

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Psichiatria

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Tesi di Laurea

**TECNICHE DI PSICOEDUCAZIONE APPLICATE AL
PAZIENTE CON DISTURBO PSICHIATRICO E ALLA
SUA FAMIGLIA**

**Psychoeducational techniques applied to the patient with psychiatric
disorders and his family**

***Relatrice:
Prof.ssa A. Favaro***

***Laureanda: Lucia Calabretta
Matricola: 287407***

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

1. RIASSUNTO (IN INGLESE - ABSTRACT)	1
2. INTRODUZIONE	3
2.1 BASI TEORICHE DELLA TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE	3
2.2 L'EDUCATORE PROFESSIONALE	5
2.3 L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE	8
2.4 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE IN MEDICINA	10
2.5 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE IN PSICHIATRIA	16
3. LA PSICOEDUCAZIONE NELLA SCHIZOFRENIA	20
3.1 LA SCHIZOFRENIA	20
3.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE	22
3.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI	24
4. LA PSICOEDUCAZIONE NEL DISTURBO BIPOLARE	26
4.1 IL DISTURBO BIPOLARE	26
4.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE	29
4.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI	33
5. LA PSICOEDUCAZIONE NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	34
5.1 IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	34
5.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE	36
5.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI	37
6. LA PSICOEDUCAZIONE NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	40
6.1 I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	40
6.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE	45
6.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI	46
7. CONCLUSIONI	49
7.1 DISCUSSIONE	49
8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	51

RIASSUNTO

In questo elaborato viene trattata la psicoeducazione in quanto metodo terapeutico che riguarda sia la Medicina in generale, che nello specifico la Psichiatria. Gli interventi psicoeducativi sono stati oggetto di studio in ricerche a livello mondiale e la loro efficacia è stata dimostrata principalmente nel ridurre le fasi acute sintomatiche, il numero di ricoveri e nel migliorare l'aderenza al trattamento di disturbi psichiatrici. L'obiettivo principale di questo approccio è migliorare il benessere del paziente attraverso una collaborazione tra professionisti, familiari e paziente stesso.

La terapia psicoeducativa per il paziente si basa su tre principali punti: autoconsapevolezza, acquisizione di controllo e corresponsabilità della cura, volti principalmente a far sì che il paziente stesso diventi il primo responsabile della propria terapia. Inoltre, l'educazione continua del paziente tiene conto delle differenze individuali tra i soggetti, comprese le esperienze, gli stili di vita e le preferenze di apprendimento. Proprio per questo, l'educatore professionale è cruciale nell'educazione terapeutica poiché aiuta il paziente a comprendere, gestire e condividere la terapia, contribuendo così al miglioramento della qualità della cura e della vita del paziente. Dal momento che, seguendo il modello eziologico bio-psico-sociale (Engel, 1981), è stata dimostrata l'importanza della collettività nel prevenire e affrontare i disturbi mentali, fondamentale nell'applicare la psicoeducazione è il coinvolgimento del nucleo familiare o dei *caregiver* dei pazienti. In seguito, nell'elaborato è stato scelto di approfondire l'utilizzo della psicoeducazione nel trattamento di specifici disturbi mentali, tra cui Schizofrenia, Disturbo Bipolare, Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Grazie ai risultati positivi osservati nei pazienti affetti dai disturbi mentali sopraelencati e nei loro familiari, la psicoeducazione è diventata parte importante del modello terapeutico integrato adottato nel trattamento di malattie psichiatriche, a cui spesso si aggiunge la prescrizione di farmaci o altri tipi di psicoterapia, come la terapia cognitivo-comportamentale (Beck et al., 1987). Infine, nonostante i diversi benefici della psicoeducazione, ci sono ancora ostacoli che ne limitano l'attuazione. Alcuni di questi limiti vedono la mancanza di risorse

e personale preparato a fornire la psicoeducazione, lo stigma associato ai disturbi psichiatrici che può scoraggiare la partecipazione dei familiari e l'esperienza negativa o l'inefficacia di terapie passate.

IN INGLESE - ABSTRACT

In this paper, psychoeducation is presented as a therapeutic method concerning both the general medical practice and specifically psychiatric disorders. Psychoeducational interventions have been primarily involved in reducing acute symptomatic phases, the number of hospitalizations, and improving adherence to the treatment of psychiatric disorders. The main objective of this approach is to enhance the well-being of the patient through collaboration among professionals, family members, and the patients themselves. Psychoeducational therapy for the patient is based on three main points: self-awareness, acquiring control, and co-responsibility for care. Since the community has an important role in preventing and addressing mental disorders, the involvement of the family or caregivers of the patients is essential in applying psychoeducation. In addition, in the paper, it was chosen to delve into the application of psychoeducational therapy only for some mental disorders, including Schizophrenia, Bipolar Disorder, Major Depressive Disorder, and Eating Disorders. Besides, due to the positive results observed in patients with the aforementioned mental disorders and in their families, psychoeducation has become an important part of the integrative therapeutic model adopted in the treatment of mental illnesses, often accompanied by the prescription of medication or other types of psychotherapy, such as cognitive-behavioral therapy (Beck et al., 1987).

Finally, despite the several advantages of psychoeducation, there are still some constraints to its implementation. Some of these limitations include the lack of resources and expert personnel to provide psychoeducation, the stigma associated with psychiatric disorders that may discourage family involvement, and the negative experience or ineffectiveness of past therapies.

INTRODUZIONE

2.1 BASI TEORICHE DELLA TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE

Gli interventi psicoeducativi consistono nel fornire le informazioni necessarie riguardanti la condizione psichiatrica e le strategie per affrontarla in modo adeguato, chiaro e strutturato, tanto al paziente quanto alla sua famiglia. Numerose ricerche hanno confermato l'efficacia di tale approccio, tra cui uno studio condotto dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) nel 2014 e un altro di Xia, Merinder, e Belgamwar nel 2011.

Tra i vari tipi di interventi psicoeducativi, i programmi multicomponente stanno guadagnando sempre più popolarità. Questi programmi non solo forniscono informazioni, ma includono anche il coinvolgimento attivo dei *caregiver* e dei familiari, il supporto tra pari e la possibilità di confrontarsi con altre persone che si trovano in situazioni simili. Inoltre, offrono tecniche di adattamento e risoluzione dei problemi per affrontare le sfide quotidiane legate alla gestione della malattia mentale. Alcuni studi rilevanti che hanno sostenuto l'efficacia dei programmi multicomponente includono lavori di Gillard, Gibson, Holley e Lucock nel 2015 e di Lobban, Postlethwaite, e altri nel 2013.

Per quanto riguarda l'efficacia della psicoeducazione, si ritiene che sia influenzata da vari fattori. Innanzitutto, la conoscenza dei *caregiver* sui disturbi mentali è fondamentale. Più i *caregiver* conoscono la malattia, le sue caratteristiche e il modo migliore per gestirla, maggiori saranno le probabilità di ottenere risultati positivi nel trattamento e nella gestione del paziente. Inoltre, la valutazione cognitiva che i *caregiver* fanno della situazione di cura ha un impatto significativo sull'efficacia dell'intervento. Se i *caregiver* hanno una visione realistica delle sfide e delle opportunità di cura, saranno più preparati ad affrontarle in modo efficace.

Un altro aspetto cruciale è l'onere percepito dai *caregiver* e la loro autoefficacia nel fronteggiare la cura. L'onere della cura può essere molto stressante e angosciante per i *caregiver*, influenzando la loro salute fisica e mentale. Pertanto, è importante fornire supporto adeguato ai *caregiver* e aiutarli a sviluppare una maggiore fiducia nelle loro capacità di far fronte alla situazione.

È importante sottolineare che il benessere dei *caregiver* è strettamente correlato alla qualità dell'assistenza che possono fornire al paziente. Se i *caregiver* si sentono sopraffatti dallo stress e dalla pressione della cura, potrebbero avere difficoltà a fornire un supporto adeguato, il che potrebbe influenzare negativamente la prognosi del paziente e aumentare il rischio di recidive.

