

Diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare per il disturbo bipolare tipo I nei CSM italiani

Implementing family psychoeducational intervention for bipolar I disorder in 11 Italian Mental Health Centres

V. Del Vecchio¹, M. Luciano¹, C. Malangone¹, D. Giacco¹, C. De Rosa¹, G. Sampogna¹, L. Del Gaudio¹, V. Vinci¹, E. Di Iorio², N. Feliziani³, R. Pescosolido⁴, G. Ciampini⁵, D. Lampis⁶, L. De Falco⁷, S. Biondi⁸, A. Riva⁹, E. Orlandi¹⁰, C. Baronessa¹¹, M. Piselli¹², A. Fiorillo¹, M. Maj¹

¹Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN; Centro di Salute Mentale di ²Campobasso, ³Colleferro, ⁴Grosseto, ⁵Lanciano, ⁶Lanusei; ⁷Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano, Centro di Salute Mentale di ⁸Montecatini, ⁹Ravello, ¹⁰Sassuolo, ¹¹Monza, ¹²Foligno

Summary

Objectives

This study, funded by the Italian Ministry of Health and coordinated by the Department of Psychiatry of the University of Naples SUN, aims to: 1) promote the use of a structured family psychoeducational intervention in patients with bipolar I disorder and their families in Italian mental health centres; 2) assess its implementation in routine care; c) evaluate its effects on psychopathological status and social functioning of patients and their relatives.

Methods

This study included the following phases: 1) random selection of 11 Italian mental health centres; 2) development of informative materials and of assessment instruments; 3) training of 2 mental health workers per centre; 4) selection of 8 families of patients with bipolar I disorder for each centre and administration of family psychoeducational intervention. The difficulties and benefits encountered by professionals in implementing the intervention were registered on the Family Intervention Schedule (FIS), a 46-item self-report instrument collecting information on: 1) number of families to whom the intervention was proposed; 2) clinical and organisational difficulties experienced by the staff in the provision of the intervention; 3) advantages reported by the staff.

Results

The intervention has been proposed to 79 patients and their relatives. Six of them did not accept it, further 9 families left the study after receiving the informative packages. Mental health workers reported several advantages in the conduction of the intervention, in particular, improvement of their professional skills and job satisfaction, which tend to increase over time. The most frequent difficulties in implementing the intervention are the integration of family work with other responsibilities and the allowance of time to perform the intervention. These difficulties are already high at the end of the training course and tend to be stable over time.

Conclusions

The results of this study suggest that family psychoeducational interventions are feasible in routine settings of Italian mental health centres for the treatment of bipolar I disorder. However, in order to facilitate the dissemination of this intervention on a large scale, organisational changes are needed.

Key words

Psychoeducational family interventions • Bipolar I disorder • Implementation, Clinical practice

Riassunto

Obiettivi

Questo studio, condotto dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN e finanziato dal Ministero della Salute, si è proposto di: 1) favorire la diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare secondo Falloon nei pazienti con disturbo bipolare tipo I nei centri di salute mentale italiani; 2) identificare e valutare i vantaggi e le difficoltà che ostacolano l'implementazione dell'intervento dal punto di vista degli operatori e dei familiari; 3) stimarne l'effetto sullo stato psicopatologico e il funzionamento sociale dei pazienti e dei loro familiari.

Materiali e metodi

Lo studio ha previsto le seguenti fasi: 1) selezione randomizzata di 11 CSM; 2) sviluppo del materiale informativo e scelta degli strumenti di valutazione; 3) formazione di 2 operatori per centro all'intervento psicoeducativo familiare e agli strumenti di valutazione; 4) uso dell'intervento in almeno 8 famiglie di utenti con disturbo bipolare tipo I in carico al CSM. Ciascun operatore ha compilato la Scheda sugli Interventi Familiari (SIF), che indaga: a) il numero di famiglie che hanno iniziato, completato o interrotto l'intervento; b) i vantaggi e le difficoltà cliniche ed organizzative incontrate dagli operatori nell'uso dell'intervento, valutate mediante una scala

Corrispondenza

Valeria Del Vecchio, Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Napoli, Italia • Tel. +39 081 5666531 • Fax +39 081 5666523 • E-mail: valeria.delvecchio@alice.it

da 0 (“nessuna difficoltà/ vantaggio”) a 10 (“molte difficoltà/ vantaggi”) livelli.

