento della normotimia e ad un progressivo incremento del benessere, migliorando così la qualità della vita¹⁸.

Per quanto riguarda la depressione bipolare, alla luce delle possibilità di trattamento cronobiologico¹⁹⁻²¹, il focus dell'intervento psicoeducativo, a breve e a lungo termine, può avvalersi di indicazioni circa l'igiene del sonno, la corretta gestione dei ritmi, una condotta alimentare appropriata e l'astensione dall'uso di sostanze, ai fini di raggiungere un regolare stile di vita.

Scopo

Scopo del presente studio è stato quello di indagare in una popolazione di pazienti ricoverati per episodio depressivo maggiore secondo i criteri DSM IV-TR²², i possibili effetti di un intervento psicoeducativo di gruppo, in associazione al trattamento antidepressivo, sulla persistenza di distorsione cognitiva, valutata tramite strumento specifico al termine dell'ospedalizzazione.

Metodo

Il campione in esame è stato ricavato da una popolazione di pazienti con diagnosi di episodio depressivo maggiore secondo i criteri DSM-IV-TR²², ricoverati durante il periodo compreso tra settembre 2007 e giugno 2008, presso il Reparto di Riabilitazione dei Disturbi dell'Umore dell'Ospedale San Raffaele-Turro. Tutti i pazienti sono stati inclusi nei protocolli interni standardizzati farmacologici e/o cronobiologici e/o somatici e avevano dato il loro consenso informato, raccolto in forma scritta, all'utilizzo delle informazioni cliniche a scopo di ricerca.

A distanza di 3 mesi dalla dimissione è stata poi valutata la percentuale di pazienti che ha presentato una ricaduta dopo la remissione dall'episodio indice.

Le specifiche terapie assunte dai pazienti in fase acuta sono riportate in Tabella I e II. Per quan-

TABELLA I.

Terapia dei pazienti bipolari (n = 29). *Therapy of bipolar patients (n = 29).*

Terapia	Carbonato di litio* (n = 22)		No Carbonato di litio (n = 7)	
	N	%	N	%
Farmacoterapia	6	20,69	3	10,34
Citalopram (dose media: 27 mg/die)	3		0	
Paroxetina (dose media: 30 mg/die)	1		3	
Sertralina (dose media: 50 mg/die)	2		0	
Deprivazione di sonno	15	51,72	2	6,90
Stimolazione magnetica transcranica	1	3,45	2	6,90
+ Duloxetina (dose media: 60 mg/die)	1		2	

Percentuali calcolate sul totale (n = 29); * Assunto da almeno 6 mesi.

TABELLA II

Terapia dei pazienti unipolari (n = 31). *Therapy of unipolar patients (n = 31).*

Terapia	N	%
Farmacoterapia	14	45,16
■ Duloxetina (dose media: 110 mg/die)	6	
■ Fluoxetina (dose media: 40 mg/die)	1	
■ Fluvoxamina (dose media: 240 mg/die)	5	
■ Paroxetina (dose media: 40 mg/die)	2	
Terapia della Luce	12	38,71
■ + Venlafaxina (dose media: 255 mg/die)	10	
■ + Fluvoxamina (dose media: 300 mg/die)	2	
Stimolazione magnetica transcranica	5	16,13
■ + Venlafaxina (dose media: 225 mg/die)	5	

to riguarda la terapia alle dimissioni, in base alle linee guida standard, i pazienti proseguivano la terapia farmacologica risultata efficace fino al successivo controllo con il medico curante; i pazienti responder al trattamento cronobiologico proseguivano la sola terapia stabilizzante dell'umore^{23 24}.

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione globale sono riportate in Tabella III. L'intervento psicoeducativo di gruppo viene regolarmente proposto a tutti i pazienti candidabili alla partecipazione al gruppo psicoeducazionale, caratterizzati cioè da assenza di sintomatologia psicotica e da una riduzione del punteggio alla scala di Hamilton per la depressione (HDRS) pari ad almeno il 50% rispetto al punteggio misurato all'inizio del ricovero. Tuttavia, dalla nostra pratica clinica²⁵⁻²⁷ è emerso che l'effettiva partecipazione al gruppo psicoeducativo è influenzata da alcuni fattori: è infatti comune riscontro che alcuni pazienti rifiutino di prendervi parte, oppure si trovino impegnati in altre attività esterne all'unità operativa, oppure ancora abbandonino l'incontro prima che lo stesso volga a termine.

In base a quanto appena esposto, il campione in esame risulta essere suddiviso in due distinti sottocampioni caratterizzati da un differente programma terapeutico: un gruppo di pazienti è costituito da coloro che hanno partecipato all'intervento psicoeducativo durante il ricovero ospedaliero, combinato al trattamento farmacologico e/o cronobiologico e/o somatico; l'altro gruppo di pazienti è invece costituito da coloro che si sono attenuti ai soli protocolli clinici interni standardizzati appena citati. In Tabella III vengono riportate, oltre alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione globale, anche quelle dei due sottocampioni appena esposti.