Gli interventi psicoeducativi hanno dimostrato un successo notevole, con oltre 20 studi condotti in diverse parti del mondo che hanno dimostrato la loro efficacia. Queste ricerche coinvolgono un gruppo di oltre 1500 pazienti, fornendo prove solide sull'efficacia dell'approccio psicoeducativo e confermando un rapporto costi-benefici favorevole.

Gli effetti positivi di tali interventi vanno oltre la semplice riduzione delle fasi acute sintomatiche. Essi includono una diminuzione significativa del numero di ricoveri e un'adesione migliorata al trattamento, soprattutto in termini di terapia farmacologica. Ciò dimostra che gli interventi psicoeducativi possono contribuire in modo significativo a migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie, promuovendo una migliore gestione della malattia e una maggiore stabilità.

Per raggiungere questi risultati, il lavoro con le famiglie si basa su obiettivi chiari e principi fondamentali. L'obiettivo principale è migliorare il benessere del paziente attraverso una collaborazione attiva tra professionisti, familiari e paziente stesso. Allo stesso tempo, si cerca di alleviare la sofferenza dei membri della famiglia, fornendo loro il supporto necessario per sostenere la guarigione del proprio caro.

Per lavorare con le famiglie in modo efficace, si adottano modelli di trattamento che si sono dimostrati validi. Questi modelli prevedono la coordinazione di tutti gli elementi del trattamento e della riabilitazione, garantendo che tutti lavorino insieme verso gli stessi obiettivi in una relazione collaborativa e di supporto. È fondamentale prendere in considerazione sia le esigenze sociali che cliniche del paziente e fornire una gestione ottimale dei farmaci. Inoltre, è importante coinvolgere attivamente le famiglie nella pianificazione e nell'erogazione del trattamento, ascoltandole e trattandole come partner alla pari.

Durante il trattamento, si devono esplorare le aspettative dei membri della famiglia riguardo al programma di trattamento e al paziente stesso. Si valutano anche i punti di forza e i limiti della famiglia nella loro capacità di sostenere il paziente, aiutando a risolvere i conflitti familiari attraverso una risposta sensibile al disagio emotivo e affrontando i sentimenti di perdita.

La fornitura di informazioni pertinenti al momento giusto è essenziale, così come fornire un piano di crisi esplicito e una risposta professionale. Si incoraggia la famiglia a migliorare la comunicazione tra i membri, fornendo anche formazione in tecniche strutturate di risoluzione dei problemi. Inoltre, si promuove l'espansione delle reti di sostegno sociale delle famiglie attraverso la partecipazione a gruppi multifamiliari o organizzazioni di supporto.

La flessibilità nel soddisfare le esigenze specifiche della famiglia è un elemento cruciale del trattamento, e si garantisce un facile accesso a un professionista in caso di necessità, anche una volta che il lavoro con la famiglia è terminato.

2.2 L'EDUCATORE PROFESSIONALE

Una delle figure chiave della terapia è l'educatore professionale.

L'educatore in passato era una figura sovrapponibile a quella del maestro ovvero era il riferimento adulto del ragazzo che, dopo il periodo della prima infanzia, iniziava la sua crescita umana e di istruzione.

Con il passare degli anni soprattutto dal secondo dopoguerra in Italia la visione di una scuola detentrica del monopolio dell'istruzione viene meno, Leggi e decreti riguardanti la pubblica amministrazione e l'autonomia decentrata degli enti locali, pongono la scuola come una delle agenzie educative che concorrono con altre figure professionali e enti alla formazione del giovane. In questo senso, appunto, anche l'educatore acquisisce una sua piena ed autonoma identità professionale anche attraverso nuovi corsi di laurea specifici.

Il passaggio da un ruolo "informale" a uno "formale" ha come caratteristiche: il riconoscimento sociale, compiti lavorativi giuridicamente indicati, preparazione culturale e formativa adeguata nonché ambiti di azioni professionali contrattualizzati anche su progetti mirati.

Si è passati così da una benevolenza umana generale figlia di un umanesimo diffuso nella nostra società italiana ad una cultura pedagogica specifica, riconosciuta anche giuridicamente, che prevede l'attività educativa come un intervento ben determinato e fondamentale, nella terapia a favore dei soggetti deboli interessati, con anche responsabilità personali e sociali in capo all'educatore stesso,

In un certo senso si può dire che la missione spontaneistica individuale è stata superata dall'esigenza di contemplare nuove competenze professionali, tecniche e pedagogiche e dunque in sintesi una nuova professione con tutto ciò che essa può e deve comprendere per un intervento efficace sulla persona.

Si amplia, pertanto, la visione dell'educazione della persona non più esclusivamente per l'età evolutiva ma anzi viene teorizzata la necessità di un'azione educativa lungo tutto il periodo della vita dell'individuo proprio come terapia o meglio ancora come "investimento sociale". Il salto di qualità tra il passato e l'oggi è dovuto all'evoluzione del concetto stesso di educazione e parallelamente quello della nuova figura dell'educatore.

Passiamo perciò alle principali competenze che determinano la professionalità dell'educatore. Si tratta di conoscenze e competenze che devono tendere alla maturazione integrale della persona sia sotto l'aspetto cognitivo che affettivo, relazionale, sociale, religioso ed etico. Il tutto all'interno non più solo dell'età di sviluppo personale ma nel corso dei vari momenti della vita umana quali il passaggio da un'età all'altra (infanzia/adolescenza ecc.) oppure in un passaggio da uno status ad un altro (da single a coniugato/a o viceversa ecc.) oppure da un cambiamento di ruolo o ancor peggio nel cambiamento di condizione (es da sano a malato e viceversa).

Si può definire come struttura culturale dell'educatore (Xodo, 2003) la presenza di almeno tre focus ovvero:

- l'educazione come servizio alla persona,
- il rapporto educativo come relazione,
- la progettazione come peculiarità di un'azione veramente efficace e personalizzata.

L'educazione come servizio alla persona è punto focale dell'azione educativa perché non si deve mai correre il rischio di "spersonalizzare" l'intervento cioè,

come ricorda il filosofo Paul Ricoeur (Ricoeur, 1993) non deve fermarsi ai soli aspetti di comportamento esteriore rinunciando ad analizzare quelli interiori perché ciò è frutto della tentazione di applicare tecniche e tecnologie anche all'educazione in modo impersonale ovvero indiscriminato.

Ogni azione e progettazione deve tener presente l'unicità dell'individuo in generale, anche se la casistica può ripetersi in più soggetti specialmente dopo anni di esperienza professionale da parte dell'operatore.

Ogni situazione merita una specifica progettazione dopo un attento studio del caso singolo che non significa necessariamente compromettere l'esigenza di intervento oggettivo ma piuttosto una ricerca mirata e individualizzata di intervento equilibrato fra soggettività del caso e oggettività degli strumenti da applicare.

Questo richiede all'educatore una solida competenza unita ad una visione alta del valore pedagogico, il tutto a favore e servizio della persona umana.

Il secondo focus riguarda il rapporto educativo e la competenza relazionale nella direzione che prevede una prestazione personale. Ciò significa che nel servizio alla persona, maggiormente ad esempio in quelli di tipo sanitario, la relazione non è solo fra operatore e paziente/utente per il raggiungimento di un determinato soddisfacimento di bisogno. Sempre più spesso oggi si utilizza il termine di "prosumer" che deriva dall'unione dei due termini inglesi *consumer* (consumatore) e *producer* (produttore) (Toffler, 1980). Ciò implica che i pazienti siano allo stesso tempo fruitori e produttori del servizio stesso, almeno in parte.

Difatti, l'importanza dell'attore/educatore che attraverso gli strumenti e interventi educativi (relazione e comunicazione) può far comprendere diagnosi e terapia alla persona che poi dovrà applicarla.

Infine, il terzo focus ci riporta sulla competenza progettuale che presuppone la capacità dell'educatore nel fare sintesi tra conoscenza e competenza all'interno dell'unico progetto orientato alla cura della persona.

Presupposto fondamentale di questo è che il soggetto accetti il progetto come scelta individuale contraddistinta dagli altri. Progettazione si unisce all'accettazione della propria identità. Se la persona non sa chi sia o chi vuole diventare non può avere un progetto chiaro.