Risultati

Sono state contattate 79 famiglie, di cui 6 hanno rifiutato. Altre 9 hanno abbandonato lo studio dopo la fase informativa per mancanza di tempo, scarsa motivazione o comparsa di una malattia fisica in un congiunto. Gli operatori hanno riportato numerosi vantaggi nella conduzione dell'intervento, tra i quali un miglioramento delle proprie competenze professionali e una maggiore soddisfazione per il proprio lavoro. A distanza di 9 mesi, questi vantaggi aumentano in misura statisticamente significativa. Le difficoltà riportate dagli operatori risultano stabili nel tempo e riguardano soprattutto l'integrazione dell'interven-

Introduzione

I disturbi bipolari sono tra le patologie mentali a più alto costo personale e sociale^{1,2} e rappresentano la sesta causa di disabilità al mondo^{3,4}, comportando una significativa compromissione del funzionamento lavorativo, familiare e sociale delle persone affette⁵. Fino al 60% dei pazienti in terapia farmacologica a lungo termine ha almeno una recidiva nei due anni successivi ad un episodio acuto⁶, e almeno la metà presenta sintomi interepisodici di rilievo. I disturbi bipolari costituiscono un problema significativo anche per i servizi di salute mentale italiani. Infatti, dopo le psicosi (36%) e i disturbi depressivi unipolari (21%), rappresentano la terza causa di ricovero ospedaliero in psichiatria (18%) e la seconda se si considerano solo i ricoveri effettuati in regime di trattamento sanitario obbligatorio⁷. Inoltre, questo disturbo comporta elevati livelli di carico familiare⁸⁻¹⁰, dovuti verosimilmente a diversi fattori, quali: a) frequenti tentativi di suicidio; b) elevata mortalità; c) frequente abuso di alcool e droghe; d) consistenti problemi economici; e) marcate difficoltà coniugali e nel ruolo genitoriale.

Numerosi studi hanno dimostrato che gli interventi psicoeducativi rivolti ai pazienti con disturbi mentali gravi ed ai loro familiari possono ridurre il numero di ricadute¹¹, migliorare l'aderenza ai trattamenti farmacologici¹², aiutare i pazienti e i familiari a riconoscere tempestivamente i segni iniziali di crisi¹³, migliorare la comunicazione all'interno del nucleo familiare¹⁴⁻¹⁷.

Attualmente, le principali linee-guida internazionali^{18,19} sottolineano la necessità di fornire questi interventi ai pazienti affetti da disturbo bipolare tipo I e ai loro familiari. In particolare, le linee-guida del NICE²⁰ e della *British Association for Psychopharmacology*²¹ raccomandano l'integrazione del trattamento farmacologico a lungo termine con un intervento psicoeducativo familiare, da somministrare per almeno 6-9 mesi subito dopo la remissione da un episodio acuto di malattia.

Nonostante le evidenze scientifiche, questi interventi

to con gli altri carichi lavorativi e la necessità di dover condurre l'intervento fuori orario.

Conclusioni

I risultati di questo studio evidenziano la possibilità di utilizzare l'intervento psicoeducativo familiare per il trattamento del disturbo bipolare tipo I nei CSM italiani. Tuttavia, per favorirne la diffusione su larga scala appaiono necessari provvedimenti a livello organizzativo.

Parole chiave

Intervento psicoeducativo familiare • Disturbo bipolare tipo I • Diffusione • Pratica clinica

solo raramente sono forniti nei centri di salute mentale (CSM). Le principali difficoltà che ostacolano l'utilizzo dell'intervento nella pratica clinica sono legate a: a) scarsa disponibilità dei percorsi formativi²²; b) poca attenzione dedicata, in fase di disseminazione, alle dinamiche relazionali dell'équipe²³; c) background professionale degli operatori; d) contesto socio-culturale dell'utenza²⁴; e) organizzazione dei servizi^{24,25}.