Strumenti di valutazione

1. L'andamento della sintomatologia depressiva è stato valutato mediante la somministrazione della scala di Hamilton (HDRS), all'inizio del trattamento antidepressivo e ripetuta poi settimanalmente per tutta la durata del ricovero. La completa remissione sintomatologica veniva definita con il raggiungimento di un punteggio alla HDRS ≤ 8 .
2. La presenza di distorsione cognitiva è stata valutata mediante somministrazione all'inizio del trattamento antidepressivo del test del differen-

ziale depressivo (DD)²⁸. La somministrazione del test veniva ripetuta in prossimità delle dimissioni ai pazienti che avevano ottenuto la remissione sintomatologica, secondo il criterio precedentemente esposto.

In questo studio non sono stati utilizzati altri strumenti diagnostici di asse I.

Il test del differenziale depressivo

Il test del DD è uno strumento utilizzato presso il nostro dipartimento, atto a rilevare la presenza nel paziente di attribuzione di schemi negativi relativi a sé²⁸. È suddiviso in due prove interposte da una prova intermedia; nella prima prova il soggetto valuta una lista di aggettivi e deve decidere se essi lo descrivono oppure no, mentre nella seconda prova il soggetto deve riconoscere, tra una nuova lista di aggettivi, costituita per metà dagli aggettivi comparsi nella prima prova e per metà da aggettivi nuovi, quelli che gli erano stati mostrati durante la prima prova. È bene ricordare che al compito di attribuzione si antepone una sessione di prova (utilizzando aggettivi che non appariranno successivamente) durante la quale i soggetti acquisiscono la dimestichezza necessaria per svolgere il test.

Sono state create quattro liste ciascuna contenente 100 diversi aggettivi che riguardano caratteristiche di personalità; di questi 100 aggettivi 50 hanno una connotazione positiva e 50 negativa; esempi di aggettivi con connotazione positiva sono: *sicuro, fortunato, stabile, signorile, dotato, spiritoso, cameratesco, attraente, simpatico, equilibrato, generoso, cortese, ardito, produttivo, vivace*, ecc. Esempi di aggettivi con connotazione negativa sono: *inconcludente, squilibrato, incapace, ottuso, sfortunato, sconsolato, avvilito, inutile, incompleto, angosciato, incompetente, insulso, meschino, perfido*, ecc.

La lista dei 400 aggettivi è la medesima utilizzata nel lavoro sperimentale di Baving et al.²⁹. Brevemente, lo studio mira a stimare l'entità delle distorsioni cognitive attraverso un metodo rapido e oggettivo centrato sull'autoattribuzione di aggettivi. I pazienti depressi tendono ad attribuirsi più aggettivi che li descrivono negativamente rispetto ai normali che si attribuiscono maggiormente aggettivi positivi. Inoltre, i pazienti depressi sono più lenti nel processare gli elementi positivi, rispetto ai negativi, mentre l'opposto si può riscontrare nel campione di controllo. Un pattern simile si ripete ugualmente in una successiva prova di riconoscimento di parole.

TABELLA III.

 Variabili cliniche e socio-demografiche nel campione totale e nei sottocampioni. *Clinical and demographic variables in the global sample and in the subsamples.*

Variabili categoriche	Campione totale (n = 60)		Intervento psicoeducazionale (n = 30)		Solo protocolli clinici (n = 30)		Analisi	
	N	%	N	%	N	%	χ^2	p
Sesso							1,67	0,197
■ Maschio	12	20,00	4	13,33	8	26,67		
■ Femmina	48	80,00	26	86,67	22	73,33		
Stato civile							8,31	0,140
■ Libero	10	16,67	6	20,00	4	13,33		
■ Coniugato	32	55,00	12	40,00	21	70,00		
■ Separato	9	15,00	5	16,67	4	13,33		
■ Divorziato	3	5,00	3	10,00	0	0,00		
■ Vedovo	5	8,33	4	13,33	1	3,34		
Occupazione							4,22	0,377
■ Disoccupato	5	8,33	3	10,00	2	6,67		
■ Casalinga	18	30,00	11	36,67	7	23,33		
■ Impiegato	23	38,34	11	36,67	12	40,00		
■ Libero professionista	3	5,00	0	0,00	3	10,00		
■ Pensionato	11	18,33	5	16,66	6	20,00		
Diagnosi							3,27	0,071
■ Unipolari	31	51,67	19	63,33	12	40,00		
■ Bipolari	29	48,33	11	36,67	18	60,00		
Storia di ospedalizzazione							0,28	0,598
■ Assente	24	40,00	11	36,67	13	43,33		
■ Presente	26	60,00	19	63,33	17	56,77		
Familiarità							1,93	0,165
■ Assente	19	31,67	12	40,00	7	23,33		
■ Presente	41	68,33	18	60,00	23	76,67		
Disturbo di personalità							0,32	0,573
■ Assente	42	70,00	20	66,67	22	73,33		
■ Presente	18	30,00	10	33,33	8	26,67		
– Borderline	8		6		2			
– Istrionico	1		1		0			
– Narcisistico	5		0		5			
– Dipendente	2		1		1			
– NAS	2		2		0			
Variabili Continue	μ	DS	μ	DS	μ	DS	t	p
■ Età	47,56	12,49	48,73	14,35	46,40	11,90	0,72	0,474
■ Scolarità (anni)	11,65	4,32	10,90	4,36	12,40	4,21	-1,35	0,181
■ Età all'esordio	34,35	16,52	35,96	17,58	31,63	16,28	1,30	0,201
■ N. episodi precedenti	7,11	6,63	6,20	4,21	8,31	8,64	-1,23	0,223
■ N. ospedalizzazioni	3,00	2,54	2,77	1,92	2,90	3,08	-0,20	0,841
■ Durata episodio indice (sett.)	19,61	17,42	22,30	19,08	16,93	14,94	1,20	0,236
■ N. sedute	1,22	1,34	2,43	0,77	0,00	-	-	-
■ HDRS basale	23,21	6,81	25,21	7,18	21,57	5,90	1,77	0,084
■ DD basale	-24,14	19,40	-26,90	15,96	-21,39	22,25	1,10	0,275