Dal lato dell'educatore il progetto deve prevedere di arrivare ad un traguardo che coincida con la capacità progettuale autonoma dell'individuo educando. La progettazione, dunque, è un percorso che somma varie competenze quali la capacità di relazione, comunicazione, di ragionamento, di conoscenza ed esperienza, di risoluzione di problemi, di selezione di informazioni e di apertura a nuove soluzioni come se il tutto fosse un'unica complessa azione la quale non deve avere come unico scopo la risposta ad un bisogno, per quanto importante e necessario sia quello espresso dalla persona, ma piuttosto un divenire aperto, Progettare diventa una forma mentale che tende alla cultura del dover essere inteso come realizzazione di nuove possibilità.

Ovviamente accanto a questo modello di progettazione più aperto vi sono anche modelli definibili più chiusi di stampo comportamentista. In ogni caso la progettazione fa riferimento all'azione educativa e trae fondamento nella teoria dell'azione, seppur con diversi modelli.

Ricordiamo che tra le componenti e fasi della progettazione si ritrovano: le scelte della committenza, il rilevamento dei bisogni educativi, l'elaborazione dei bisogni in obiettivi, la definizione dei contenuti, la definizione dei tempi di realizzazione e la valutazione dei risultati. Infine, fra i fattori determinanti vi sono: modalità di informazione e comunicazione, individuazione delle risorse umane, elaborazione degli obiettivi e finalità educative, tempi e luoghi di realizzazione e valutazione in itinere.

2.3 L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE

La professione dell'educatore professionale trae fondamento come professione "sanitaria e sociale" dal D.M. 8/10/1988 nr. 520 e dal D.lvo 30/12/1992 nr. 502.

Questi decreti individuano l'attività dell'educatore nell'ambito delle professioni intellettuali ragion per cui viene richiesta la laurea o una abilitazione.

Inoltre, sempre queste disposizioni normative, specificano bene che la definizione di professione sanitaria per l'educatore fa riferimento al fatto che le attività di quest'ultimo si riconducono alla tutela della salute della persona e della collettività al fine di compiere quanto previsto dall' art. 32 della Costituzione Italiana.

Se, dunque, la salute rientra così nei diritti fondamentali garantiti proprio nel dettato costituzionale (De Nicola, 1947) è ancora più chiaro che la salute sia un concetto più ampio che comprende oltre all'assenza di malattia, anche il concetto di benessere in tutte le sue forme (Atto di costituzione dell'OMS poi recepito in D.lgs. 4/3/1947 nr. 1068).

La dimensione sociale del benessere vuole far ricondurre la necessità della salute della persona all'interno della collettività.

Su questo legame tra benessere individuale e tutela dell'interesse comune non vi è chiaro riferimento nel Codice deontologico della professione dell'educatore seppur il codice comunque cita e rimanda all' art. 32 della Costituzione. In ogni caso la funzione di qualifica "sociale" della professione si riscontra nuovamente dal D.M. 520/1998 ma ancor più nell'Art. 38 della Costituzione laddove si prevede una tutela che dia risposte ai bisogni sia dei cittadini, generalmente, sia dei lavoratori tramite appositi istituti (definiti come "mezzi adeguati") per il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

Ancor più evidente l'intenzione dei legislatori costituenti di dare pieno diritto agli inabili attraverso mezzi e risorse che garantiscano "diritto all'educazione e all'avviamento professionale" che si realizza implicitamente solo tramite l'opera di professionisti competenti come l'educatore stesso.

Rispetto al profilo professionale dell'educatore, questo è regolamentato dal D.M. 8/10/1998 nr. 520. Gli artt. 1 e 2 tratteggiano le funzioni essenziali e caratterizzanti di questa figura e in particolare i commi 2,3 e 4 dell'art. 1 mettono in evidenza e determinano il carattere di non subordinarietà dell'educatore rispetto alle altre professionalità socio-sanitarie con cui si deve rapportare nel lavoro di equipe. Anzi, è proprio nell'equipe multidisciplinare che questa figura trova attuazione nei "specifici progetti educativi e riabilitativi" nonché nella "cura del positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà". In sostanza l'educatore professionale ha piena titolarità di formazione degli studenti, delle altre figure di supporto e si inserisce lavorativamente nelle strutture residenziali o semiresidenziali, pubbliche e private, come da comma 4 art. 1, con attività professionali i cui limiti non sono stati esplicitati affinché non vi fosse una sorta di

limitazione operativa rispetto al risultato finale e prioritario che è sempre quello della realizzazione di progetti di recupero educativo e riabilitativo del soggetto.

Sempre con uno sguardo alla legislazione vigente su questa figura professionale, è da ricordare che con la L. nr. 42 del 26/2/1999 vi è stata la sostanziale abrogazione del concetto di “ausiliarità” di alcune professioni sanitarie. Ciò è avvenuto in modo implicito sostituendo tale definizione con il termine attuale di “professioni sanitarie” senza nessun’altra distinzione ma soprattutto eliminando il concetto di “mansionario” a cui attenersi.

In chiave positiva ciò ha comportato una nuova indicazione in senso prescrittivo-positivo del campo di azione dell’educatore professionale che sempre in base all’art. 1 della citata Legge, è a pieno titolo una delle professioni sanitarie.

Sempre richiamandoci al carattere abrogativo della norma, si può affermare che i criteri ispiratori dell’attività dell’educatore sono quelli del dover fare tutto ciò che è contemplato da regolamenti e decreti, nonché di attivarsi responsabilmente per il raggiungimento dell’obiettivo naturalmente nel rispetto delle specifiche competenze professionali di tutti gli operatori che concorrono in equipe, esaltando così sia la responsabilità professionale individuale che l’autonomia dell’attività (ex L. 251 del 10/8/2000).

L’autonomia dell’educatore professionale come indicato da art. 2 della L. 251 del 10/8/2000 prevede in sintesi una "titolarità ed autonomia" nello svolgimento dell’attività in chiave riabilitativa del singolo soggetto e della collettività dove si esercita attività di prevenzione, cura o riabilitazione.

2.4 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE IN MEDICINA

Il rapporto dell’OMS (1998) *“Therapeutic Patient Education - Continuing education programmes for health care, providers in the field of prevention of chronic disease”* fa riferimento all’educazione terapeutica del Paziente definendola come: “essa è centrata sul paziente; include la consapevolezza strutturata, l’informazione, l’apprendimento dell’autogestione della cura e il suo sostegno psico-sociale riguardanti la malattia, il trattamento prescritto, l’assistenza, l’ospedale e gli altri ambienti assistenziali, le informazioni riguardanti le organizzazioni coinvolte nella cura, il comportamento in caso di salute e di malattia.

Essa è finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il suo trattamento, a cooperare con gli operatori sanitari” (Assal et al., 2001).

Si riporta il passaggio citato per comprendere al meglio la distinzione tra l'educazione terapeutica e l'educazione al paziente che non sono considerabili come uno sostantivo dell'altro. Anzi, partendo dall'analisi del significato dell'educazione terapeutica il ruolo del paziente è quello di seguire una terapia, di qualsiasi natura, ed inoltre quello di aggiungere un effetto aggiuntivo tramite la consapevolezza e la partecipazione alle cure stesse. Nell'educazione al paziente, invece, si vuole rendere compartecipe il paziente oltre che alle cure anche all'azione complessiva che lo riguarda attraverso un aiuto che lo aiuti a contare su sé stesso, che lo aiuti a far leva sulle proprie energie da attivare, in uno sviluppo progressivo ed armonico di fiducia delle proprie capacità nell'autonomia e nell'autogestione della terapia, dove il protagonista non è il curante ma il soggetto curato (Verma et al, 2001; Probert et al. 1992). Si tratta del processo di “empowerment” del paziente atto a far maturare in lui un auto processo di cambiamento positivo attraverso questi principali punti:

- 1) l'autoconsapevolezza
- 2) il centro di controllo
- 3) la corresponsabilità della propria cura

Nel primo aspetto è determinante la piena coscienza della malattia sia mediante una corretta informazione esterna sia da una profonda e meditata riflessione interiore (presa di coscienza)

In secondo luogo, è importante che il paziente acquisisca il controllo della situazione personale vivendola con padronanza in modo da renderlo attivo nella gestione del quotidiano e degli effetti attesi dalla terapia.