Questo studio, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN, si è proposto di: 1) favorire la diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare secondo Falloon in pazienti con disturbo bipolare tipo I; 2) individuare i vantaggi e le difficoltà che ostacolano l'implementazione, su larga scala di questo intervento; 3) valutarne l'effetto sullo stato psicopatologico e il funzionamento sociale dei pazienti e dei loro familiari. In questo articolo riportiamo i dati a 9 mesi relativi ai punti 1) e 2).

Materiali e metodi

Lo studio ha previsto le seguenti fasi: 1) selezione di 11 CSM sull'intero territorio nazionale; 2) sviluppo del materiale informativo e scelta degli strumenti di valutazione; 3) formazione di almeno 2 operatori per centro all'intervento psicoeducativo familiare e agli strumenti di valutazione; 4) uso dell'intervento in almeno 8 famiglie di utenti con disturbo bipolare tipo I in carico al CSM.

Gli 11 CSM invitati a partecipare allo studio sono stati selezionati con procedura randomizzata e stratificata per area geografica e densità di popolazione tra tutti quelli operanti sul territorio nazionale. Per ogni CSM selezionato, sono stati individuati due operatori, di cui almeno uno psichiatra, per condurre l'intervento nel centro.

Il materiale informativo è stato sviluppato attraverso le seguenti fasi: a) revisione della letteratura; b) analisi dei principali testi disponibili; c) adattamento al disturbo bipolare tipo I e al contesto italiano del modello psicoeducativo familiare sviluppato da Falloon per la schizofrenia²⁶.

Il percorso formativo degli operatori dei CSM ha previsto: a) tre moduli mensili di due giorni e mezzo ciascuno (20 ore per modulo); b) un incontro informativo sullo studio con l'équipe di ogni CSM coinvolto, utilizzando una breve presentazione fornita dal centro coordinatore; c) cinque incontri di supervisione al lavoro con le famiglie, ciascuno della durata di un giorno e mezzo; d) supervisioni telefoniche a intervalli regolari.

Sono stati inclusi nello studio i pazienti con: a) diagnosi di disturbo bipolare tipo I secondo i criteri del DSM-IV, in trattamento farmacologico a lungo termine e in fase di compenso clinico; b) età compresa tra 18 e 65 anni; c) presa in carico da almeno 6 mesi, con almeno un contatto al mese; d) presenza di almeno un episodio affettivo negli ultimi tre anni; e) convivenza con almeno un familiare di età compresa tra 18 e 70 anni; f) capacità di fornire il consenso informato a partecipare allo studio. Sono stati esclusi i pazienti che erano stati ricoverati o che avevano presentato un marcato peggioramento clinico nei due mesi precedenti lo studio, o in caso di presenza di malattie organiche o psichiatriche nei familiari tali da richiedere assistenza specialistica e/o continuativa.

In ciascuna supervisione, gli operatori partecipanti hanno compilato una versione rivista della Scheda sugli Interventi Familiari (SIF)²⁴. Si tratta di uno strumento autosomministrato composto da 46 item che indaga: a) il numero di famiglie che hanno iniziato, completato o interrotto l'intervento; b) i vantaggi e le difficoltà cliniche ed organizzative incontrate dagli operatori nell'uso dell'intervento, valutate mediante una scala da 0 ("nessuna difficoltà/vantaggio") a 10 ("molte difficoltà/vantaggi"). Le difficoltà incontrate dagli operatori sono state discusse in piccolo gruppo utilizzando la tecnica del problem solving in ciascuna supervisione.

La diffusione dell'intervento è stata valutata in termini di: a) numero di operatori che hanno completato la formazione; b) numero di famiglie che hanno ricevuto l'intervento.

Analisi statistiche

Le caratteristiche socio-demografiche degli operatori sono state valutate mediante statistiche descrittive e frequenze. In accordo con la letteratura precedente, gli item relativi alle difficoltà sono stati distinti in difficoltà cliniche ed organizzative²⁴. Considerata la distribuzione asimmetrica dei punteggi, i singoli item della SIF ad un mese dall'inizio del reclutamento sono stati confrontati con i punteggi a 9 mesi, utilizzando il test non parametrico di Wilcoxon per dati appaiati sull'intero campione. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il programma SPSS, versione 17.0. Il livello di significatività statistica è stato fissato a $p < 0,05$.