Questo specifico pattern di attribuzione degli stimoli, positivi e negativi, è risultato essere un valido indice per stimare le distorsioni cognitive specifiche della depressione. In particolare il tempo di reazione, o meglio il rapporto tra il tempo di latenza degli stimoli positivi e stimoli negativi, ci permetterebbe di avere un indice oggettivo della cognitivtà depressiva scevro dagli errori sistematici di sotto e sovrastima tipici del clinico e del paziente.

Prova di Attribuzione

Nella prova di attribuzione una lista di aggettivi viene presentata ai soggetti utilizzando un computer; lo stimolo, costituito da un aggettivo scritto in bianco su fondo blu, compare automaticamente all'inizio della prova e permane sullo schermo fino alla risposta del soggetto; alla risposta del soggetto (attribuzione o non attribuzione dell'aggettivo che appare) segue immediatamente la presentazione dell'aggettivo successivo, e così via fino ad esaurimento della lista.

L'ordine di presentazione degli aggettivi segue un algoritmo matematico di randomizzazione per ciascun soggetto e per ciascuna lista, allo scopo di evitare effetti "di sequenza" e di raggruppamento degli stimoli.

La risposta del soggetto si manifesta attraverso la pressione di un tasto: il tasto P posto sulla destra della tastiera, premuto con l'indice della mano destra, indica attribuzione; il tasto Q posto sulla sinistra della tastiera, premuto con l'indice della mano sinistra, indica non attribuzione.

Durante la somministrazione del test viene automaticamente registrato il tempo di latenza della risposta; quest'ultimo risulta essere costituito dalla somma del tempo necessario per l'elaborazione cognitiva dello stimolo e del tempo necessario per l'esecuzione motoria della risposta.

Prova intermedia

Tra la prima e la seconda prova viene somministrato un test nel quale il soggetto deve premere la barra spaziatrice ogni qual volta si presenta uno stimolo al centro dello schermo a forma di quadrato. Il compito va eseguito prima con la mano destra e dopo con la sinistra. Quanto appena detto viene effettuato con il duplice scopo di fornire una grossolana misura delle prestazioni psicomotorie del soggetto e di costituire, inoltre, un compito istruttore non verbale prima dell'inizio del test con la prova di riconoscimento.

Prova di riconoscimento

Nella prova di riconoscimento viene mostrata al soggetto, con le modalità sopra descritte, una nuova lista composta da tutti gli aggettivi che sono stati presentati nella prima prova e da altrettanti nuovi aggettivi. Al soggetto viene chiesto di riconoscere i vecchi aggettivi rispetto ai nuovi. La risposta del soggetto consiste nella pressione del tasto P quando crede di riconoscere l'aggettivo come visto precedentemente e del tasto Q quando invece lo riconosce come nuovo aggettivo, mai visto durante la prova di attribuzione.

La somministrazione dello strumento appena descritto avviene utilizzando un software in commercio (*SuperLab Pro v1.05*, 1998). Il test mostra di avere un elevato livello di sensibilità e specificità che lo rendono uno strumento diagnostico e di quantificazione della gravità della depressione di buona affidabilità. La definizione di un singolo punteggio di output e di un preciso *cutoff* lo ha reso anche di facile utilità e comprensione che può essere usato senza difficoltà nella pratica medica e psichiatrica. Dal test emerge infatti un singolo output e, la presenza di un valore di $DD < 0$, è indicativo di presenza di distorsione cognitiva²⁹. Confrontando la popolazione normale e i pazienti depressi, si evince che la media e la deviazione standard risultano essere pari a $13,15 \pm 8,12$ nei controlli, mentre nei pazienti depressi risultano essere pari a $-21,12 \pm 12,45$. Medie, errori standard e deviazioni standard dei valori del DD nei pazienti depressi e nei soggetti sani sono mostrati in Figura 1²⁹.

