

Aderenza ed interventi psicosociali

Table 2 Studies of non-adherence to medication in patients with major medical conditions (data from 14)

Medical condition	Number of studies	Non-/poor adherence
Diabetes mellitus	23	32.5%
Pulmonary diseases	41	31.2%
Infectious diseases	34	26.0%
End-stage renal disease	20	30.0%
Eye disorders	15	27.4%
Infectious diseases	34	26.0%
Obstetric and gynecological disorders	19	25.2%
Ear, nose, throat and mouth disorders	30	24.9%
Cardiovascular diseases	129	23.4%
Skin disorders	11	23.1%
Genitourinary and sexually transmitted diseases	17	23.0%
Cancer	65	20.9%
Gastrointestinal disorders	42	19.6%
Arthritis	22	18.8%
HIV/AIDS	8	11.7%

scarsa aderenza ai
trattamenti: problema NON
specifico del disturbo bipolare
o dei disturbi psichiatrici

Factors associated with non adherence

Patient characteristics

Sex, age, race

Education

Socio-economic status

Knowledge

Perceived need for treatment (insight)

Motivation

Beliefs about treatment risks and benefits

Past experiences/“transference”

Past history of adherence

Self-stigma

Illness characteristics

Illness duration (first episode, chronic)

Illness phase (acute, maintenance, etc.)

Symptom type and severity (e.g., negative symptoms, depression, demoralization)

Cognitive function

Lack of insight

Substance use

Comorbidities

Degree of refractoriness

Potential for relatively asymptomatic intervals or “spontaneous remission”

fattori su cui possiamo intervenire

Factors associated with non adherence

Family/caregiver characteristics

Nature of relationship

Perceived need for treatment (insight)

Beliefs about treatment risks and benefits

Knowledge, beliefs, attribution

Involvement in psychoeducation

Involvement in adherence monitoring

Stigma

Environmental characteristics

Physical environment

Level of supervision

Orderliness

Safety and privacy

Stigma

Extrafamilial support system

Medication characteristics

Efficacy (consider different domains)

Effectiveness

Adverse effects (of relevance for the patient)

Delivery systems/formulation

Dosage frequency

Cost/access

fattori su cui possiamo intervenire

Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review

Results suggested that medication adherence is associated with health beliefs and psychological variables, such as self-efficacy and locus of control. Family support was also positively related to medication adherence.

2.6.4 Psychological interventions

There are a number of types of psychological interventions for which there is a current evidence base as described below. A common aim of these approaches is to provide the service user with a set of mood regulation and self-management skills to address the challenges of living with bipolar disorder more effectively after the psychological intervention. The main approaches currently employed for bipolar disorder are:

- Enhanced relapse prevention/individual psychoeducation (Lobban et al., 2010), a relatively brief intervention in which the individual is trained in strategies to identify and cope effectively with early warning signs of mania and depression.
- Cognitive behavioural therapy (CBT) (Lam et al., 2005a; Meyer & Hautzinger, 2012), a form of talking therapy focusing on the role our thinking and behaviour has on our emotions, and how they reciprocally influence each other.

BIPOLAR DISORDER

THE NICE GUIDELINE ON THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDER IN ADULTS, CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN PRIMARY AND SECONDARY CARE

2.6.4 Psychological interventions

- Interpersonal and social rhythm therapy (Frank et al., 2005), an adaption of interpersonal therapy (IPT) (Klerman et al., 1984) for bipolar disorder emphasising the role of: (a) interpersonal factors such as losses, role conflicts, role changes or long-standing interpersonal problems, and (b) circadian rhythm stability such as sleep-wake cycle, work-life balance and daily routines for the course of bipolar disorder.
- Group psychoeducation (Castle et al., 2010; Colom et al., 2003a), a structured intervention of high frequency and intensity (up to 21 sessions, each of 2 hours' duration) to help individuals experiencing bipolar disorders to become experts in their own condition to improve medication adherence, mood stability and self-management.
- Family-focused therapy (Miklowitz et al., 2003), a psychoeducational programme for individual families in which one member experiences bipolar disorder. It incorporates a strong behavioural component by focusing on understanding disorder-specific risks, communication and problem-solving skills in the family. Each of these approaches is primarily focused on reduction of relapse and recurrence of mania or depression.

BIPOLAR DISORDER

THE NICE GUIDELINE ON THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDER IN ADULTS, CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN PRIMARY AND SECONDARY CARE

2.6.4 Psychological interventions

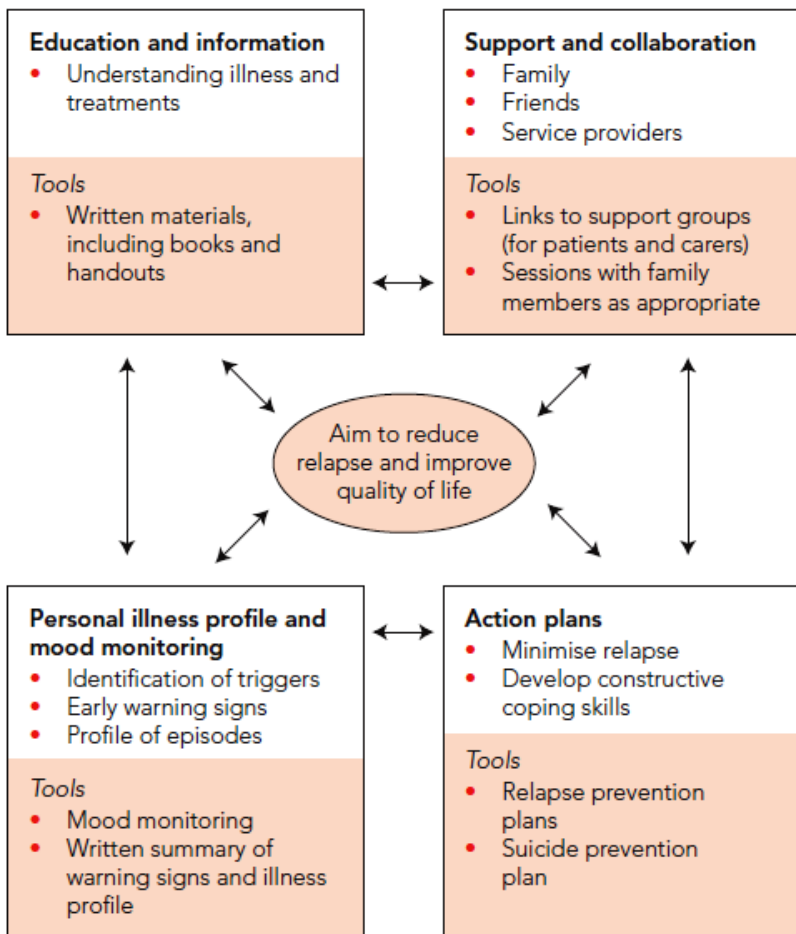
Despite their different theoretical backgrounds there are common features of all these psychological interventions:

- providing essential information about the condition ideally linked to the individual biography
- identifying early warning signs and prodromal symptoms (an individual relapse signature)
- helping to develop coping strategies to deal with early warning symptoms, mood instability, or situations which might trigger changes in mood and activity levels
- developing a crisis plan and a post-treatment 'staying well' plan.