Infine, si passa da un approccio più classico e datato di gestione della responsabilità terapeutica dal medico curante al paziente che diventa lui stesso primo responsabile in autonomia della sua situazione, ovviamente nei limiti delle sue risorse del momento.

Diversi studi hanno dimostrato (Olbrisch & Ziegler, 1982; Sandler & Grausz, 1976) che l'accettazione di una certa consapevolezza, autonomia e auto-responsabilità da parte del paziente, possono portare quest'ultimo a vivere la malattia con una minor ansia con relativi effetti benefici anche sul corpo e in generale sulla qualità della vita che indubbiamente condiziona molto del vivere quotidiano. Dunque, accanto alla consapevolezza della propria condizione, se si sviluppa la capacità di gestione e condivisione della terapia, si sposta il centro dell'obiettivo della terapia dalla malattia alla persona stessa (Lahdensuo et al., 1996) con relativo beneficio complessivo per quest'ultima.

Strettamente collegato a quanto poc'anzi esposto sulla autoresponsabilità e autogestione della terapia, vi è da annotare l'importanza del "grado di risposta fra il comportamento della persona e il consiglio medico sanitario" (Sackett et al., 1985) quale "grado di obbedienza" del paziente alle terapie prescritte. Si deve cioè tener conto che il paziente esercita sempre in modo consapevole o inconsapevole un grado di autonomia gestionale. Quanto più questo è rispettoso e vicino all'obiettivo terapeutico tanto più sarà efficace ma l'obiettivo non deve essere ottenere una mera e stretta obbedienza del paziente rispetto al soggetto curante. È solo un sano processo di "*empowerment*" del paziente a renderlo consapevole nella gestione autonoma e responsabile dei suoi risultati. Ovviamente ciò comporta che vi sia come presupposto una buona capacità sia di empowerment della figura professionale curante sia di comunicazione empatica che sappia instaurare un clima di fiducia e di rispetto reciproco. Il tutto dovrà passare come naturale conseguenza non già di una forzatura verso una cieca obbedienza ma piuttosto attraverso un meditato processo di introspezione del paziente, una rielaborazione di sé e della propria vita e in ultima analisi della propria condizione di malattia con la gestione e la presa in cura della stessa.

Dal punto di vista del riconoscimento legislativo dell'Educazione del Paziente si deve ritornare alla L. nr. 115 del marzo 1987 che aveva come oggetto l'assistenza del paziente con diabete di tipo 1. Si cita anche la L. nr. 548 del dicembre 1993 che riguarda l'assistenza ai pazienti affetti da fibrosi cistica.

Solo successivamente nel piano sanitario nazionale (PSN) 2003-2005 pur non parlando esplicitamente di Educazione del paziente si fa riferimento alla generica necessità di migliorare l'autonomia funzionale delle persone disabili anche in relazione alla vita familiare sociale, introducendo misure che possano prevenire o ritardare la non autosufficienza e che includano le informazioni sugli stili di vita. È evidente, perciò, che queste azioni non possono non implicare un'azione di tipo formativo e informativo ovvero educazionale. Se tutto quanto sopra esposto ha un valore positivo e da questo ne discende un reale beneficio per la persona/paziente non si può non riconoscere che un ruolo determinante viene dalla figura dell'educatore professionale e dalle sue competenze.

L'educazione del paziente richiede molteplici competenze in capo all'educatore in special luogo. Dalla capacità di motivare il paziente alla guida verso un percorso condiviso di terapia le specifiche competenze saranno di tipo psicologico ma anche pedagogico. Bisogna saper favorire processi di autoconsapevolezza (psicologico) con uno sviluppo empatico di esperienza consapevole del paziente ovvero pragmatica di gestione della cura e nuove modalità di dinamiche relazionali (pedagogico). Inoltre, accanto a queste due peculiari caratteristiche della figura dell'educatore vi è anche l'aspetto della competenza "animativa" che favorisce un approccio anch'esso di "rottura degli schemi" da parte del paziente che impara ad uscire dagli schemi liberando la propria fantasia e dunque con nuovi stimoli. L'educatore ha la capacità di attivare le attività presenti nel contesto territoriale dove opera utilizzandole come nuovi stimoli rispetto al progetto educativo o riabilitativo programmato. Infine, l'educatore ha anche conoscenze sulle malattie croniche per far coincidere le potenziali residue dei soggetti con gli obiettivi riabilitativi.

Il ruolo dell'educatore, in conclusione, non può che essere in naturale azione condivisa con l'equipe dove accanto all'intervento medico sia previsto con pari dignità quello educativo. Certo quest'ultimo richiede tempi e metodologie più lunghi ma non meno fondamentali per il raggiungimento del fine ultimo. È necessario, perciò, avere una visione sempre più integrata dell'azione sanitaria con quella socio-educativa dove l'Educatore gioca il ruolo strategico di alleato del

paziente e al contempo di mediatore con la terapia medica, senza peraltro doversi sostituire né al medico né al paziente stesso che non deve delegare l'educatore nella gestione del suo percorso di cura. L'educatore piuttosto, deve essere la figura che aiuta il soggetto a sviluppare le proprie risorse con consapevolezza e dunque aiutarlo ad aiutarsi.

Nella visione integrata di equipe l'educatore si integra con il medico, l'infermiere e l'operatore socio-sanitario per la sua funzione di "umanizzazione" della cura nel senso che accanto alla medicina intesa come Scienza vi trova spazio la scienza Umana come valorizzazione della funzione umana nella cura.

Il lavoro dell'educatore è quello di leggere inizialmente il bisogno del paziente aiutando questi a comprenderlo per una sorta di lettura più umana della cura e conseguentemente la peculiare capacità di attivare processi interni al paziente e di coinvolgimento di quante più risorse esterne (persone e ambienti) in un progetto che viene definito correttamente "multidisciplinare".

Da ormai più di un decennio si è assistito ad un processo di crescita della Educazione Medica Continua (ECM) sia per i medici che per tutti gli altri operatori sanitari. L'importanza di una formazione che vada oltre la semplice definizione di aggiornamento professionale acquista un significato più profondo di senso se si comprende l'esigenza attuale di prevedere che oltre all'operatore sanitario vi è l'esigenza di contemplare anche una sorta di minima formazione anche per l'utente della medicina. Come abbiamo precedentemente esposto, un paziente cosciente della sua terapia che ha potuto condividere e di cui ha consapevolezza, è più gestibile in termini di risultati ottenibili con la cura stessa. Ecco, dunque, che si è cominciato a parlare della necessità di una Educazione continua del Paziente (ECP) che vada oltre la semplice informazione che l'utente spesso trova rivolgendosi per lo più sui media in generale per non citare in particolare internet.

Rispetto alla metodologia finora applicata per la ECM è da segnalare come spesso si sia fatto ricorso alla classica formazione/informazione in seminari o corsi e talvolta anche con partecipazione diretta degli utenti in focus group o gruppi di condivisione dove la presenza dei partecipanti può essere fisica o virtuale, grazie

alla quale in questi ultimi anni, comunque, si potuti continuare ad operare. La tecnologia e l'informatizzazione hanno perciò contribuito notevolmente all'impulso della ECM ma nel caso della ECP nulla può sostituirsi alla necessità di incontro diretto ovvero di scambio di conoscenza e confronto fra utente e operatore.

Infatti, peculiarità della ECP è proprio lo scambio continuo fra operatore e paziente rispetto reciproci pareri, piuttosto che la rielaborazione del sapere magari correggendo modi di comportamento anche sulla terapia in corso o più in generale sulla malattia. Inoltre, accanto alla formazione di tipo più basato sulla scienza cognitiva vi è l'importante pari aspetto di sviluppo della capacità relazionale che non può ovviamente prescindere dal rapporto personale e dalla partecipazione diretta.