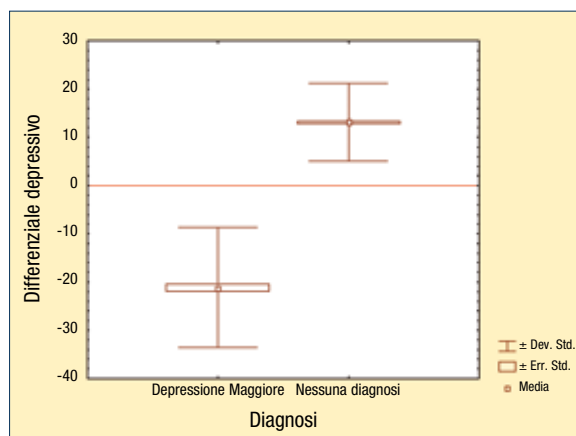


FIGURA 1. Punteggi del DD nei pazienti affetti da depressione e nei controlli¹⁶. *DD scores in depressive patients and in non patients¹⁶.*

Dall'analisi della funzione discriminante è risultato che le quattro variabili che discernano maggiormente la popolazione normale dalla popolazione di soggetti affetti da depressione sono:

- frequenza di attribuzione di elementi positivi;
- frequenza di riconoscimento di aggettivi positivi;
- rapporto tra la latenza di attribuzione degli elementi positivi e quella degli elementi negativi;
- frequenza dei falsi allarmi per gli aggettivi negativi.

Intervento psicoeducativo di gruppo

L'intervento psicoeducativo è un lavoro svolto in equipe: oltre allo psicologo partecipano anche infermieri, educatori e un medico psichiatra. Le sessioni sono uniche, nonostante gli argomenti si ripetano. I principali temi trattati nelle sedute di gruppo psicoeducazionale sono esposti in Tabella IV.

Lo psicologo può decidere se tenere una lezione frontale in cui la parte dedicata alle esperienze soggettive è ridotta, o se affrontare gli argomenti partendo dagli interventi dei pazienti. All'interno del Programma Riabilitativo Individuale (PRI) vie-

ne proposta la partecipazione all'intervento psicoeducativo di gruppo quando le condizioni cliniche lo consentono, in seguito cioè all'ottenimento di una riduzione del punteggio alla HDRS pari ad almeno il 50% rispetto al valore ottenuto dalla valutazione all'inizio del ricovero.

Analisi statistica

I pazienti, come precedentemente detto, sono stati analizzati secondo una suddivisione in due sottocampioni in base alla partecipazione o meno all'intervento psicoeducativo di gruppo.

L'analisi statistica dei dati è stata condotta utilizzando il software *StatSoft STATISTICA 7.0*.

Per il confronto delle variabili dicotomiche e continue nei due sottocampioni di pazienti (pazienti che si sono attenuti ai soli protocolli interni standardizzati e pazienti che oltre a questi hanno effettuato anche intervento psicoeducativo di gruppo) sono stati utilizzati rispettivamente il test del *Chi-quadrato di Pearson* e il test *t di Student*.

Per studiare la variazione nel tempo dei punteggi al DD in base alla partecipazione o meno alla terapia psicoeducativa è stato utilizzato il metodo

TABELLA IV.

Argomenti trattati nelle sedute di gruppo psicoeducazionale. *Issues dealt during the psychoeducational group.*

La natura medica del disturbo dell'umore di tipo unipolare e di tipo bipolare: andamento nel tempo e possibili complicazioni
I sintomi della depressione affettivi, fisici, cognitivi, neurovegetativi
I sintomi della fase maniacale e ipomaniacale
Concetto di malattia: cosa vuol dire curare la depressione
Influenze ambientali: cause e fattori stressanti concorrenti nell'esordio del Disturbo dell'Umore
La predisposizione genetica
Le oscillazioni dell'umore e loro gestione
La terapia: <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>in fase acuta</i>: la terapia antidepressiva proposta in termini di latenza ed effetti collaterali; focalizzazione sulla deprivazione di sonno ■ <i>preventiva</i>: per ridurre il rischio di ulteriori episodi e ricorrenze ■ <i>di mantenimento</i>: la necessità di assunzione di terapia farmacologica anche dopo aver superato la fase acuta
Rischio associato con la sospensione della terapia
Precoce individuazione dei sintomi e cosa fare quando si verifica una ricorrenza
Gestione dei ritmi biologici
Gli aspetti del ricovero
La relazione medico-paziente
Le attività di reparto
Dimissione e problemi legati al nucleo di supporto principale

della Analisi della Covarianza (ANCOVA) per misure ripetute.