BIPOLAR DISORDER

THE NICE GUIDELINE ON THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDER IN ADULTS, CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN PRIMARY AND SECONDARY CARE

2 Common elements of psychotherapy in bipolar disorder



JAMA Psychiatry | **Original Investigation** 2021 Feb 1;78(2):141-150

Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder A Systematic Review and Component Network Meta-analysis

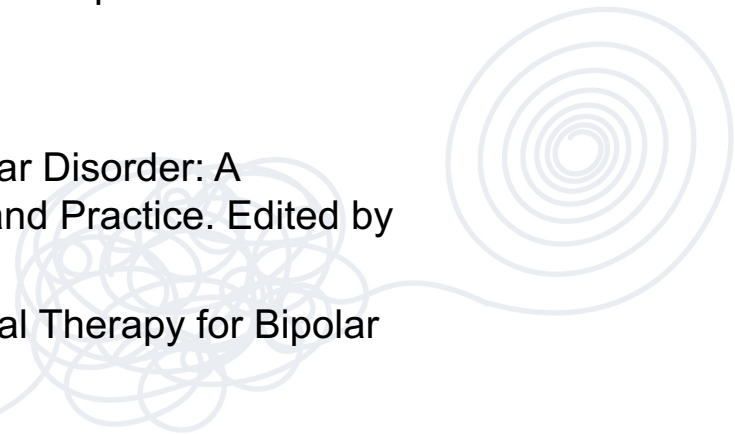
David J. Miklowitz, PhD; Orestis Efthimiou, PhD; Toshi A. Furukawa, MD, PhD; Jan Scott, MD, PhD;
Ross McLaren, BMBCh; John R. Geddes, MD; Andrea Cipriani, MD, PhD

1. Interpersonal and Social Rhythms Therapy - IPSRT
2. Cognitive-behavioral therapy – CBT
3. Family-focused treatment - FFT
4. Psychoeducation - PE

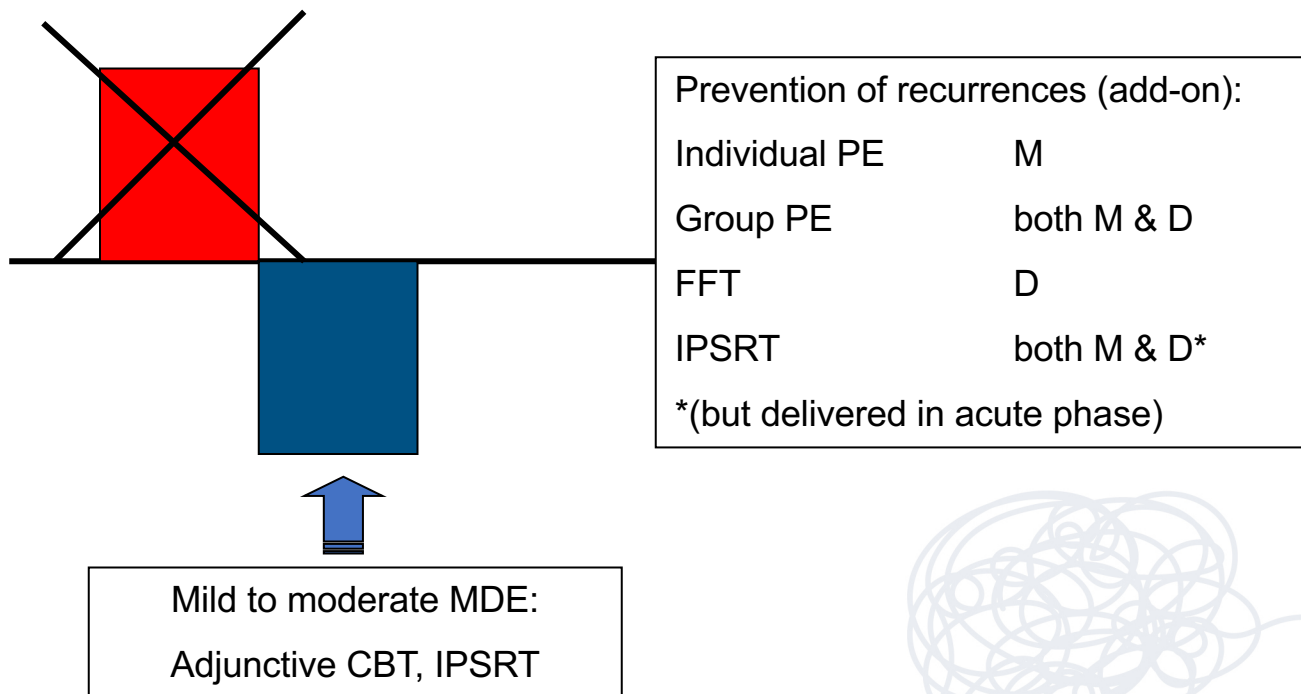


Esempi di interventi psicosociali manualizzati

- Miklowitz e Goldstein: **Family Focused Treatment (FFT)**
 - Miklowitz e Goldstein. Bipolar Disorder: A Family Focused Treatment Approach. Guilford, NY, 1997
- Frank et al.: **Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IP/SRT)**
 - Frank E. Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy. Guilford, NY, 2005.
- Gruppo di Barcellona: **Psicoeducazione di gruppo**
 - Colom F, Vieta E. Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare. Giovanni Fioriti editore, 2004.
- Lam e al.; Basco e Rush: **CBT per il DB**
 - Lam DH et al. Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice. Edited by Sidney Crown and Alan Lee, 1999.
 - Basco MR e Rush AJ. Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. Guilford, NY, 2007.



Psychosocial interventions in BD according to polarity of the episode



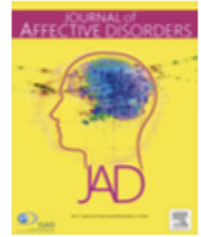
Journal of Affective Disorders 194 (2016) 202–221



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

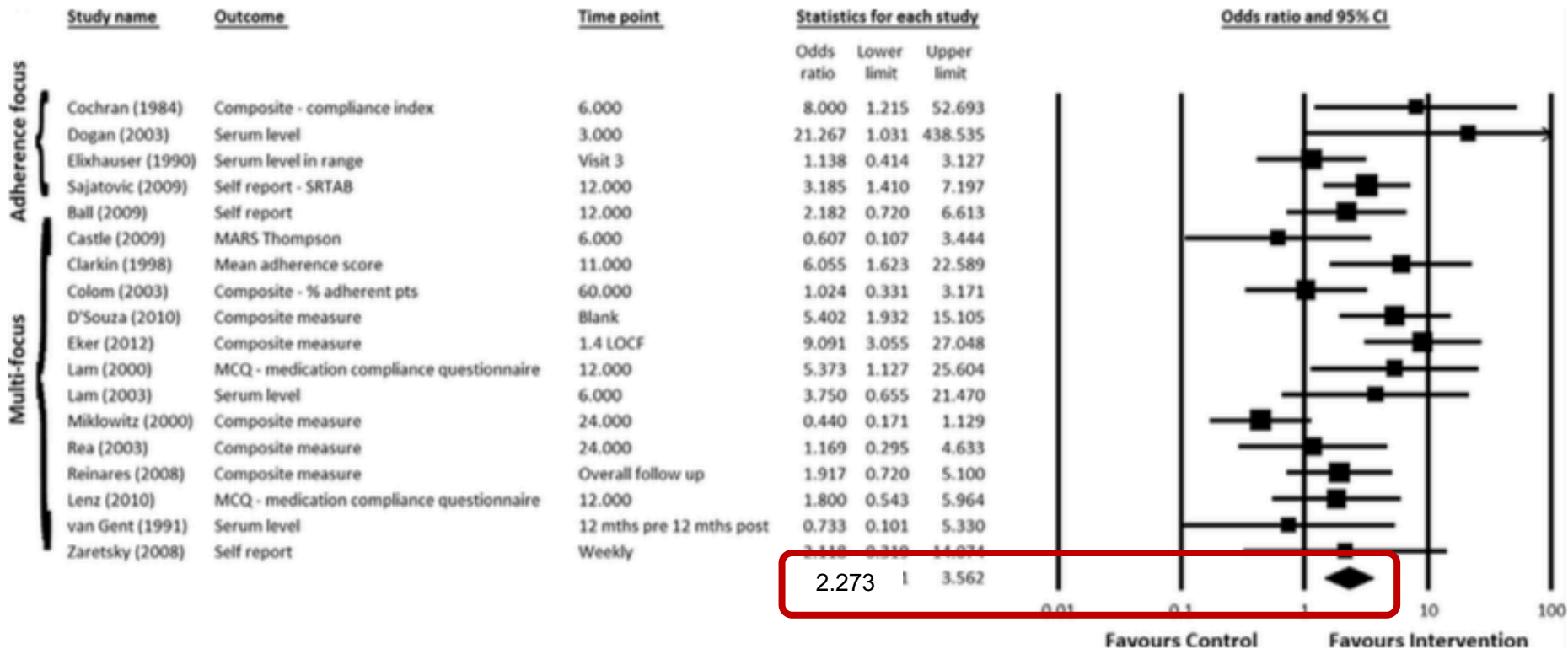


Review article

Improving medication adherence in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of 30 years of intervention trials