In merito alle caratteristiche dell'utente della ECP questo determinerà conseguentemente l'applicazione di una o più metodologie specifiche. Evidentemente se stiamo trattando con un paziente minore ci si dovrà comportare diversamente se si tratta con un paziente adulto oppure a parità di età potranno per esempio divergere elementi culturali, di genere o sociali. Certo l'accesso globalizzato ai media in particolare ad internet ha aumentato di molto le possibilità di reperire informazioni anche se purtroppo non sempre scientificamente fondate. In ogni caso il paziente pur disponendo potenzialmente di molti mezzi non ha ancora strumenti per una corretta informazione medica e soprattutto il paziente ha una disponibilità di tempo limitata. Generalmente l'utente cerca una risposta veloce e sintetica alla sua malattia e alla possibile cura, magari entrando in contatto con altri utenti con cui condividere le stesse problematiche. Dunque, se da una parte il confronto può essere l'aspetto positivo dall'altra l'ECP deve tener conto dell'ansia dell'utente nel trovare risposte efficaci per il naturale desiderio di guarire, e questo lo porta inevitabilmente ad evitare spiegazioni e informazioni troppo scientifiche nonché tutto ciò che è definibile come "propedeutico".

Inoltre, nella programmazione della ECP si deve tener conto degli aspetti "sociali" dove i pazienti differiscono rispetto alle proprie tipiche esperienze e stili di vita che possono essere particolarmente arricchenti sia per l'utente che per l'operatore

sanitario in una logica “*win/win*” dove da una parte l’utente acquisisce nuove informazioni e si confronta su aggiornamenti e dall’altra l’operatore comprende nuove esperienze e punti di vista.

In conclusione, l’ECP può rappresentare una valida attività all’interno del contesto più ampio del progetto di cura dove l’obiettivo è unico e chiaro e tanto più sarà efficace se sarà appunto condiviso con il paziente che accanto ai suoi bisogni percepiti dovrà conoscere ed accettare quelli non conosciuti e non percepiti direttamente anche attraverso scambi di valutazioni e informazioni con il parere di esperti e dei familiari coinvolgibili.

2.5 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE IN PSICHIATRIA

Secondo Ian Falloon (1992), la terapia psicoeducativa integrata è un modello terapeutico che ha come finalità il miglioramento della comunicazione all’interno di una famiglia in cui è presente un individuo con un disturbo psichiatrico, e si propone di trattare al meglio i problemi presenti all’interno della famiglia stessa. Negli interventi di psicoeducazione è fondamentale comunicare informazioni in merito alla patologia e al suo trattamento in modo approfondito sia all’individuo che al nucleo familiare intero (Bellak & Mueser, 2003). Attraverso l’aumento delle conoscenze si vuole promuovere un cambiamento, volto inoltre a favorire l’apprendimento di strategie che consentano un metodo strutturato nella soluzione di problemi.

Obiettivo primario della terapia è valutare i punti forza e punti deboli del nucleo familiare e definire quali sono per ciascun membro della famiglia gli obiettivi che si vogliono raggiungere con questo tipo di terapia. Con il termine famiglia non si intende solamente un nucleo di persone unito da una relazione di parentela, ma anche persone che per diversi motivi vivono insieme o che si ritengono un gruppo di individui con obiettivi comuni oltre che individuali, ad esempio comunità di recupero, sostegno, una comunità alloggio, una casa-famiglia.

È fondamentale coinvolgere i familiari in questo tipo di intervento perché di fatto nella maggior parte dei casi essi possono giocare un ruolo centrale nel mantenimento di alcuni comportamenti disfunzionali rispetto al paziente o alla

malattia stessa. Nello specifico, si cerca di coinvolgere e aiutare ciascun membro della famiglia nel raggiungimento degli obiettivi personali prefissati, e non soltanto concentrarsi su quelli definiti per il paziente.

Secondo il modello stress-vulnerabilità di Selye (1975), ogni individuo con disturbo psicologico riflette diversi livelli di stress e fattori di vulnerabilità bio-psico-sociali (Figura 1) che, dopo essere stati quantificati, possono essere ridotti grazie alla terapia psicoeducativa.

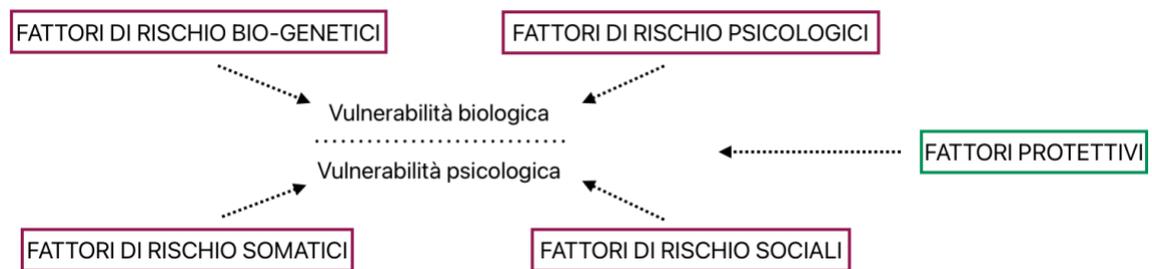


Figura 1: Schema riassuntivo del modello bio-psico-sociale (Engel, G., 1981).

Più la terapia riesce a rafforzare le conoscenze personali sulla propria condizione, più si riduce la vulnerabilità e, di conseguenza, lo stress (Figura 2). In aggiunta, le strategie di psicoeducazione vanno a modificare le basi del rinforzo psicologico disfunzionale sia messo in atto dall'individuo che a livello familiare, mirando ad aumentare la rete sociale di sostegno.

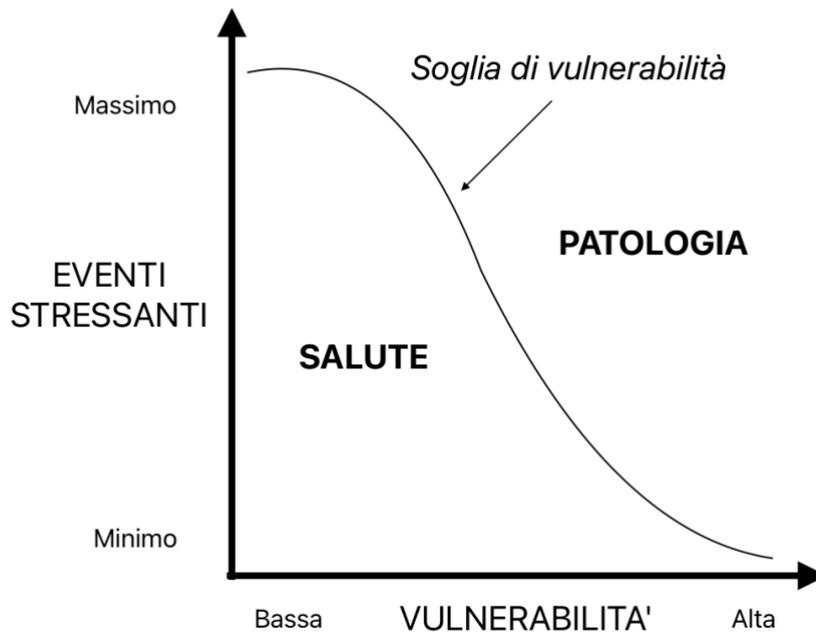


Figura 2: Grafico schematico del modello stress-vulnerabilità per lo sviluppo di disturbi mentali (Zubin and Spring, 1977).

Nella prima fase del protocollo terapeutico, si effettua la valutazione dell'individuo con patologia psichiatrica con lo scopo di capire ed evidenziare quali sono i problemi fondamentali della vita quotidiana che lo ostacolano nel raggiungimento del proprio livello di funzionamento ottimale. Si identificano quali sono i fattori che possono determinare l'inizio e il mantenimento dei problemi legati alla malattia, per modificarli in un successivo momento. Nella stessa fase, si cerca di capire quale sia la differenza tra qualità desiderata e qualità reale del funzionamento quotidiano per l'individuo e per i familiari, valutandone l'efficacia, e conseguentemente stabilire obiettivi personali semplici, concreti e realistici. Infine, si elencano gli aspetti positivi della persona e delle circostanze che possono facilitare la soluzione di problemi e il raggiungimento di obiettivi.

La valutazione iniziale comprende quattro moduli principali:

- a. analisi del problema
- b. valutazione individuale
- c. valutazione delle capacità familiari di risolvere i problemi e di raggiungere gli obiettivi
- d. piano iniziale integrato di gestione clinica e sua valutazione.

