



“Osservazione di tematiche psicodinamiche in un gruppo di psico-educazione di pazienti con disturbo bipolare”.

Giovanni La Veglia, Sara Marcelli

Sommario

La psicoeducazione del disturbo bipolare è un intervento diretto ad un gruppo di pazienti con il fine di conseguire un miglioramento della consapevolezza della malattia e il rafforzamento delle competenze dei pazienti nel gestire meglio la malattia e prevenire ulteriori episodi acuti e ricoveri ospedalieri. Il protocollo dell'intervento è di matrice cognitivo-comportamentale ma i due conduttori del gruppo, il dott. Giovanni La Veglia e la dott.ssa Sara Marcelli, che hanno una formazione psicodinamica presso la SIPSÌ di Roma, hanno avuto la possibilità di osservare e di raccontare in questo articolo, anche alcune importanti tematiche psicodinamiche gruppali emerse durante l'esperienza.

Cos'è il disturbo bipolare

Il disturbo bipolare, una volta conosciuto come psicosi maniaco-depressiva, è una patologia mentale grave, cronica e ricorrente; ha un'età media di insorgenza intorno ai 21 anni e una incidenza che secondo alcuni autori si avvicina al 4% della popolazione adulta (Hirschfeld, 2003), mentre altri sono arrivati a stimare fino al 5,5% della popolazione generale al disopra dei 35 anni di età (Angst, 2003).

I disturbi bipolari rappresentano la sesta causa di inabilità lavorativa nel mondo (Lopez, 1998) e, a causa della loro gravità e cronicità, comportano una considerevole spesa economica e sociale, tanto diretta – ricoveri ospedalieri, utilizzo di risorse mediche (Mapelli, 2005) – quanto indiretta – costanti cali lavorativi e perdita di produttività (Goetzl, 2003).

Il disturbo bipolare è considerata una malattia con una rilevante componente ereditaria (Smoller, 2003), caratterizzata da una alterazione dei meccanismi che regolano il tono dell'umore. Il decorso ha un andamento ciclico, con una alternanza di episodi maniacali o ipo-maniacali e episodi depressivi.

Le fasi possono alternarsi con una frequenza differente durante l'anno solare e possono essere influenzate dal cambio di stagione. Fattori che aggravano il decorso e la prognosi del disturbo bipolare sono l'associazione con l'abuso di sostanze e un'assunzione irregolare della terapia (Hoblyn, 2009).

Cura farmacologica e psicoeducazione

Nonostante il progresso in campo farmaceutico, i disturbi bipolari continuano a comportare una fonte

importante di morbilità e mortalità, con una grave compromissione della qualità della vita dei pazienti (e spesso anche dei loro familiari).

Le conseguenze della malattia e delle continue ricadute, per l'individuo e per i suoi familiari, unite ad un alto rischio di mortalità per suicidio (Tsai, 2002), rendono necessario un approccio che vada oltre la farmacologia, che continua a rimanere un elemento fondamentale della terapia, ma che si orienti sempre di più verso la prevenzione.

La psicoeducazione è uno strumento di cura del disturbo bipolare, rivolto non alla eliminazione di un deficit ma alla prevenzione e al rafforzamento delle competenze del paziente o "Empowerment" (Colom, 2011).

L'impiego di un trattamento psicoeducativo implica diversi vantaggi per la terapia dei pazienti bipolari, quali il miglioramento della qualità assistenziale percepita dai pazienti, che si traduce in un'alleanza terapeutica, in una migliore aderenza farmacologica e in un aumento delle capacità del paziente nella ricerca di aiuto in situazioni complesse come, ad esempio, l'ideazione suicidaria o, in altri casi, la suscettibilità e autoreferenzialità proprie dell'inizio di alcuni episodi maniacali.

Il gruppo di psicoeducazione

L'intervento di psicoeducazione è stato diretto a un gruppo di pazienti bipolari in cura presso la Azienda U.S.L. Roma D, Dipartimento di Salute Mentale di cui è Direttore il dr. Andrea Balbi, nel CSM Municipio XVI di Roma, di cui è responsabile il dr. Claudio Iannucci, che ha collaborato con l'ideazione e la realizzazione del progetto insieme ai due conduttori del gruppo, il dr. Giovanni La Veglia, Psicologo Clinico, la dott.sa Sara Marcelli, Psicologa Clinica, e la sig.ra Antonella Donzelli, Infermiera Professionale del CSM.

I pazienti inizialmente contattati per il gruppo erano 15, ma per problemi di orario, impegni familiari o stato di malattia, soltanto 8 hanno effettivamente cominciato il percorso.