Lindsay MacDonald ^a, Sarah Chapman ^a, Michel Syrett ^b, Richard Bowskill ^c, Rob Horne ^{a,*}





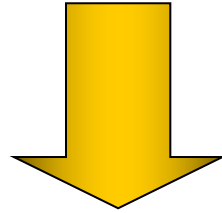
1 Points on providing psychoeducation

- No matter how long it is since a patient has been diagnosed with bipolar disorder, do not assume that he or she has a good knowledge of the illness.
- As much as possible, relate education and information to the patient using examples.
- Provide written material that can be referred to later and can be passed on to family and friends.
- Linking with local support groups can help to reduce feelings of isolation and stigma through sharing of information and experiences.
- It can be useful to include family members in basic information sessions — this requires prior consultation with the individual patient.

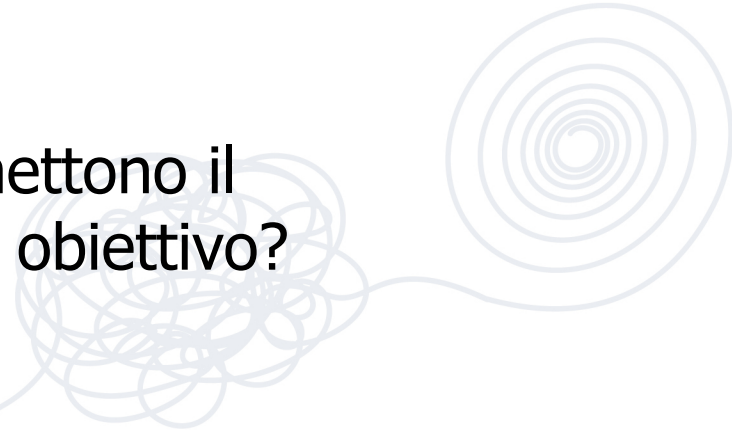


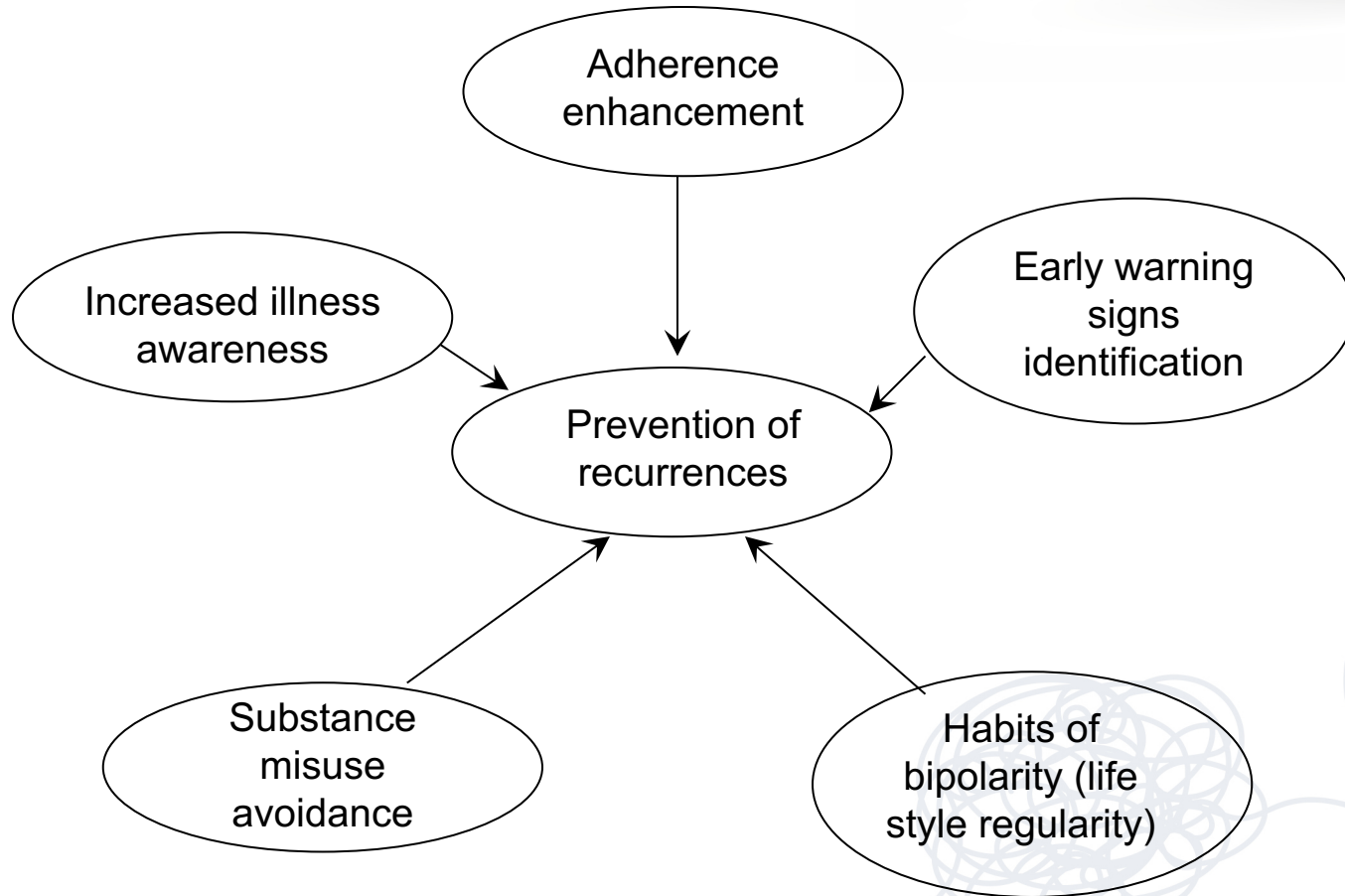
PSICOEDUCAZIONE nel DISTURBO BIPOLARE

Diminuire la frequenza/
intensità delle ricorrenze



Quali "ingredienti" permettono il raggiungimento di questo obiettivo?