L'analisi del problema viene fatta sia con l'individuo patologico che, se ce ne sono, con i familiari. All'inizio per l'individuo si prendono in considerazione non più di tre problemi per volta, cercando di ottenere una definizione precisa del problema in un linguaggio semplice, non eccessivamente astratto. In seguito, si definisce la frequenza e l'intensità con cui si presenta il problema, utilizzando per esempio scale di valutazione per l'intensità, che possono spaziare da 0 a 10 oppure in percentuale da 0 a 100, cercando di capire se ci sono eventi, pensieri o emozioni esacerbanti che precedono immediatamente la comparsa del problema e le circostanze più frequenti in cui si tende a verificare questo problema. Le conseguenze dei problemi legati alla patologia può influenzare il futuro verificarsi degli eventi problematici stessi, difatti capire cosa succede dopo la manifestazione di un problema può modificarne una ricaduta nel futuro. Proprio per questo è anche importante accertare quale tipo di rinforzo venga messo in atto nei confronti del comportamento disfunzionale, perché può modificarne la probabilità di accadimento in modo più o meno intermittente.

Per quanto riguarda la risoluzione dei problemi, si dà per scontato che il paziente e i familiari facciano sempre del loro meglio per risolvere i loro problemi, nonostante ciò, però, colui che effettua la terapia dovrebbe identificare le abilità già presenti nel singolo individuo e nel gruppo per mettere in evidenza quelle apparentemente inefficaci nella risoluzione dei problemi legati alla patologia. Nella risoluzione dei problemi vanno registrati anche i trattamenti farmacologici e le terapie consigliate o in corso, infine bisogna valutare sia gli aspetti positivi che tutte le carenze di ogni persona coinvolta.

Partendo dalle basi teoriche descritte finora, la psicoeducazione è stata poi applicata a diversi disturbi psichiatrici, in questo elaborato discuteremo principalmente di Schizofrenia, Disturbi dell'Umore quali Disturbo Bipolare e Depressivo Maggiore, e Disturbi del Comportamento Alimentare.

LA PSICOEDUCAZIONE NELLA SCHIZOFRENIA

3.1 La Schizofrenia

Di seguito i criteri diagnostici per la Schizofrenia secondo la quinta revisione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V) del 2013 (American Psychiatric Association, 2013).

Due o più sintomi caratteristici per un periodo significativo di almeno sei mesi, in cui sia incluso almeno uno dei primi tre:

1. deliri,
2. allucinazioni,
3. eloquio disorganizzato,
4. comportamento disorganizzato,
5. sintomi negativi.

Inoltre, devono essere presenti per un periodo di sei mesi, che comprenda almeno un mese di sintomi attivi:

1. segni prodromici o attenuati di malattia,
2. diminuzione del funzionamento sociale, lavorativo o della cura di sé.

Con sintomi positivi ci si riferisce a comportamenti solitamente non presenti in individui normotipici che emergono a causa della malattia. Tra questi, nella Schizofrenia ci sono i deliri e le allucinazioni. I deliri comprendono le convinzioni o le idee fallaci del paziente che persistono pur essendo confutabili e contraddittorie, e in genere non sono condivise dal resto della popolazione. Esistono diversi tipi di deliri, classificati in base al tipo di esperienza di vita quotidiana da cui derivano, troviamo quindi i deliri di persecuzione, di riferimento e di innesto del pensiero. I deliri di persecuzione si riferiscono alla sensazione del paziente schizofrenico di essere vittima di minacce, di essere spiati o seguiti, quelli di riferimento includono la convinzione del paziente nel pensare che testi, frasi, gesti o altri comportamenti siano diretti a sé, mentre i deliri di innesto del pensiero comprendono l'idea del paziente di essere controllato da agenti esterni a sé, di

trasmettere i propri pensieri agli altri e il timore che altre persone possano leggere i suoi pensieri. Le allucinazioni, invece, sono esperienze sensoriali tipicamente legate al paziente stesso, sono soggettive e comprendono tutti i sensi, gusto, vista, tatto, olfatto e udito. Le allucinazioni uditive sono le più frequenti (National Institute for Health and Care Excellence, 2021) spesso i pazienti le riportano come il fatto di “sentire delle voci” nella loro testa. Un'altra categoria che può essere considerata all'interno dei sintomi positivi è quella dei sintomi disorganizzati, e ne fanno parte l'eloquio e il comportamento disorganizzato. Nell'eloquio disorganizzato, il pensiero risulta disorganizzato e ne consegue un discorso incoerente e senza scopo, che può variare da una disorganizzazione lieve sino all'incoerenza o all'incomprensibilità. Questo tipo di sintomo è anche stereotipato come “la mossa del cavallo” (National Institute of Mental Health, 2023) poiché come nel gioco degli scacchi, il paziente comincia una linea di pensiero diretta ma improvvisamente cambia direzione, ed è privo di coerenza logica. Il comportamento disorganizzato, invece, include atti dalle caratteristiche infantili, agitazione e inadeguatezza dell'aspetto, dell'igiene o della condotta. La catatonia ne è un esempio estremo, ed è caratterizzata dal mantenimento di una postura rigida e resistenza agli sforzi di essere mossi, oppure la messa in atto di un'attività motoria senza finalità e non provocata da stimoli.

Epidemiologia

Nel mondo, circa 24 milioni di persone sono affette da Schizofrenia secondo le ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La frequenza con cui la malattia si manifesta in uomini e donne è molto simile, anche se per le donne la diagnosi tende ad avvenire in età più avanzata che negli uomini. In particolare, in Italia si stima che 245.000 individui siano affetti da Schizofrenia, indipendentemente dalla classe sociale. L'OMS afferma poi che circa un terzo dei pazienti che ne soffrono sono più facilmente ad esito recuperabile, un secondo terzo, nonostante l'aderenza alle terapie, può incorrere in una riduzione del funzionamento sociale, ed infine un ultimo terzo risulterebbe cronicizzare la malattia.

Trattamento

Il trattamento della Schizofrenia si concentra principalmente nell'aiutare i pazienti a riprendere in mano la propria vita. In generale il corso terapeutico è mirato a favorire la gestione dei sintomi da parte del paziente, per poter raggiungere obiettivi concreti, come portare a termine gli studi o ottenere un lavoro stabile, e per imparare a sostenere relazioni sociali.

Una prima forma di trattamento è di tipo farmacologico, secondo il quale si somministrano al paziente farmaci antipsicotici (ad esempio farmaci di prima generazione come Clorpromazina, Flufenazina, Aloperidolo, Loxapina, Perfenazina, Pimozide, Tioridazina) per tenere controllati principalmente i sintomi positivi di psicosi. In casi più gravi in cui il paziente resiste a questo tipo di prescrizione, gli viene somministrata Clozapina o Olanzapina, farmaci atipici che possono portare gravi effetti collaterali, tra quali aumento rapido del peso, se non tenuti sotto stretto controllo (con controlli periodici delle analisi sanguigne).

In secondo luogo, invece troviamo una differente linea di trattamento, che segue la psicoterapia, tra cui terapia cognitivo-comportamentale, e la psicoeducazione. Nonostante spesso i due tipi di trattamento siano seguiti in contemporanea, la psicoeducazione e le terapie psicologiche sembrano essere più efficaci nell'evitare ricadute da parte del paziente (National Institute for Mental Health - NIMH). La psicoeducazione, in particolare se effettuata con il sostegno di un gruppo sociale stretto quale la famiglia o un *caregiver*, è di fondamentale importanza per recuperare le capacità sociali nel paziente e per assistere coloro che gli sono attorno. Il supporto educativo combinato ai farmaci è volto a coinvolgere non solo il paziente ma anche chi se ne prende cura per cercare di evitare il ripresentarsi dei sintomi e aderire al trattamento il più a lungo possibile.