Risultati

Tutti i centri contattati hanno aderito allo studio. Il gruppo di lavoro iniziale era costituito da 22 operatori, di cui 1 non ha completato la formazione per motivi personali. I 21 operatori che hanno completato la formazione sono medici (44%), psicologi (22%), infermieri (28%) e tecnici della riabilitazione psichiatrica (6%). Lavorano in ambito sanitario da più di 12 anni e da 10 in ambito psichiatrico. Sebbene il 61% abbia già partecipato a precedenti corsi di formazione sugli interventi psicoeducativi familiari, solo il 33% li ha utilizzati nella pratica clinica (Tab. I). Altri 3 operatori hanno abbandonato lo studio al termine del percorso formativo per trasferimento in altra sede o per motivi personali.

I vantaggi principali riportati dagli operatori alla prima supervisione riguardano il miglioramento delle proprie competenze professionali e la soddisfazione per il proprio lavoro. A distanza di 9 mesi dalla prima valutazione si osserva un incremento di tutti i vantaggi riportati dagli operatori, con un aumento significativo nel miglioramento del rapporto con gli utenti e i loro familiari ($p < 0,001$) e nel sostegno fornito alle famiglie ($p < 0,01$). Inoltre, dopo 9 mesi gli operatori riportano una conoscenza più approfondita del contesto familiare dei pazienti trattati ($p < 0,01$) e una maggiore soddisfazione per il proprio lavoro ($p < 0,05$) (Tab. II).

Le difficoltà riportate dagli operatori risultano stabili nel tempo e riguardano soprattutto quelle di tipo organizzativo. In particolare, l'integrazione dell'intervento con gli altri carichi lavorativi, la necessità di dover condurre l'intervento fuori dell'orario di lavoro e la mancanza di tem-

TABELLA I.

Caratteristiche socio-demografiche e professionali degli operatori di salute mentale ($n = 18$). *Socio-demographic and professional characteristics of mental health workers ($n = 18$).*

Sesso, F %	78
Età, m (DS)	38,2 (7,3)
Anni di lavoro in ambito sanitario, m (DS)	12,7 (6,8)
Anni di lavoro in psichiatria, m (DS)	10,0 (6,9)
<i>Ruolo, %</i>	
Medico	44
Psicologo	22
Infermiere	28
Tecnico della riabilitazione	6
Partecipazione ad altri corsi di formazione agli interventi familiari, sì; %	61
Utilizzo in passato degli interventi familiari, sì; %	33
Contatti regolari con le famiglie, sì, %	72

TABELLA II.

Vantaggi riportati dagli operatori nel condurre l'intervento. *Advantages reported by the professionals in conducting the intervention.*

Vantaggi	M (DS) Range 0-10	
	1 mese	9 mesi
Miglioramento dei rapporti con gli utenti*	5,7 (± 2,5)	8,3 (± 0,8)
Sostegno fornito alle famiglie degli utenti**	5,3 (± 3,1)	8,1 (± 0,8)
Maggiore conoscenza del contesto familiare degli utenti in carico**	5,4 (± 2,7)	8,1 (± 0,5)
Miglioramento dei rapporti con le famiglie degli utenti*	5,5 (± 2,8)	8,4 (± 0,8)
Miglioramento delle proprie competenze professionali	6,2 (± 2,5)	7,2 (± 2,0)
Soddisfazione per il proprio lavoro***	6,2 (± 2,4)	7,7 (± 0,9)
Miglioramento della relazione con i colleghi	2,8 (± 2,7)	4,6 (± 2,1)

* p < 0,001; ** p < 0,01; *** p < 0,05.

TABELLA III.