Psychoeducation

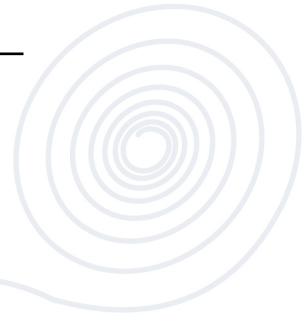
Is NOT:

- more information
- just good medical practice
- just crisis management
- only for patients
- only for caregivers
- giving a booklet or a website address to pts
- self-help

IS TRAINING



1.	Elementi essenziali
Adherence enhancement	Informazioni:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il DB è geneticamente e neurobiologicamente determinato 2. Decorso cronico con episodi ricorrenti 3. Si tratta con farmaci (stabilizzatori)
	Abilità:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Differenziare effetti collaterali da sintomi di altri disturbi 2. Promuovere capacità di discussione degli effetti collaterali eventuali con il curante



Disturbo ereditario

Studi sui familiari

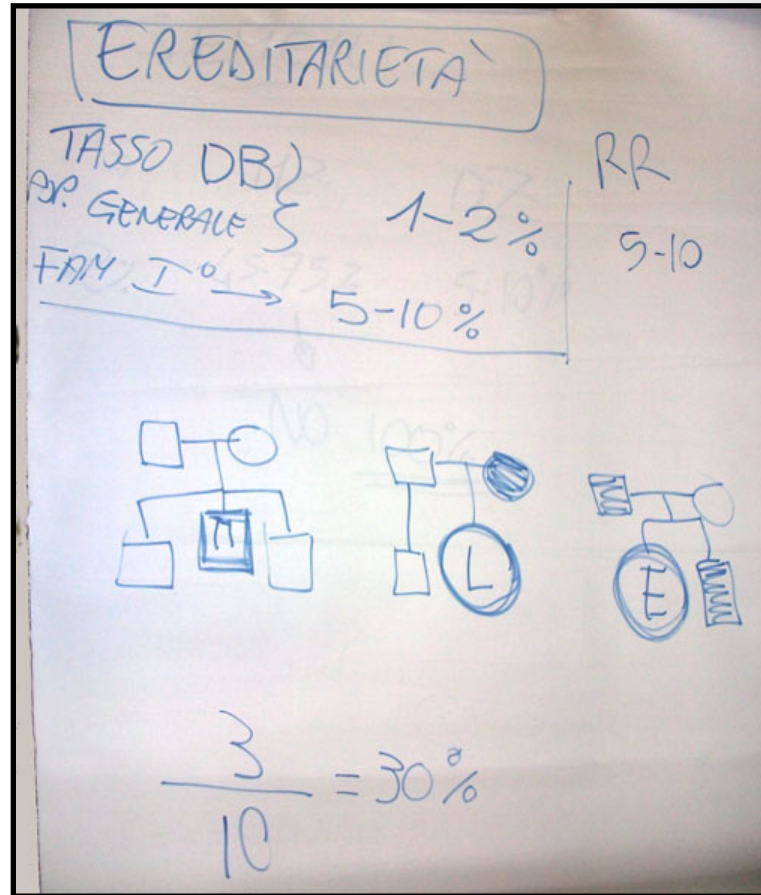


Figure 14. Genetic and environmental influences in the development of mood disorders.

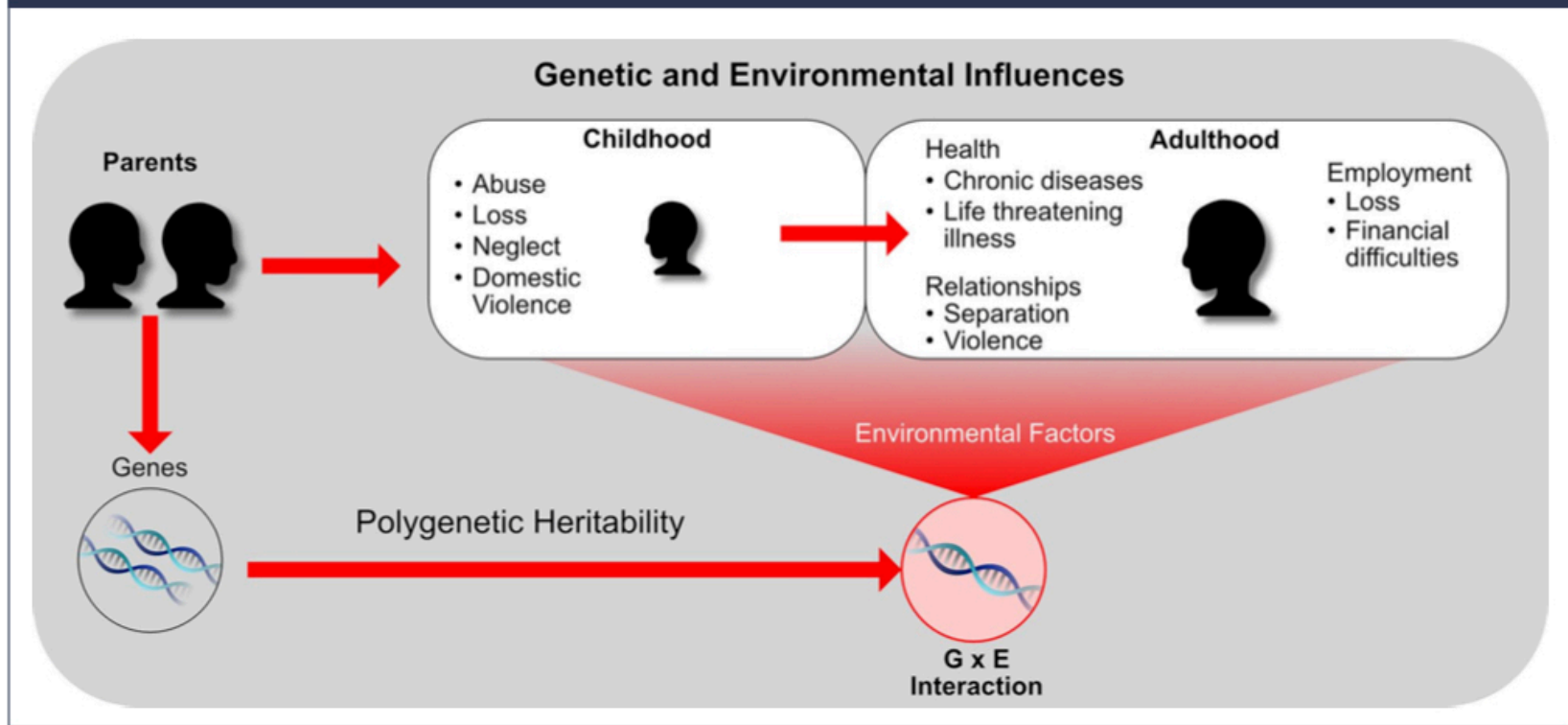
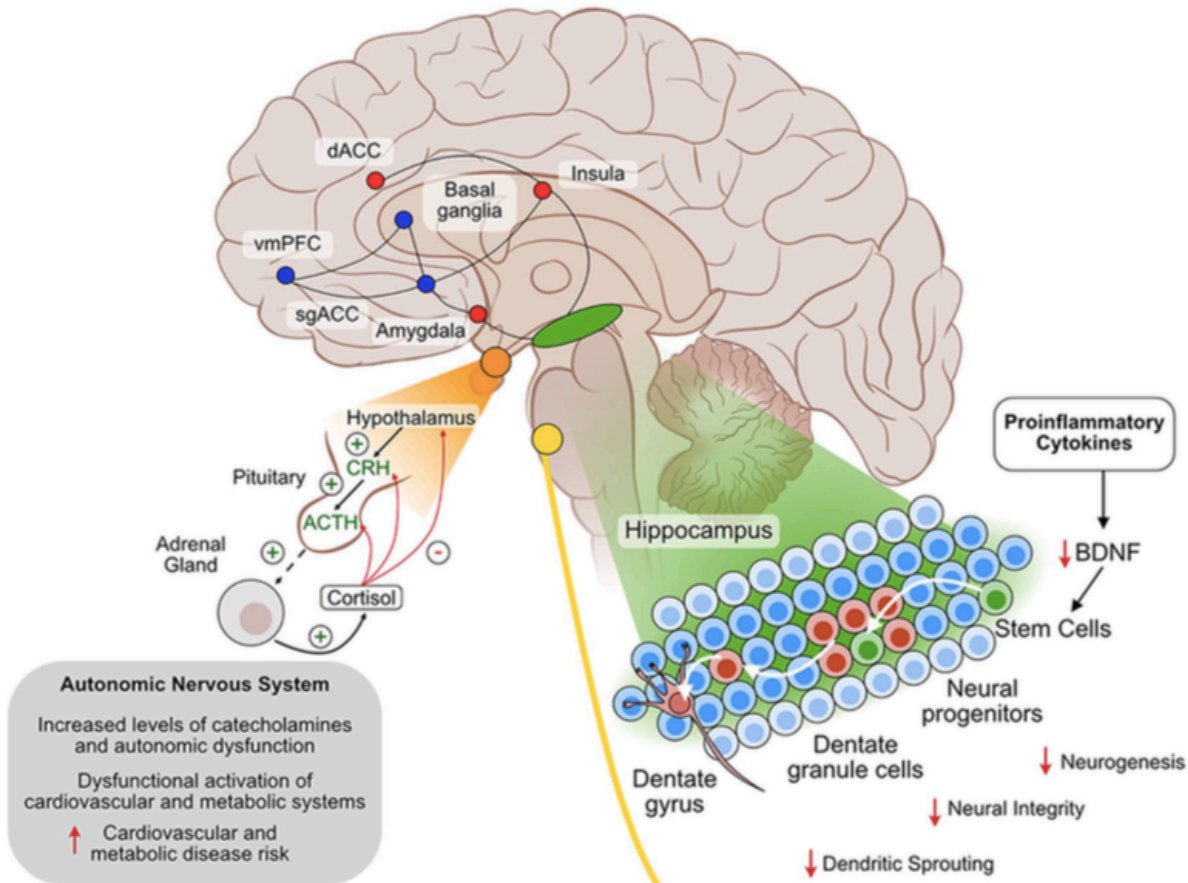
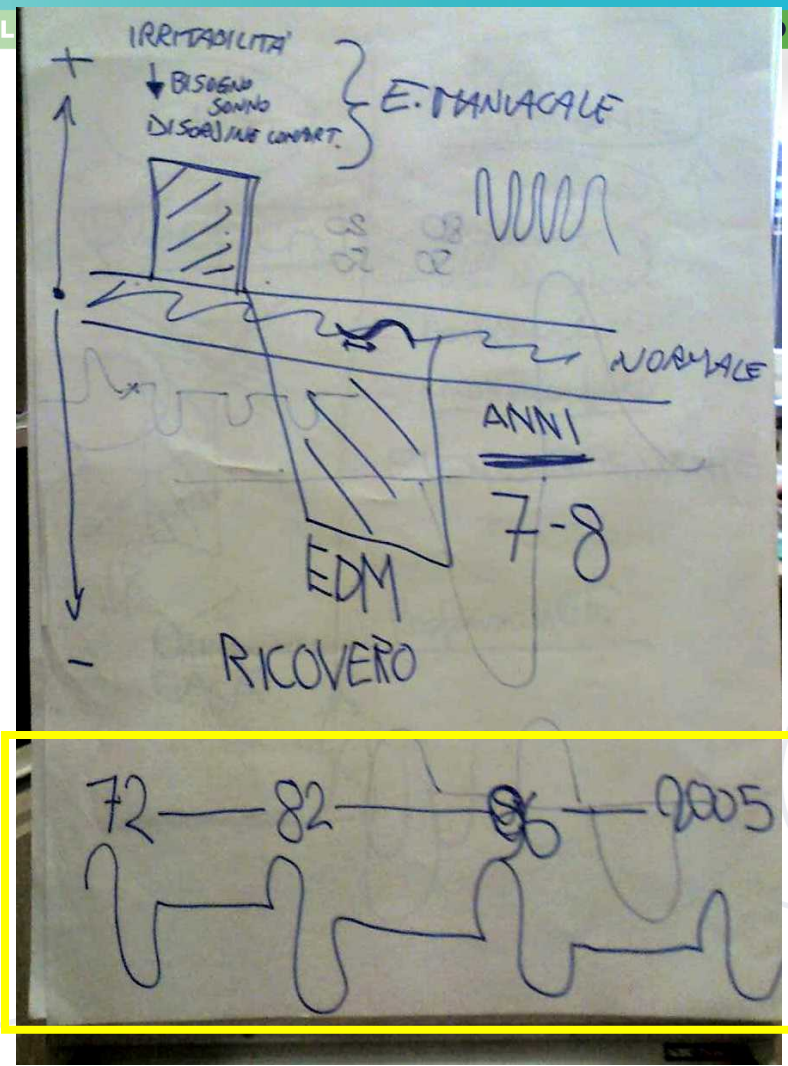