In seguito anche alle precedenti esperienze positive presso altri CSM in Italia, si è deciso di seguire il programma di 6 mesi di psicoeducazione in gruppo di Colom e Vieta (2004), con incontri con frequenza settimanale da gennaio a giugno 2012. I 21 incontri, della durata di un'ora e mezza ciascuno, erano organizzati in 4 blocchi con obiettivi specifici, nel modo che segue.

Blocco 1 – Coscienza di malattia.

incontro 1: Introduzione. Presentazione e regole di gruppo

incontro 2: Che cosa è la malattia bipolare?

incontro 3: Fattori eziologici e scatenanti.

incontro 4: Sintomi (I): Mania e Ipomania

incontro 5: Sintomi (II): Depressione ed episodi misti

incontro 6: Decorso e prognosi.

Blocco 2 – Aderenza farmacologia

incontro 7: Trattamento (I): Eutimizzanti

incontro 8: Trattamento (II): Antimanicali

incontro 9: Trattamento (III): Antidepressivi

incontro 10: Livelli plasmatici dei medicinali
incontro 11: Gravidanza e consulenza genetica
incontro 12: Psicofarmacologia vs. terapie alternative
incontro 13: Rischi associati all'interruzione del trattamento.

Blocco 3. Evitamento dell'uso di sostanze e individuazione precoce degli episodi acuti

incontro 14: Sostanze psicoattive: rischi nella malattia bipolare.
incontro 15: Individuazione precoce degli episodi maniacali e ipomaniacali.
incontro 16: Individuazione precoce degli episodi depressivi e misti.
incontro 17: Che fare quando viene identificata una nuova fase.

Blocco 4 - Regolarità dello stile di vita e gestione dello stress.

incontro 18: Regolarità dello stile di vita
incontro 19: Tecniche per il controllo dello stress
incontro 20: Strategie di soluzione dei problemi
incontro 21: Sessione finale di chiusura.

Osservazione di alcune tematiche psicodinamiche emerse nel gruppo

Come precedentemente esposto, la conduzione del gruppo psicoeducativo ha implicato l'utilizzo di un protocollo standard a stampo cognitivo comportamentale; la novità introdotta è stata proprio la chiave d'osservazione psicodinamica dei fenomeni, resa possibile da una specifica formazione in tal senso dei due conduttori e soprattutto dalla supervisione di gruppo effettuata presso la Sipsi di Roma. Risulterebbe un'impresa piuttosto ardua descrivere dettagliatamente le complesse dinamiche riscontrate in sei mesi di incontri, ci limitiamo pertanto a commentare alcuni dei temi più importanti osservati, quali la sparizione e l'elaborazione del lutto della separazione.

Si può intendere per sparizione, un particolare tipo di perdita, dolorosa e ansiogena al pari di un lutto ma che, a differenza di quest'ultimo, risulterebbe di difficile elaborazione. Nel lutto la perdita dell'oggetto amato genererebbe quella che M. Klein chiama posizione depressiva (Klein, 1946), seguita dal ripristinare l'oggetto esterno perduto, in forma di oggetto interno. Nella sparizione invece permanerebbe un costante stato di angoscia abbandonica connessa alla separazione dall'oggetto amato. Il problema della sparizione sembrerebbe aver permeato il gruppo sin dalla sua fondazione, momento in cui proprio la persona che più sembrava poter essere un buon collante per il gruppo e pareva aver manifestato un maggiore entusiasmo nell'iniziare il percorso, non si è più presentato agli incontri successivi. Lo stesso, aveva portato per primo, al gruppo il tema della sparizione di suo padre dal quale era stato abbandonato da piccolissimo senza alcuna apparente motivazione. Colui che per primo ha subito la sparizione sembrerebbe, dunque, a sua volta sparito dalla vita degli altri. Sempre connesso alle origini è il mito fondativo costruito da un altro componente del gruppo allo scopo di spiegare l'insorgenza della sua patologia. Si tratta di un mito eziologico familiare che narra di come il fratello di suo padre sia scomparso proprio pochi giorni prima della sua nascita; questo episodio avrebbe, a suo dire, generato una tale angoscia in sua madre da farlo nascere in uno stato di evidente fragilità e predisposizione ad ammalarsi. Tale tendenza ad agire l'angoscia relativa al trauma della sparizione, sembrerebbe aver trovato, in seguito, ulteriore espressione nell'abbandono del gruppo da parte di due partecipanti, accompagnato da minacce di abbandono da parte di altri e da una forte angoscia dei conduttori circa la permanenza nel progetto di una partecipante. Anche i discorsi del gruppo hanno spesso toccato argomenti inerenti la dissoluzione di figure d'attaccamento importanti : la morte del padre di un utente, l'assenza, sempre del padre, di un altro, la depressione post-partum di una delle donne partecipanti, la sparizione di sé tipica delle crisi depressive descritte da un componente del