Difficoltà riportate dagli operatori nel condurre l'intervento. *Difficulties reported by the professionals in conducting the intervention.*

Difficoltà	M (DS) Range 0-10	
	1 mese	9 mesi
Difficoltà ad identificare famiglie adatte per l'intervento	5,5 (± 1,9)	5,7 (± 2,7)
Necessità di dover condurre l'intervento fuori dell'orario di lavoro	6,2 (± 2,3)	6,2 (± 2,6)
Lavoro troppo faticoso e impegnativo	5,1 (± 2,1)	5,1 (± 1,8)
Mancanza di tempo	6,1 (± 2,3)	6,8 (± 1,9)
Difficoltà ad integrare l'intervento con gli altri impegni di lavoro	6,9 (± 2,2)	7,4 (± 1,5)
Mancanza di sostegno dal Responsabile del Centro	2,9 (± 3,0)	3,2 (± 1,9)
Resistenza dei colleghi a segnalare possibili casi	5,0 (± 3,2)	5,9 (± 2,5)
Mancanza di esperienza con le tecniche comportamentali	2,8 (± 2,2)	3,3 (± 2,9)
Mancanza di esperienza nell'intervento familiare	3,3 (± 2,8)	3,3 (± 2,9)
Difficoltà ad adattare l'intervento alle necessità della famiglia*	3,0 (± 1,7)	4,2 (± 2,7)
Difficoltà a tenere gli incontri con le famiglie	1,9 (± 1,9)	3,3 (± 2,5)
Difficoltà a proporre l'intervento alle famiglie	1,4 (± 1,5)	2,6 (± 2,5)

* p < 0,05.

po rappresentano gli aspetti maggiormente problematici per gli operatori (Tab. III).

Settantanove famiglie sono state contattate per l'intervento, di cui 6 hanno rifiutato di partecipare. Delle 73 famiglie che hanno iniziato a ricevere l'intervento, 9 lo hanno abbandonato dopo la fase informativa. I motivi principali dei rifiuti e dei drop-out sono stati la mancanza di tempo, la scarsa motivazione del nucleo familiare e la comparsa di una malattia in un congiunto. I risultati clinici e sociali dell'intervento sui pazienti e i familiari verranno riportati in ulteriori lavori.

Discussione

Nonostante siano stati condotti numerosi studi sulla diffusione e l'implementazione degli interventi psicoeducativi familiari in alcuni disturbi mentali gravi come la schizofrenia e la depressione maggiore, sono disponibili solo pochi studi nel disturbo bipolare tipo I. Il nostro lavoro è il primo ad aver esplorato la possibilità di utilizzare nella pratica clinica l'intervento psicoeducativo familiare secondo Falloon in questa patologia. Inoltre, il reclutamen-

to di 11 centri di salute mentale attraverso una procedura randomizzata, e stratificati per area geografica e densità di popolazione su tutto il territorio nazionale, ha reso, per quanto preliminari, i nostri risultati rappresentativi del contesto italiano.

I dati ottenuti confermano la possibilità di introdurre questo intervento tra le attività di routine dei servizi di salute mentale italiani. In particolare, per favorire la diffusione dell'intervento andrebbero presi in considerazione i seguenti elementi:

- 1) le caratteristiche degli operatori. È stato documentato che gli operatori non medici (infermieri, riabilitatori psichiatrici, assistenti sociali) hanno una maggiore capacità di effettuare l'intervento psicoeducativo familiare, in quanto sono a più stretto contatto con i pazienti e i loro familiari²⁷. D'altra parte, la scelta metodologica di coinvolgere almeno uno psichiatra per CSM può aver favorito la selezione e il reclutamento dei nuclei familiari. Infatti, tutti gli operatori partecipanti hanno condotto le valutazioni del contesto familiare e le sedute informative in almeno 4 famiglie per centro, e il 78% ha condotto la prima fase dell'intervento in almeno 6 famiglie. Questo dato appare rilevante se paragonato con altri studi in cui il numero di famiglie trattate è decisamente inferiore²⁸ e può essere dovuto, almeno in parte, all'impatto positivo che l'utilizzo dell'intervento ha avuto sugli operatori, la cui soddisfazione professionale nel corso di 9 mesi è aumentata in maniera statisticamente significativa da 6,2 a 7,7 ($p < 0,001$) e ai numerosi vantaggi riferiti dagli operatori nella conduzione dell'intervento. Infatti, il miglioramento dei rapporti con gli utenti e con le loro famiglie, che aumentano rispettivamente da 5,7 a 8,3 ($p < 0,01$) e da 5,5 a 8,4 ($p < 0,01$) potrebbe aver favorito l'adesione dei familiari al protocollo dell'intervento;
- 2) l'organizzazione dei corsi di formazione. Nel nostro studio, l'organizzazione modulare ha favorito un'attiva partecipazione di tutti gli operatori attraverso *role-play*, simulate in piccolo gruppo e svolgimento di "compiti a casa" tra un modulo formativo e il successivo. Tutti i centri contattati hanno partecipato a tutto lo studio, a differenza di altri studi con metodologia simile in cui sono state riportate maggiori percentuali di drop-out dei centri²⁹. Inoltre, il coinvolgimento diretto del Responsabile del centro, attraverso la scelta degli operatori partecipanti e un regolare aggiornamento circa i progressi dello studio, ha probabilmente favorito la conduzione dell'intervento³⁰, come testimoniato dal fatto che il 92% degli operatori coinvolti abbia completato la formazione. Infine, le supervisioni effettuate a cadenza regolare e il contatto telefonico costante tra il centro coordinatore e i partecipanti ha consentito di affrontare in "tempo reale"

le difficoltà pratiche emerse durante la conduzione dell'intervento^{24 28};

- 3) le caratteristiche del disturbo bipolare tipo I. Il decorso fasico, la presenza di elevati livelli di disabilità nelle fasi intercritiche³¹, il rischio di ricadute nonostante l'assunzione regolare della terapia, e gli elevati livelli di carico familiare rendono particolarmente indicato l'intervento psicoeducativo familiare in questo disturbo. L'elevato numero di famiglie che ha accettato di partecipare allo studio, e soprattutto il numero di famiglie che ha completato l'intervento, indica la necessità dei familiari dei pazienti con disturbo bipolare tipo I di ricevere maggiori informazioni e soluzioni pratiche per la gestione delle diverse fasi di malattia che caratterizzano questa patologia, nonché di un loro maggiore coinvolgimento nel percorso terapeutico. Un ulteriore elemento che può aver contribuito al reclutamento di una percentuale così elevata di nuclei familiari può essere dovuto alla scelta di includere pazienti in fase di compenso clinico, con un contatto regolare con il CSM, che non hanno presentato un peggioramento clinico e che non sono stati ricoverati negli ultimi due mesi.

Tuttavia, nonostante la buona risposta ricevuta dagli operatori e dai familiari, la diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare nella routine dei centri di salute mentale presenta ancora alcune criticità, come confermato da altri studi presenti in letteratura²⁹. Gli operatori, infatti, hanno riferito di aver incontrato numerose resistenze da parte dei colleghi nella segnalazione di possibili famiglie adatte per l'intervento, sebbene la metodologia abbia previsto la presentazione dello studio in una riunione d'équipe preliminare, in modo da consentire a tutti gli operatori del centro di conoscere le finalità e i benefici legati all'utilizzo dell'intervento.

Le difficoltà più frequentemente riscontrate dagli operatori riguardano soprattutto la necessità di dover condurre l'intervento fuori l'orario di lavoro e la difficoltà di integrare l'intervento con altri carichi di lavoro. Queste difficoltà non si riducono nel corso del tempo, nonostante ad ogni supervisione siano state affrontate con la tecnica del problem solving. È probabile, quindi, che per una reale diffusione dell'intervento siano necessari provvedimenti strutturali di riorganizzazione e di redistribuzione dei carichi di lavoro dell'équipe^{25 32}.

Conclusioni

I risultati di questo studio evidenziano la possibilità di utilizzare l'intervento psicoeducativo familiare per il trattamento del disturbo bipolare tipo I nei CSM italiani, e sottolineano la risposta favorevole di pazienti, familiari e operatori. Tuttavia, per favorire la diffusione di questo intervento su larga scala, appare necessario intervenire a

livelli organizzativi, consentendo agli operatori sanitari non medici di svolgere l'intervento, con il coinvolgimento attivo degli psichiatri e dei responsabili, almeno nella fase di programmazione e pianificazione.