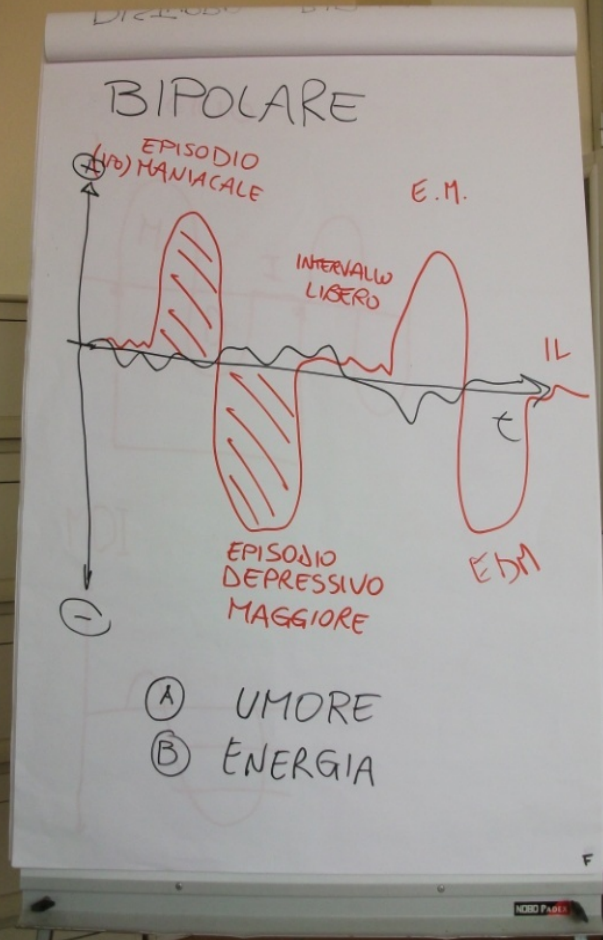
Figure 13. The neurobiology of mood disorders.