Sono state inoltre effettuate analisi di Regressione logistica per identificare i fattori predittivi di persistenza di distorsione cognitiva; le variabili indipendenti analizzate sono state: l'età, la scolarità, l'onset di malattia, il numero di episodi, la durata del ricovero attuale, la partecipazione all'intervento psicoeducazionale di gruppo, la diagnosi, la familiarità, la presenza di una codiagnosi con l'asse II, la familiarità positiva per disturbo psichiatrico e l'anamnesi positiva per precedenti ospedalizzazioni. Per lo studio dell'outcome a tre mesi dalle dimissioni è stata effettuata l'analisi di regressione secondo il modello *Cox Proportional Hazard Model* nel contesto dell'analisi della sopravvivenza, per identificare le variabili predittive di ricaduta. Le variabili indipendenti prese in considerazione sono state: la partecipazione al gruppo, la presenza di Asse II, il numero di episodi precedenti, la durata dell'episodio indice e la durata del ricovero attuale.

Risultati

I due sottocampioni in esame, i pazienti che hanno partecipato al gruppo psicoeducativo e i pazienti che si sono attenuti ai soli protocolli clinici interni standardizzati, sono risultati omogenei per quanto riguarda le caratteristiche cliniche e socio-demografiche. Hanno inoltre totalizzato punteggi basali paragonabili nei due strumenti di valutazione impiegati in questo studio (si ricorda che le caratteristiche cliniche, socio-demografiche e i punteggi basali di HDRS e DD sono riportati in Tabella III). In prossimità della dimissione, il campione complessivo presentava un punteggio medio finale alla HDRS pari a $5,3 \pm 3,2$ risultando perciò essere indicativo di remissione sintomatologica.

Tuttavia, sempre in prossimità delle dimissioni, è stato somministrato nuovamente il DD e i risultati di tale valutazione hanno indicato che il 51,6% dei pazienti (31/60) riportava presenza di distorsione cognitiva, con un punteggio medio al DD finale pari a $-6,8 \pm 19,5$ (v.n. > 0).

Tramite analisi di regressione logistica, abbiamo quindi valutato quali tra le variabili cliniche e socio-demografiche potessero avere un ruolo significativo nel condizionare la persistenza di distorsione cognitiva nonostante la remissione sintomatologica valutata tramite HDRS.

Tra le variabili indipendenti testate, quelle che condizionavano significativamente la persistenza di distorsione cognitiva sono state: la non partecipazione al gruppo, la presenza di un Disturbo di Personalità e una maggiore durata del ricovero, come mostrato in Tabella V.

Si specifica che non si è verificato alcun effetto significativo sulla persistenza di distorsione cognitiva in relazione alla polarità dei pazienti.

Consideriamo l'influenza della terapia psicoeducazionale di gruppo sull'assenza di distorsione cognitiva: tra coloro che avevano partecipato a questo specifico intervento nel corso del trattamento, oltre ad attenersi ai protocolli clinici specifici, solo il 30% degli stessi (9/30) presentava in prossimità della dimissione distorsione cognitiva, con un punteggio medio al DD finale pari a $-23,4 \pm 16,8$ (v.n. > 0). Invece, per quanto riguarda i pazienti che non avevano partecipato all'intervento psicoeducativo di gruppo attenendosi quindi esclusivamente ai soli protocolli clinici specifici, il 73,3% degli stessi (22/30) presentava distorsione cognitiva in prossimità della dimissione, con un punteggio medio al DD finale pari a $-22,2 \pm 12,4$ (v.n. > 0). Come mostrato in Figura 2, attraverso il metodo dell'analisi della covarianza per misure ripetute, è possibile indicare un effetto significativo della partecipazione al programma psicoeducazionale sulla variazione nel tempo dei punteggi del DD ($p = 0,004$), considerando l'influenza della gravità dell'episodio indice misurata in ingresso tramite HDRS.

TABELLA V.

Regressione logistica: variabili cliniche e demografiche predittive per la persistenza di distorsione cognitiva.
Logistic Regression: clinical and demographic variables predictive of persistence of cognitive distortion.

	Log-likelihood	χ^2	p
Età	-40,08	0,17	0,683
Scolarità	-39,71	0,76	0,384
Onset	-38,69	2,04	0,153
N. episodi	-38,43	0,51	0,477
Durata Ricovero	-31,79	13,29	0,000
Gruppo	-27,29	8,99	0,003
Diagnosi	-27,17	0,24	0,625
Asse II	-20,69	12,97	0,000
Familiarità	-20,42	0,52	0,467
Storia ospedalizzazioni	-20,07	0,71	0,398

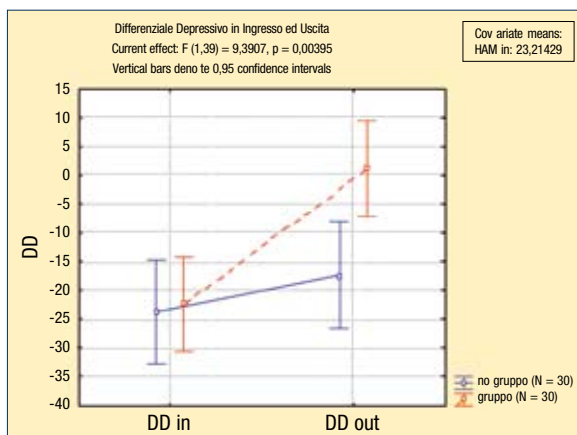


FIGURA 2

ANCOVA per misure ripetute: effetto interattivo della terapia psicoeducazionale e del tempo sulla variazione dei punteggi del DD, covariando per punteggio basale della HDRS. ANCOVA for repeated measures: interactive effect of psychoeducational therapy and time on DD scores variation, using baseline HDRS scores as covariate.