Bibliografia

- 1 Murray CLJ, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press 1996.
- 2 Wolff N, Perlick DA, Kaczynski R, et al. *Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder*. J Ment Health Policy Econ 2006;9:99-110.
- 3 Kupfer DJ. *The increasing medical burden in bipolar disorder*. JAMA 2005;293:2528-30.
- 4 Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, et al. *Caregiver burden and health in bipolar disorder. A cluster analytic approach*. J Nerv Ment Dis 2008;196:484-91.
- 5 Revicki DA, Matza LS, Flood E, et al. *Bipolar disorder and health-related quality of life. Review of burden of disease and clinical trials*. Pharmacoeconomics 2005;23:583-94.
- 6 Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, et al. *Relapse and impairment in bipolar disorder*. Am J Psychiatry 1995;152:1635-40.
- 7 Preti A, Rucci P, Santone G, et al. *Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy*. Psychol Med 2008;38:1-12.
- 8 Heru AM, Ryan CE. *Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up*. J Affect Disord 2004;83:221-5.
- 9 Dore G, Romans SE. *Impact of bipolar affective disorder on family and partners*. J Affect Disord 2001;67:147-58.
- 10 Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. *What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden*. J Affect Disord 2006;94:157-63.
- 11 Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, et al. *Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial*. Bipolar Disord 2008;10:511-9.
- 12 Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, et al. *A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder*. Arch Gen Psychiatry 2003;60:904-12.
- 13 Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. *Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients*. Psychother Psychosom 2004;73:312-9.
- 14 Fountoulakis KN, Grunze H, Panagiotidis P. *Treatment of bipolar depression: an update*. J Affect Disord 2008;109:21-34.
- 15 Fountoulakis KN. *The emerging modern face of mood disorders: a didactic editorial with a detailed presentation of data and definitions*. Ann Gen Psychiatry 2010;12:9-14.
- 16 Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, et al. *Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families*. Psychiatr Serv 2006;57:266-9.
- 17 Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, et al. *Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial*. Br J Psychiatry 2011;198:385-90.
- 18 Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, et al. *The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression*. World J Biol Psychiatry 2010;11:81-109.
- 19 Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et al. *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009*. Bipolar Disord 2009;11:225-55.
- 20 National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines for Bipolar Disorder. 2011. <http://guidance.nice.org.uk/CG38>
- 21 Goodwin GM, Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. *Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition--recommendations from the British Association for Psychopharmacology*. J Psychopharmacol 2009;23:346-88.
- 22 Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. *The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family*. Br J Psychiatry 1987;150:285-92.
- 23 Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, 5. ed. New York: Free Press 2003.
- 24 Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, et al. *Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: results of a study funded by the European Commission*. World Psychiatry 2005;4:45-9.
- 25 Milne D, Gorenski O, Westerman C, et al. *What does it take to transfer training? Psychiatric Rehabilitation Skills* 2000;4:259-81.
- 26 Falloon IRH. *Family management of schizophrenia: a controlled study of clinical, social, family and economic benefits*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press 1985.
- 27 Willetts LE, Leff J. *Improving the knowledge and skills of psychiatric nurses: efficacy of a staff training programme*. J Adv Nurs 2003;42: 237-43.
- 28 Fadden G. *Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programmes: a major cause for concern*. J Ment Health 1997;6:599-612.
- 29 McFarlane R, McNary S, Dixon L, et al. *Predictors of dissemination of family psychoeducation in community mental health centers in Maine and Illinois*. Psychiatr Serv 2001;52:935-42.
- 30 Backer TE, Liberman RP, Kuehnel TG. *Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions*. J Consult Clin Psychol 1986;54:111-8.
- 31 Keller MB, Lavori PW, Coryell W, et al. *Bipolar I: A five-year prospective follow-up*. J Nerv Ment Dis 1993;181:238-45.
- 32 Amenson CS, Liberman RP. *Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia*. Psychiatr Serv 2001;52:589-92.