Disturbo ciclico - ricorrente

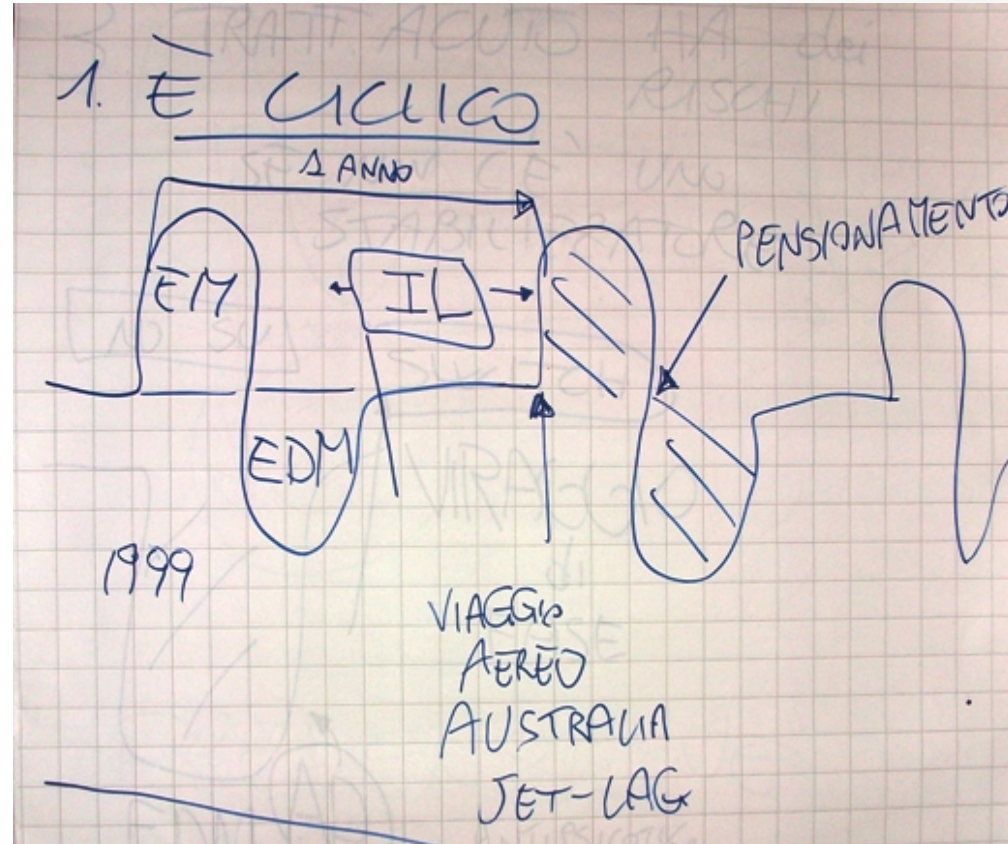
Grafico vitale





Disturbo ricorrente

Grafico vitale



2.	Elementi essenziali
Early detection of prodromal signs	Informazioni:
	<ol style="list-style-type: none">1. Sintomi dei singoli episodi: maniacale, ipomaniacale, depressivo maggiore e misto
	Abilità: <ol style="list-style-type: none">1. Riconoscere e differenziare tra normali oscillazioni dell'umore e veri sintomi di episodio2. Costruire sequenza temporale con cui si sono susseguiti i sintomi di ciascun episodio3. Sviluppare strategie efficaci di gestione dei sintomi precoci

I sintomi

EPI SODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

- Piattezza delle cose
- svogliatezza; appiagnite
- mancanza di volontà
- aumento bisogno di dormire
- assenza di energia
- affaticabilità
- perdita di interessi (↓ parlare... ↓ uscire)
- TRISTEZZA
- negatività
- sofferente
- rabbia verso se stessi

CAMBIA
MODO DI
ESSERE

GLI ALTRI
Se ne ACCORGONO

CARATTERI



IPOMANIA / MANIA

- RIDOTTO BISOGNO
di SONNO

-

≠



I sintomi

- irruenza
- perdo senso misura
- aumento autostima
- ho limiti
- cambio look
- spese superflue / poco ponderate

- euforia
 - troppo ottimista
 - tutto sembra possibile
 - loquace, troppo
 - sento un cambiamento
-
- dormite poco
 - aumento libido
 - irritabilità
 - scarso senso del pericolo
 - disorientata, confusione
 - idee bizzarre
 - aumento energia
 - scarso fabbisogno alimentare
 - lavoro meno faticoso
 - se ne accorgono gli altri
 - sparso cazzate



I sintomi

MANIA = TANTI SINTOMI

NELLO STESSO PERIODO

→ FELICITÀ

ROMANIS / MANIA

→ NON TUTTI I SINTOMI SONO GRAVEDOLI

→ SONNO

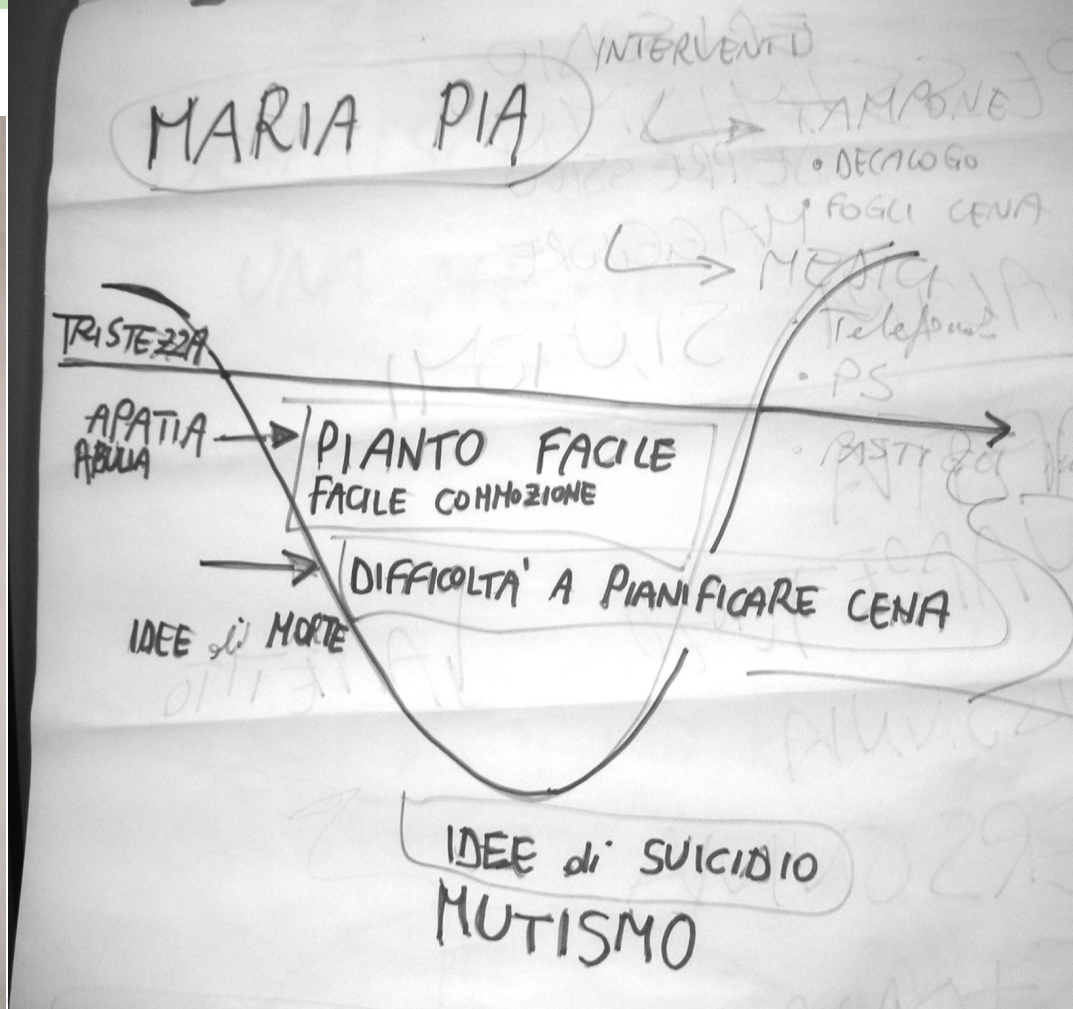
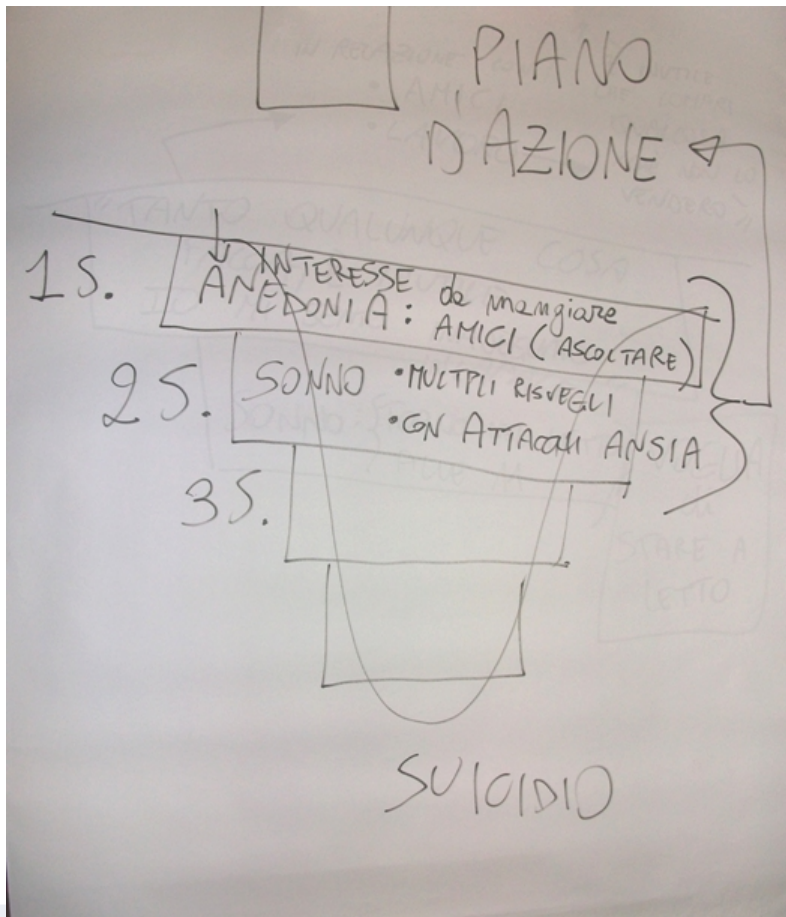
→ ENERGIA / LIBIDO