Rivalutando il campione a tre mesi di distanza dalla dimissione, dei 60 pazienti che componevano il campione globale, il 13,33% dei pazienti non ha mantenuto la continuità terapeutica con la struttura (nel nostro studio risultano quindi 8/60 pazienti drop-out); di conseguenza è stato possibile valutare il follow-up a medio termine solo per il restante 86,67% dei pazienti (52/60). Di questi, il 19,23%

(10/52) ha presentato una ricaduta dell'episodio indice entro tre mesi dalla dimissione, in media dopo $6,1 \pm 2,5$ settimane.

L'analisi di regressione ha evidenziato un significativo contributo delle variabili indipendenti studiate sul mantenimento della normotimia a distanza di tre mesi dalla dimissione ($\chi^2 = 12,98$; $p = 0,043$). Tra le variabili testate, quelle significativamente associate ad un maggiore rischio di ricaduta sono state: la presenza di asse II (Beta = 1,34; Wald 3,86; $p = 0,049$) e la durata del ricovero (Beta = 0,07; Wald 4,12; $p = 0,042$), come mostrato in Tabella VI.

Discussione

Dati in letteratura riportano che la remissione da un episodio depressivo è definita da una riduzione dei punteggi delle scale specifiche in assenza di sintomi residui e di disagio funzionale¹⁴. Di fatto, nella pratica clinica, il raggiungimento della remissione avviene solo in circa il 30% dei casi per il persistere di sintomatologia residua³⁰.

Evidenze mostrano quanto la sintomatologia residua in generale, e la distorsione cognitiva nello specifico, giochino un ruolo di primo piano nel decorso clinico dell'episodio depressivo, rappresentando cioè un fattore predittivo di ricadute e indebolimento del funzionamento sociale³¹⁻³².

Considerando quanto appena detto, insieme all'alto rischio di mortalità per suicidio (soprattutto nei

TABELLA VI.

Caratteristiche dei pazienti ricaduti e non ricaduti. Features of relapsed patients and non-relapsed patients.

Variabili categoriche	Pazienti ricaduti (n = 10)		Pazienti non ricaduti (n = 42)		Analisi	
	N	%	N	%	χ^2	p
Intervento Psicoeducazionale					2,52	0,112
■ Sì	8	80,00	22	52,39		
■ No	2	20,00	20	47,61		
Asse II					4,127	0,042
■ Sì	5	50,00	8	19,05		
■ No	5	50,00	34	80,95		
Variabili continue	μ	DS	μ	DS	t	p
N. episodi precedenti	8,30	6,03	7,21	7,16	0,44	0,660
Durata episodio indice	13,80	14,77	20,38	17,07	-1,12	0,268
Durata ricovero	31,40	8,32	23,35	9,23	2,52	0,015
DD in dimissione	-12,24	17,96	-2,43	19,39	-1,46	0,151

soggetti affetti da disturbo bipolare) e, più in generale, alla presenza delle conseguenze psicosociali della malattia, è necessario attuare un piano terapeutico mirato, che inizi dal trattamento durante la fase acuta e che integri la componente psicoeducativa a quella farmacologica^{14 15}.

La prima viene utilizzata all'interno dell'unità operativa di Riabilitazione dei Disturbi dell'Umore come intervento clinico di supporto di gruppo, avente come obiettivo il miglioramento della conoscenza del disturbo da cui i pazienti sono affetti e una conseguente miglior accettazione della gradualità nel recupero delle funzioni momentaneamente sospese.

Tutto ciò può contribuire quindi ad una riduzione del sentimento di inadeguatezza, di inguaribilità e di mancanza di speranza, che rappresenta il fulcro della distorsione cognitiva tipica dell'episodio depressivo e che può inoltre condizionare negativamente l'aderenza ai programmi terapeutici e riabilitativi, aumentando così la probabilità di una ricaduta.

Così come per ogni altro tipo di trattamento, sia esso farmacologico o psicologico, anche per l'intervento psicoeducativo di gruppo non si raggiunge la piena adesione da parte dei pazienti a cui viene proposto: abbiamo potuto così confrontare, dal punto di vista della modificazione della distorsione cognitiva, due gruppi di pazienti formati in base all'aver effettuato o meno l'intervento psicoeducativo supportivo di gruppo combinato ai trattamenti clinici standard.