gruppo come “buio” e caratterizzate, tra l’altro, dall’assenza di memoria circa un determinato periodo della vita, o la netta frattura determinata dall’uscita dalla vita dei propri cari connessa a crisi maniacali pregresse. In entrambe le fasi, maniacale e depressiva, si assisterebbe, infatti, ad uno stravolgimento della propria personalità così radicale da poter parlare di una vera e propria perdita del sé. Tali contenuti, uniti ad una piccola fase di scompensamento del gruppo a seguito dell’assenza di uno dei conduttori e all’avvicinarsi della conclusione del percorso, avrebbero reso evidente la necessità di portare ad elaborazione questa importante tematica, nonché alla necessità di evitare che la fine del gruppo potesse essere vissuta come un’ulteriore sparizione, ma che divenisse invece “uscita di scena programmata” mediante un risolutivo processo di elaborazione del lutto. A tal proposito abbiamo ritenuto di poter prendere spunto dalle ricerche del Professor Domenico Arturo Nesci riguardanti la psicoterapia psicodinamica multimediale (Nesci, 2009), una tipologia di trattamento, strutturata ai fini di una risolutiva elaborazione del lutto oncologico. Grazie ad oggetti multimediali, il parente che ha subito un lutto oncologico, collocherebbe la memoria e dunque la storia dell’oggetto amato, all’esterno, in un luogo virtuale, dove poterla rivivere nei momenti di bisogno. In base allo stesso principio, abbiamo pensato di rendere usufruibile la storia del gruppo e dei suoi partecipanti utilizzando un “oggetto di memoria” cartaceo: un libricino che narra in forma favolistica e metaforica la storia del gruppo psicoeducativo.

Il tema della sparizione porterebbe, in effetti, con sé la tendenza a far emergere speranze magiche e onnipotenti circa l’eliminazione dei sintomi attraverso interventi “miracolosi”. Di contro si pone invece proprio l’obiettivo identificato dai conduttori e dai supervisori (D. A. Nesci e T. A. Poliseno), di richiamare l’attenzione dei partecipanti all’esigenza di non sparire ma, bensì, di rimanere (simbolizzato anche dal libricino, oggetto della memoria multimediale, inteso come qualcosa che rimane nel tempo ed è accessibile al bisogno) nel gruppo per imparare a conoscere e riconoscere cosa accade a sé stessi e cosa può accadere al suo interno in termini di trasformazione, empowerment ed accresciuta consapevolezza.

Dr. Giovanni La Veglia
Dott. Sara Marcelli
© 2012

BIBLIOGRAFIA

Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rössler W. (2003). Towards a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73, p. 133-146

Colom F., Vieta E., (2004). *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*. Giovanni Fioriti Editore s.r.l., Roma.

Colom F. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194: 260-265.

Colom (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, May 2011 198:338-340.

R.Z., Hawkins K., Ozminkowski R.J., Wang S. (2003). The health and productivity cost burden of the “top 10” physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *Journal of*

Occupational Environmental Medicine: 45, 5-14.

Hoblyn J., Balt S., Woodard S., Brooks J. (2009). Substance use disorders as risk factors for psychiatric hospitalization in bipolar disorder. *Psychiatric Services* 60:50-55.

Hirschfeld R.M., et al. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *The Journal of Clinical Psychiatry*: 64, 53-59.

Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.*, 27:99-110.

Lòpez, A.D. e Murray, C.J. (1998). The Global Burden of Disease. *Nature Medicine* 4, 1241-1243.

Mapelli V., Guidi L., Ravasio R. (2005). I costi di trattamento del disturbo bipolare. *PharmacoEconomics – Italian Research Articles* 7(2): 101-118.

Nesci D.A. (2009). Multimedia psychodynamic psychotherapy. A preliminary report. *Strumenti in Psico-oncologia*, numero 4, settembre 2009.

Nathan P.E., Gorman J.M. (2007). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press, New York.

Smoller J.W., Finn C. T., (2003). Family, twin, and Adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics* 123: 48-58.

Tsai S.Y., Kuo C.J., Chen C.C., Lee H.C. (2002). Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 63, 469-476.

Young A.H., Nicol I., Michalak E. (2010). *Practical Management of Bipolar Disorder*. Cambridge University Press, 2010.