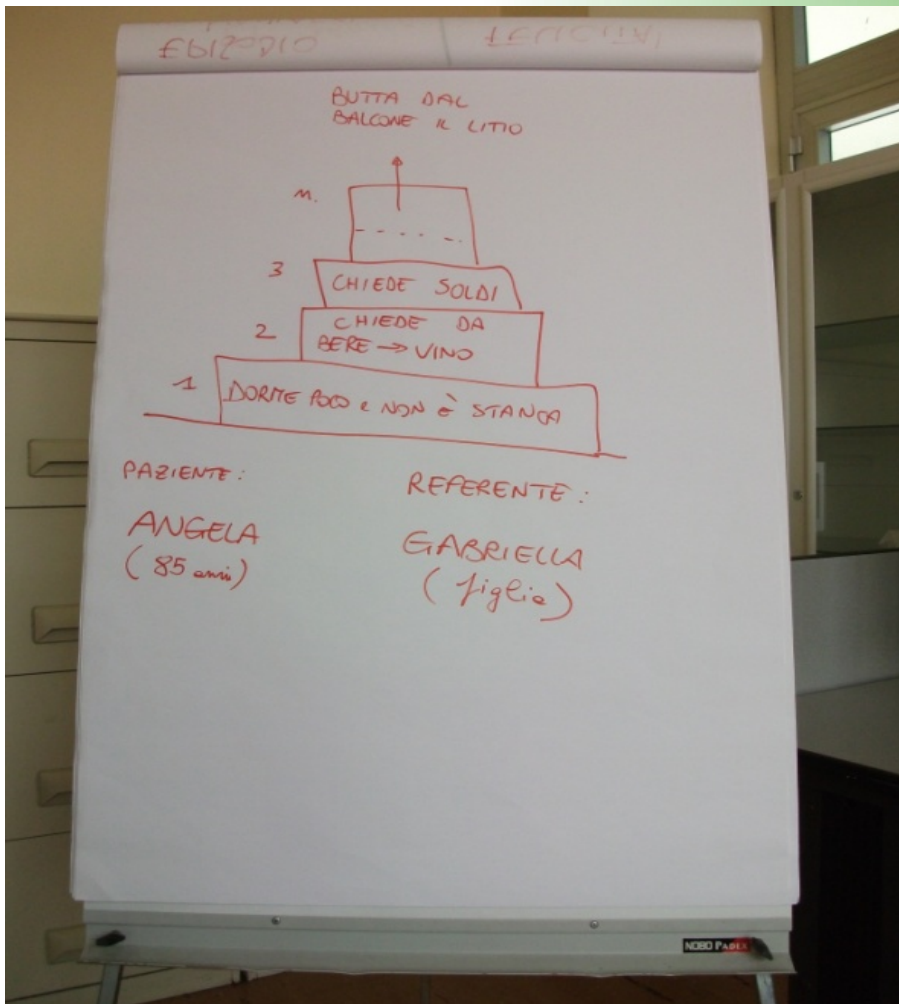
→ CONFUSIONE mentale

• PRECEDE LA DEPRESSIONE



Montagna di sintomi





Non necessito di dormire, comunico con i templari, ho dei problemi con la polizia, esco mezzo nudo per strada, la testa mi va così veloce che non capisco più niente, mi sembra di capire tutte le lingue del mondo.....

Quasi non dormo, la velocità del pensiero mi esaurisce, voglio vedere l'alba, regalo denaro a gente che non conosco, intraprendo relazioni sessuali con sconosciuti, perdo gli obiettivi di valore, cambio di umore molto bruscamente, tutto ha un senso...

Vado fuori di testa, discuto con tutto il mondo, mi sento carico di energia, spendo molto denaro, faccio scherzi a sfondo sessuale alle mie colleghe, vado per bar da solo, bevo gin, mi vesto in maniera strana, guido a gran velocità, ignoro la mia famiglia, mi perdo in un nulla, non ho fiducia in alcune persone...

Mi sveglio presto, faccio i pesi, vado a correre, compro dischi, fumo molto, cerco di litigare con tutti, canto nell'ascensore, prendo in giro il professore, mi scordo di farmi la doccia, sono impaziente, passo con il rosso, bevo birra...

Buon momento, cammino più in fretta, guardo più le donne, ho ripreso a fumare, ho ripreso a suonare la chitarra, uso occhiali da sole, vado in bicicletta, faccio domande durante le lezioni, ascolto di nuovo los Ramones, arrivo tardi a lavoro....

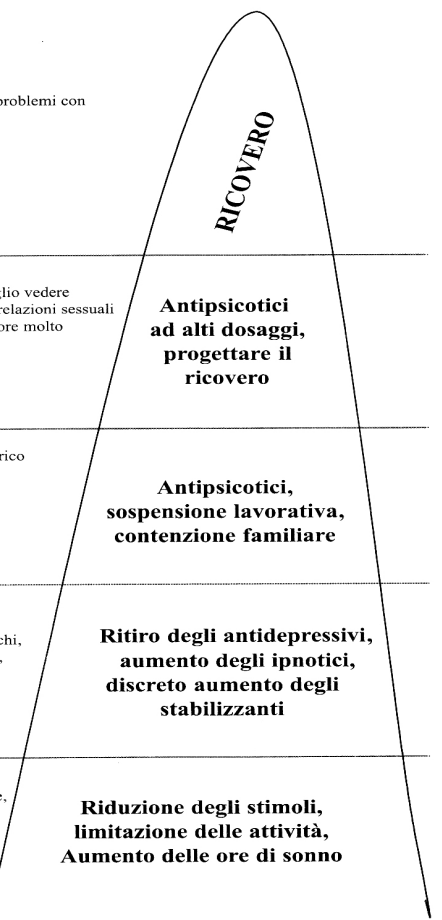


Figura 7. Esempio della “montagna di sintomi”, con i corrispondenti interventi terapeutici.

Programma di salvataggio

PROGRAMMA di SALVATAGGIO

DIRE AL REFERENTE → DARMI FARMACI!