3.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE

Riguardo al percorso terapeutico dei pazienti affetti da Schizofrenia, sono stati riportati diversi studi che implicano l'efficacia della psicoeducazione nel trattamento. In primo luogo, Hornung e colleghi (1996) vogliono sottolineare come

il trattamento farmacologico isolato per pazienti affetti da Schizofrenia comporti un rischio maggiore di ricadute rispetto all'approccio integrato con psicoeducazione. Nel loro studio gli autori affermano l'importanza di aiutare il paziente con Schizofrenia ad affrontare i sintomi secondari dovuti alla patologia che non sono risolvibili tramite l'assunzione di farmaci, quali ad esempio le prestazioni in contesti sociali e la capacità di relazionarsi con gli altri. Allo stesso tempo, Hornung e collaboratori (1996) includono come obiettivo per i pazienti l'insegnamento di nuove strategie di coping volto a fargli riconoscere autonomamente l'esordio di sintomi che indicano una ricaduta. Nel loro programma di psicoeducazione, gli autori includono quattro fasi: informativa, della registrazione dell'assunzione di farmaci, del riconoscimento di sintomi precedenti alla ricaduta, ed infine la parte pratica e di dimissione. Nella prima fase informativa, i pazienti ricoverati con diagnosi di Schizofrenia sono divisi in gruppi e da programma utilizzano gli incontri per conoscersi reciprocamente. Inoltre, i terapisti presenti indagano sul livello di conoscenza e consapevolezza della patologia tenuto dai pazienti e forniscono informazioni dettagliate sui tipi di percorso terapeutico possibili, approfondendo la descrizione della patologia quando necessario. I clinici di riferimento poi somministrano ai pazienti una scheda da compilare regolarmente in autonomia, dove si tiene traccia di tutti i farmaci assunti dal paziente (prescritti e non) e del loro stato fisico-emotivo al momento dell'assunzione. In questa seconda fase è importante stabilire un ambiente in cui i pazienti con Schizofrenia si sentano sicuri e liberi di esprimersi, per incentivarli a riportare ogni comportamento nei confronti dell'aderenza alla terapia nel modo più sincero possibile. In aggiunta, nella terza fase, i pazienti vengono aiutati a riconoscere i segni e i sintomi precedenti ad un episodio delirante, accompagnati dalla loro famiglia o dai loro *caregiver*. In genere, i nuclei familiari di pazienti affetti da Schizofrenia e i pazienti stessi sono molto accurati nel riconoscere e descrivere i sintomi prodromici, poiché ne fanno esperienza ripetutamente (Herz & Melville, 1980). A partire da queste autoanalisi si possono dunque stabilire delle linee guida per definire con il paziente le strategie di coping adeguate da adottare nel decorso della patologia. Infine, nella fase di dimissione i pazienti vengono messi in contatto con uno psichiatra di riferimento, il quale aggiusta il loro piano di trattamento farmacologico alla luce

delle analisi personali fornite nei punti precedenti e consegna ai pazienti un ultimo compito di continuare ad annotare il trattamento assunto, il loro stato emotivo e le strategie di coping utilizzate con cadenza settimanale fino al controllo successivo. Successivamente all'applicazione di questo protocollo, Hornung e colleghi (1996) hanno rilevato significativi miglioramenti per i pazienti affetti da Schizofrenia nell'acquisire consapevolezza sugli argomenti trattati, assieme ad una riduzione dell'assunzione di sostanze non presenti nel piano farmacologico.

In un successivo studio, Aguglia e altri (2007) hanno testato due gruppi di pazienti con diagnosi di Schizofrenia, in cui ad un gruppo è stato somministrato il solo trattamento farmacologico, mentre all'altro gruppo un trattamento farmacologico combinato alla terapia psicoeducazionale. I risultati indicano che il gruppo a cui era somministrata la terapia combinata ha riportato miglioramenti nella qualità di vita durante il corso della ricerca, promettendo ulteriori incrementi nel lungo termine. Inoltre, il gruppo di trattamento combinato è risultato avere meno ricadute in episodi acuti rispetto al gruppo con solo trattamento farmacologico, e ancora migliore adesione al trattamento rispetto a quest'ultimo (Aguglia et al., 2007). Questi effetti positivi sono stati riportati anche dalla famiglia o dai *caregiver* di ogni paziente. Dunque, se effettuata sia nel breve che nel lungo periodo e con adeguata assistenza, la terapia psicoeducazionale è un valido componente nel trattamento di pazienti affetti da Schizofrenia (Hornung et al., 1996).

3.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI

Dagli studi di Fallon, Leff e McFarlane per il World Schizophrenia Fellowship del 1998, vengono riportati gli obiettivi principali per lavorare con le famiglie di pazienti con Schizofrenia all'interno di un percorso di psicoeducazione. In primo luogo, vi è il raggiungimento del miglior esito possibile per il paziente, accompagnato dai clinici e dalla famiglia o da altre figure di supporto, mentre in secondo luogo viene definito lo scopo di alleggerire il carico emotivo dei membri a sostegno del paziente, attraverso un percorso guidato durante il decorso della patologia. In questo articolo in particolare, McFarlane e colleghi (2003) mostrano

come ci sia una ulteriore conferma dei risultati precedentemente esposti per il singolo paziente, più una generalizzazione tra ambienti culturalmente diversi, quali Cina, Spagna, Scandinavia e Regno Unito. Infine, viene posta l'attenzione su diversi miglioramenti dei pazienti in seguito a terapia familiare e psicoeducazionale. Tra questi esiti positivi troviamo l'aumentato benessere dei membri familiari che affiancano il paziente con Schizofrenia, l'aumento del tasso d'impiego per il paziente e delle proprie capacità di relazione sociale, la diminuzione dei sintomi positivi, la riduzione dei costi dovuti al trattamento per la famiglia e dell'uso di farmaci o sostanze non previste dalla medicazione necessaria (McFarlane et al., 2003).

LA PSICOEDUCAZIONE NEL DISTURBO BIPOLARE

4.1 Il Disturbo Bipolare

Secondo i criteri di diagnosi riportati nella quinta revisione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) del 2013, i disturbi bipolari sono classificati come:

1. Disturbo Bipolare di tipo I: definito dalla presenza di almeno un episodio maniacale nell'arco della vita e solitamente episodi depressivi, ma non necessari per la diagnosi.
2. Disturbo Bipolare di tipo II: definito dalla presenza di almeno un episodio di depressione maggiore e almeno un episodio ipomaniacale.
3. Disturbo Ciclotimico: presenza per almeno due anni di sintomi che non soddisfano i criteri specifici per uno degli altri disturbi bipolari, ossia non raggiungono mai del tutto né il polo maniacale né quello depressivo.

Un episodio maniacale è definito dalla presenza di almeno una settimana di umore consistentemente elevato, euforico o irritabile (Kring, A.M., Davidson, G.C. Neale, J.M., Johnson, S.L. 2017). Inoltre, è caratterizzato dalla presenza di attività finalizzata o un notevole aumento di energia e può essere accompagnato da tre o più sintomi addizionali:

1. autostima ipertrofica o grandiosità,
2. ridotto bisogno di sonno,
3. aumentata loquacità, logorrea
4. fuga delle idee o pensiero accelerato
5. facile distraibilità
6. aumentata attività finalizzata al raggiungimento di obiettivi
7. coinvolgimento eccessivo in attività ad alto potenziale di conseguenze negative.

Per quanto riguarda l'episodio ipomaniacale, questo è una forma meno estrema di mania. La fase ipomaniacale include un episodio ben definito della durata di almeno quattro giorni, con comportamento nettamente differente dall'abituale sé non depresso del paziente. Può comportare tre o più dei sintomi addizionali sopraelencati per l'episodio maniacale. Durante il periodo ipomaniacale l'umore del paziente si eleva persistentemente come risultato dell'energia aumentata notevolmente, il bisogno di sonno decresce, mentre incrementa l'attività psicomotoria.

L'episodio depressivo presenta le caratteristiche tipiche di depressione maggiore. Questo include cinque o più dei seguenti sintomi per almeno due settimane consecutive, e comprende almeno uno dei sintomi tra umore depresso, perdita di interesse o di piacere. Salvo per pensieri o tentativi di suicidio, tutti i sintomi devono essere presenti quasi ogni giorno:

1. umore depresso per la maggior parte della giornata,
2. marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno,
3. aumento o perdita di peso superiore al 5% oppure diminuzione o aumento dell'appetito,
4. insonnia o ipersonnia,
5. agitazione o rallentamento psicomotorio (non auto-riferiti),
6. astenia o perdita di energia,
7. sentimenti di autosvalutazione o senso di colpa eccessivi o inappropriati,
8. diminuita capacità di pensare o concentrarsi, indecisione,
9. pensieri ricorrenti di morte o di suicidio, tentativo di suicidio.