Per la valutazione della distorsione cognitiva, ci siamo avvalsi del DD, essendo quest'ultimo risultato essere uno strumento attendibile e sensibile che permette di avere un indice oggettivo della cognitività depressiva scevro dagli errori sistematici di sotto e sovrastima, tipici del clinico e del paziente²⁸.

Il primo risultato è stato che, pur ottenuta una riduzione della sintomatologia tale da rendere possibile la dimissione, il 51,6% dei pazienti appartenenti al campione studiato (31/60) presentava al termine del ricovero riabilitativo una persistente distorsione cognitiva misurata tramite DD. Ciò risulta in linea con quanto già descritto in letteratura: non sempre ad una diminuzione dell'intensità della sintomatologia depressiva nella sfera affettiva e neurovegetativa corrisponde una parallela risoluzione delle distorsioni cognitive indotte dall'episodio depressivo. Alcuni studi mostrano che la sospensione

momentanea delle funzioni della sfera cognitiva si associa ad un basso grado di autostima e ad un basso grado di funzionamento globale, identificabili già all'inizio dell'episodio depressivo e con la possibilità di persistere a due anni di distanza dalla fine dello stesso³.

Analizzando i due sottocampioni, il 73,3% dei pazienti (22/30) che non avevano effettuato l'intervento psicoeducativo presentava in dimissione distorsione cognitiva, rispetto al 30% dei pazienti (9/30) che avevano partecipato al gruppo. Tale risultato suggerisce quindi che, anche durante la fase acuta dell'episodio depressivo, un intervento psicoeducativo possa sortire effetti positivi sulla distorsione cognitiva.

Inoltre, nel nostro campione clinico, anche la presenza di un disturbo di personalità oltre al disturbo dell'umore, comportava la persistenza di distorsione cognitiva. Da evidenze in letteratura, è ormai noto che la presenza di alcuni disturbi di personalità comporta e si associa ad un maggior numero di complicazioni cliniche (condotte di abuso di sostanze e di alcool), ad una più elevata impulsività e ad un più alto numero di tentativi di suicidio³³⁻³⁴. Inoltre, sia in letteratura che nella pratica clinica, la presenza di un disturbo di personalità è tra quelle variabili come la durata dell'episodio, la gravità dello stesso e la comorbidità fisica o psichiatrica, che influenzano negativamente l'outcome a breve e a lungo termine dei disturbi dell'umore. In merito a ciò va ricordato che il decorso longitudinale di tali disturbi presenta di per sé un'estrema variabilità inter- ed intra-individuale.

La comorbidità con disturbo di personalità è risultato condizionare il decorso della fase di continuazione della terapia. Infatti dai nostri risultati emerge una ricaduta dell'episodio indice nel 19,23% dei casi entro tre mesi dalla dimissione, in particolare nei pazienti con disturbo di personalità associato. Il risultato che i pazienti ricaduti presentavano punteggi al DD al momento della dimissione indicativi di persistenza di distorsione cognitiva (DD = -15,49 ± 20,15) risulta fondamentale nell'ottica di un necessario e continuo monitoraggio del paziente lungo le varie fasi che costituiscono la patologia dell'umore, accertando così la qualità e l'invasività dei sintomi residui³⁵.

Uno dei limiti dello studio è riconducibile alla natura osservazionale dello stesso, ovvero le variabili prese in considerazione (l'esito clinico e una presunta causa) vengono monitorate (osservate) in

ciascuno dei due gruppi, per valutare eventuali relazioni causa-effetto.

Data la natura non randomizzata del presente studio, non si può concludere che l'effetto osservato di una maggiore riduzione della distorsione cognitiva nei pazienti che avevano partecipato al gruppo sia da attribuire totalmente all'efficacia dell'intervento psicoeducativo e non all'influenza delle variabili cliniche che, nel presente lavoro, condizionavano l'ingresso al programma psicoeducativo.

Nella prospettiva futura di ulteriori approfondimenti in merito a quanto appena esposto, si potrà fare riferimento all'ausilio di un disegno sperimentale randomizzato.

Conclusioni

In base ai nostri riscontri, l'intervento psicoeducazionale nel corso del trattamento di pazienti ricoverati per episodio depressivo maggiore secondo i criteri del DSM-IV-TR può contribuire alla riduzione della distorsione cognitiva, fulcro della sintomatologia residua in corso di trattamento antidepressivo e fattore di rischio per una minor durata della normotimia.