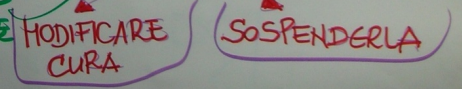
- 1) NE PARLO CON FIGURA REFERENTE
- 2) CONTATO IL MEDICO (TELEFONO)
 - MI PRESENTO IN AMBULATORIO e CHIEDO di UN ALTRO MEDICO
 - VADO IN PRATTO SOCCORSO

- AUMENTO FREQUENZA VISITE
- MODIFICARE CURA
- RICOVERO (SPDC)

NON STRA-FARE

COSA NON DEVO FARE

- NON PRENDERE INIZIATIVE AUTONOME SUI FARMACI
- NO SOSTANZE
- NON ESAGERARE
- NON ISOLARSI
- NON PRENDERE DECISIONI IMPORTANTI



3.	Elementi essenziali
Change in habits of bipolarity	Informazioni:
	<ol style="list-style-type: none">1. Cause genetiche vs. fattori scatenanti2. Normali ritmi circadiani, mensili, circannuali...
	Abilità: <ol style="list-style-type: none">1. Riconoscere eventi/fattori in grado di alterare la regolarità dei ritmi di vita2. Riconoscere quali eventi/fattori hanno nella storia individuale scatenato gli episodi3. Imparare a regolarizzare i ritmi di vita

Fattori scatenanti

FATTORI SCATENANTI

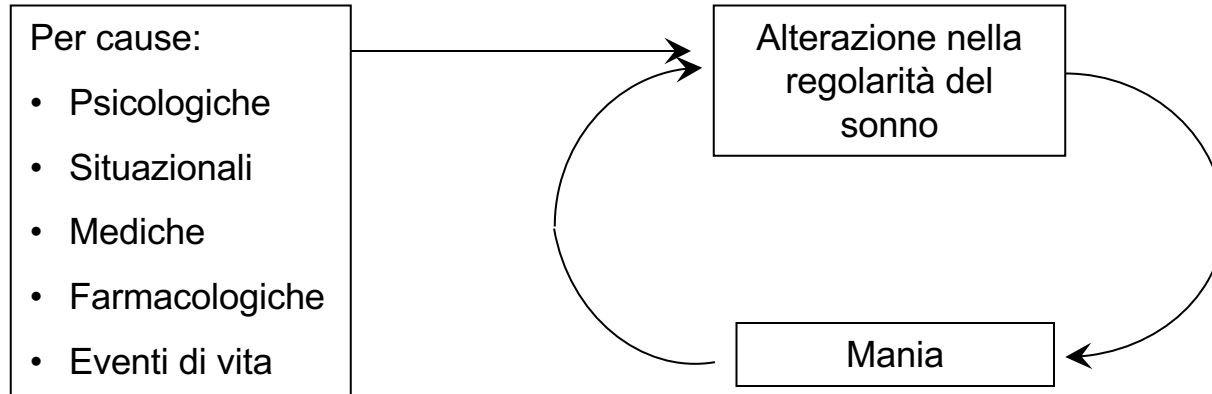
- INTERRUZIONE (BRUSCA)
STABILIZZATORE
(MINDIMENTICO DI PRENDERE
TUTTO LO STAB.)
- CORTISONE
- EVENTI di VITA STRESSANTI
(ROTTURA RELAZIONE)
- ALTERAZIONE RITMO SONNO-VEGLIA
(NOTTI DI LAVORO)

K. JAMISON "una mente inquieta" longanesi

- ALCOL
- JET LAG



Deprivazione di sonno e mania



Esempi: jet-lag, emergenze, malattie, astinenza da farmaci, allattare di notte.....

Non usare il computer (luce dello schermo) di notte

Comportamenti protettivi

FATTORI PROTETTIVI

- Mantenere regolari abitudini
 - diurne
 - notturne
 - IGIENE del sonno
- MONITORARE IL PROPRIO UMORE (ANSIA / IRRITABILITÀ)
 - (ricerca di INDIC) - cosa li precede
- CURA : COSTANZA nel trattamento medico-psicoterap.
- Poter CONTARE sul CONTESTO SOCIALE / FAMILIARE

FATTORI PROTETTIVI

- RIDUZIONE ATTIVITÀ / STIMOLI → SE ↑
- AUMENTARE " → SE ↓
- CHIEDO SOSTEGNO
- NON ASSUMO SOSTANZE (anche caffè!)
- SONNO → REGOLARIZZO
 - ↑ = CERCO DI DORMIRE
 - ↓ = CERCO DI DORMIRE MENO
 - THE COCACOLA RED BULL
- NON PRENDERE DECISIONI
 - CONSEGNO BANCOMAT e CARTA CREDITO
 - CHIAVI AUTO
- NON SMETTERE FARMACI

4.	Elementi essenziali
Substance misuse avoidance	Informazioni:
	1. Sostanze d'abuso e farmaci possono scatenare episodi
	Abilità:
	1. Riconoscere sostanze/farmaci in grado di alterare la regolarità dei ritmi di vita 2. Riconoscere quali sostanze/farmaci hanno nella storia individuale scatenato gli episodi 3. Imparare a usare strategie alternative alle sostanze/farmaci per gestire emozioni o situazioni negative

5.	Elementi essenziali
Increase illness awareness	Informazioni (oltre a quelle già menzionate nei punti precedenti):
	<ol style="list-style-type: none">1. Epidemiologia del disturbo2. Persone famose colpite dal disturbo3. Film e libri sul disturbo bipolare
	Abilità:
	<ol style="list-style-type: none">1. Acquisire capacità di parlare apertamente con altre persone (affette e non) del disturbo come di una malattia uguale ad altre



Setting di gruppo è essenziale

Catherine Zeta-Jones ricoverata per disturbo bipolare

L'attrice britannica ha sofferto di disturbi maniaco-depressivi durante la malattia del marito, colpito da un tumore alla gola. Ora si è curata e sta bene



Un'immagine di Catherine Zeta-Jones

CONTENUTI CORRELATI

[Catherine Zeta - Jones, una diva d'altri tempi](#)

La sindrome maniaco depressiva ha avuto anche una trasposizione cinematografica nel film "Mr Jones" interpretato da Richard Gere.

L'attrice Catherine Zeta-Jones, 41 anni, si è ricoverata in una clinica psichiatrica del Connecticut per curare il bipolarismo, un disturbo mentale di cui soffre da tempo. Lo rivela il sito del quotidiano 'Los Angeles Times' spiegando che la Zeta-Jones ha attraversato un anno particolarmente stressante, accanto al marito Michael Douglas, il quale ha lottato contro il cancro, adesso sconfitto. E che vuole affrontare con serenità i suoi prossimi impegni sul set.

"Dopo lo stress dello scorso anno, Catherine ha deciso di fare un breve soggiorno in un centro specializzato per curare i suoi disturbi maniaco-depressivi – ha detto l'agente dell'attrice, Cece Yorke, in un comunicato inviato alla France Presse – ora sta benissimo e non vede l'ora di cominciare a lavorare, questa settimana, nei suoi due prossimi film".

Il disturbo bipolare, ha spiegato al 'Los Angeles Times' David J. Miklowitz, professore di psichiatria presso la UCLA, è caratterizzato da manie gravi durante le quali chi ne è affetto cambia continuamente di umore, passando dall'euforia alla depressione. Si può soffrire di affaticamento ed insonnia, e la malattia può anche spingere al suicidio.



Ben Stiller: Like his father, Ben Stiller is hilarious when he's angry and yelling. But those outbursts might not be far from reality for the star.

He often lost his temper on the set of *Zoolander*, and said of the situation, "I have not been an easygoing guy. I think it's called bipolar manic depression. I've got a rich history of that in my family. I'm not proud of the fact that I lost my temper. Sometimes you just f-ck up."

"I think it's called bipolar manic depression. I've got a rich history of that in my family."