Bibliografia

- 1 Andrew B, Hawton K, Fagg J, Westbrook D. *Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric in-patients?* Br J Psychiatry 1993;163:747-54.
- 2 Bouhuys AL, Geerts E, Gordijn MC. *Depressed patients' perceptions of facial emotions in depressed and remitted states are associated with relapse: a longitudinal study.* J Nerv Ment Dis 1999;10:595-602.
- 3 Bothwell R, Scott J. *The influence of cognitive variables on recovery in depressed inpatients.* J Affect Disord 1997;43:207-12.
- 4 Cannon B, Mulroy R, Otto WM, Rosenbaum JF, Fava M, Nierenberg AA. *Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression.* J Affect Disord 1999;55:45-9.
- 5 Beck AT, Sterr RA, Beck JS, Newman CF. *Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression.* Suicide Life Threat Behav 1993;23:139-45.
- 6 Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. *Hopelessness, depression, and attempted suicide.* Am J Psychiatry 1973;4:455-9.
- 7 Colom F, Vieta E. *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare.* Edizione Fioriti 2004.
- 8 Widiger T, Rogers JH. *Prevalence and comorbidity of personality disorders.* Psychiatric Ann 1989;19:132-6.
- 9 Weissman, MM. *The epidemiology of personality disorders: a 1990 update.* J Pers Disord 1993;7:44-62.
- 10 Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, Shors MM, Dunner DL. *DSM III-R Personality Disorders in a Mood and Anxiety Disorders Clinic: prevalence, comorbidity and clinical correlates.* J Affect Disord 1993;27:71-9.
- 11 Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC, King D, Lemmi H. *The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study.* Am J Psychiatry 1985;142:192-8.
- 12 Pope HG Jr, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG. *The validity of DSM-III borderline personality disorder: a phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study.* Arch Gen Psychiatry 1983;40:23-30.
- 13 Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. *Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission.* Am J Psychiatry 2004;161:2108-14.
- 14 Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. *Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder.* Biol Psychiatry 2000;48:593-604.
- 15 Dunbar GC, Lishman WA. *Depression, recognition-memory and hedonic tone a signal detection analysis.* Br J Psychiatry 1984;144:376-82.
- 16 Bowers WA. *Treatment of depressed inpatients: cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication and medication alone.* Br J Psychiatry 1990;156:73-8.
- 17 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;68:3-6.
- 18 Brown C, Battista DR, Sereika SM, Bruehlman RD, Dunbar-Jacob, Thase ME. *How can you improve antidepressant adherence?* J Fam Pract 2007;56:356-63.
- 19 Wirz-Justice A, Benedetti F, Berger M, Lam RW, Martiny K, Terman M, et al. *A Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders.* Psychol Med 2005;35:939-44.
- 20 Benedetti F, Colombo C, Barbini B, Campori E, Smeraldi E. *Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression.* J Affect Disord 2001;62:221-3.
- 21 Benedetti F, Colombo C, Bernasconi A, Barbini B, Fulgosi MC, Pontiggia A. *Chronobiological treatments of bipolar depression.* J Affect Disord 2004;78(Suppl 1):S14.

- ²² American Psychiatric Association Milano. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. 4th edn. Text Revision. Washington, DC, 2000.
- ²³ Moller HJ, Demyttenaere K, Sacchetti E, Rush AJ, Montgomery SA. *Improving the chance of recovery from the short and long term consequences at depression*. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18:219-25.
- ²⁴ Geddes JR, Carrey SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. *Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review*. *Lancet* 2003;22:361:653-69.
- ²⁵ 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*. *Giorn Ital Psicopat* 2005;11:151-6.
- ²⁶ 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 Neuropsychiatry* 2006;4:282-5.
- ²⁷ Franchini L, Vinante C, Ballan S, Callegari C, Romagnolo F, Zonda E, et al. *Intervento riabilitativo nel corso del trattamento di un episodio depressivo maggiore e recupero soggettivo del funzionamento globale: esperienza clinico-pratica presso il Centro per i Disturbi dell'Umore dell'Ospedale San Raffaele Turro*. *Psich Psicoter* 2008;3:220-30.
- ²⁸ Benedetti F, Barbini B, Cigala Fulgosi M, Pontiggia A, Colombo C, et al. *Cognitive assessment of depression: a new test for mood disorders*. *Clin Neuropsychiatry* 2005;23:149-65.
- ²⁹ Baving L, Maes H, Bohus M, Lis S, Krieger S, Olbrich H, et al. *Can negative self-schemes in depressives be altered through sleep deprivation?* *J Affect Disord* 1997;42:93-101.
- ³⁰ Zimmerman M, Mc Ginchey JB, Posternak M, Friedman M, Boerescu D, Attiullah N. *Remission in depression outpatients: more than just symptom resolution?* *J Psychiatr Res* 2008;10:797-801.
- ³¹ Kennedy N, Paykel ES. *Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome*. *J Affect Disord* 2004;80:135-44.
- ³² Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. *Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse*. *J Affect Disord* 1998;50:97-108.
- ³³ Loftus ST, Jaeger J. *Psychosocial outcome in bipolar I patients with a personality disorder*. *J Nerv Ment Dis* 2006;12:967-70.
- ³⁴ Carballo JJ, Elizabeth Sublette M, Moreno C, Galvalvy HC, Brent DA, Birmaher B, et al. *Substance use disorders and suicide attempts in bipolar subtypes*. *J Psychiatr Res* 2009;43:230-8.
- ³⁵ Fava GA, Visani D. *Psychosocial determinants of recovery in depression*. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10:461-72.