Infine, un episodio maniacale o ipomaniacale è definito come avente caratteristiche miste se sono presenti per la maggior parte dei giorni in cui accade almeno tre sintomi depressivi.

Epidemiologia

L'incidenza stimata del Disturbo Bipolare secondo il NIMH nella popolazione globale rientra circa tra 1 e il 2%. La frequenza con cui il Disturbo Bipolare di tipo I si manifesta è circa la stessa tra uomini e donne, mentre per il Disturbo Bipolare di tipo II è più alta nelle donne ((National Institute of Mental Health, 2021)).

Essendo caratterizzato da umore fortemente dicotomico, è frequente che i pazienti che ne soffrono commettano suicidio, attuino tentativi o pensino al suicidio nel corso della vita. Secondo Soreca, Frank e Kupfer (2009), i pazienti colpiti da Disturbo Bipolare sono più esposti a questo tipo di comportamenti a rischio rispetto a chi soffre di Disturbo Depressivo Maggiore (unipolare), e maggiormente se fanno uso di sostanze alcoliche e droghe, o se hanno storia di suicidi in famiglia.

Per quanto riguarda la frequenza, il Disturbo Bipolare colpisce in ugual modo la popolazione maschile e femminile (OMS) e l'età media di esordio è di circa 20 anni (American Psychiatric Association, 2013)

Trattamento

Il Disturbo Bipolare è considerata una patologia ricorrente e cronica, per questo motivo il trattamento combinato di farmaci e psicoterapia a lungo termine è la soluzione maggiormente adottata dai clinici per cercare di stabilizzare i sintomi provocati dalle oscillazioni tra il polo maniacale e quello depressivo nel corso della vita. Il trattamento farmacologico consiste nella somministrazione di farmaci sia antipsicotici atipici (Olanzapine) sia stabilizzatori dell'umore (Valproato, Litio, Carbamazepina) per evitare salti tra un polo umorale e l'altro o per ridurre la loro gravità. Secondo il NIMH i farmaci al Litio potrebbero avere anche un effetto di riduzione sul rischio di suicidio.

La psicoterapia, assieme alla psicoeducazione, mira a trattare la parte emotiva che accompagna la malattia del paziente e dei suoi *caregiver*, o spesso familiari. In particolare, si concentra sul riconoscimento delle emozioni nel soggetto, nella comprensione e nella distinzione di comportamenti e pensieri patologici. In aggiunta all'educazione psicologica, troviamo anche la terapia cognitivo

comportamentale (*Cognitive behavioral therapy - CBT*) (Beck et al., 1979) che è frequentemente impiegata per aiutare i pazienti con Disturbo Depressivo o episodi depressivi.

In alcuni gravi casi, se questo tipo di trattamento combinato non è efficace, si può ricorrere ad altri tipi di terapia per attenuare i sintomi del Disturbo Bipolare. Alcuni sono:

1. Terapia elettroconvulsiva (shock elettrico), che viene applicata in casi estremi di catatonìa del paziente o per soggetti ad alto rischio di suicidio per cui serve una risposta a breve termine.
2. Stimolazione magnetica transcranica ripetuta (*Repetitive transcranial magnetic stimulation - rTMS*), meno potente della terapia sopra elencata e che può risultare efficace dopo diverse sedute terapeutiche. Nonostante questi limiti, è meno invasiva della terapia elettroconvulsiva e comporta meno effetti collaterali.
3. Terapia della luce, ovvero l'esposizione del paziente ad una luminosità di 10.000 Lux (20 volte più della normale luce in una stanza) per almeno 30 minuti. La fototerapia è indicata per risintonizzare il ciclo sonno/veglia del paziente e ripristinare la produzione di serotonina e melatonina (Istituto di Psicopatologia di Roma, 2022)

4.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE

Il trattamento farmacologico per il Disturbo Bipolare è di grande importanza per regolarizzare l'umore, perciò, sono stati studiati diversi metodi che tendono ad incrementare gli esiti positivi di questo approccio combinandolo con altre tecniche terapeutiche (Colom & Vieta, 2004). Le terapie più utilizzate sono quelle cognitivo-comportamentale e psicoeducazionale, per cui sono stati dimostrati risultati molto simili. Da una parte la psicoeducazione ha avuto efficacia nel prevenire episodi maniacali, ipomaniacali e depressivi, diminuendo le ricadute nel lungo termine (con controllo circa dopo 2 anni dallo studio), ma anche aumentando l'aderenza al

trattamento farmacologico (Colom & Vieta, 2004). D'altra parte, la terapia cognitivo-comportamentale si è rivelata comparabile a quella psicoeducazionale, come illustrato nella Tabella I, riportando miglioramenti nel prevenire episodi nello spettro bipolare e contribuendo al mantenimento dello stato eutimico (di equilibrio) già obiettivo dell'approccio farmacologico. Inoltre, la terapia cognitivo-comportamentale ha avuto risultati significativi per diminuzione dell'abuso di sostanze nei pazienti affetti da Disturbo Bipolare (Colom & Vieta, 2004).

Tabella I: Tabella comparativa dei risultati di vari approcci terapeutici alla diagnosi di Disturbo Bipolare secondo lo studio di Colom e Vieta (2004).

Obiettivo Terapeutico	Psicoeducazione	Rilevazione Precoce	Terapia cognitivo comportamentale
Profilassi per episodio depressivo	Molti risultati a favore	Nessun risultato a favore o contro	Molti risultati a favore
Profilassi per episodio maniacale/ ipomaniacale	Molti risultati a favore	Molti risultati a favore	Molti risultati a favore
Tempo di ricaduta	Molti risultati a favore	Molti risultati a favore	Molti risultati a favore
Aderenza al trattamento	Alcuni risultati a favore	Nessun risultato disponibile	Alcuni risultati a favore

Nel 2014, Chung, Mikesell e Miklowitz aggiungono che nel percorso terapeutico la flessibilità da parte delle strutture cliniche e del piano di trattamento sia percepita come elemento importante dai pazienti affetti da patologie psichiatriche e dai loro *caregiver*. Per flessibilità (Chung et al., 2014) si intende, nello specifico, la capacità di far fronte alle esigenze del paziente rispettando le norme previste dal piano terapeutico, ma allo stesso tempo adattandosi il più possibile ai bisogni soggettivi di ogni individuo.

Come emerso dagli studi precedenti, entrambi i metodi, cognitivo-comportamentale e psicoeducazionale, riportano esiti simili nel trattamento del Disturbo Bipolare. Gli obiettivi per i pazienti si concentrano sul miglioramento

dell'aderenza al trattamento, farmacologico e non, e sullo sviluppo di una consapevolezza nel riconoscere i sintomi caratteristici per ogni episodio, esortando a chiedere aiuto quando necessario (Gonzalez-Pinto et al., 2004). Se da un lato la terapia cognitivo-comportamentale fornisce più informazioni sulla malattia di per sé, dall'altro la psicoeducazione si concentra sul paziente e sugli aspetti comportamentali legati alla sua vita quotidiana, ma entrambi i metodi mirano a trasmettere al paziente con Disturbo Bipolare la consapevolezza verso questa condizione psichiatrica.

Nonostante le precedenti ipotesi, dall'analisi riportata dagli autori (Gonzalez-Pinto et al., 2004), è emerso che la psicoeducazione abbia avuto effetti significativi nell'identificazione dei sintomi prodromici per gli episodi maniacali, ma non depressivi. A questo proposito i ricercatori suppongono che aumentare l'attenzione del paziente con Disturbo Bipolare verso i sintomi depressivi non sia una strategia efficace, poiché potrebbe esacerbare la loro preoccupazione portando all'incapacità di gestire il conseguente carico emotivo dal momento che non possiedono gli strumenti adeguati per affrontarlo. Successivamente, la ricerca di Gonzalez-Pinto e colleghi (2004) ha evidenziato anche la diminuzione significativa del numero di ricadute e l'aumento dei tempi di occorrenza tra un episodio maniacale e il seguente. In modo comparabile, la terapia cognitivo-comportamentale ha avuto risultati positivi nel lungo termine, diminuendo il numero di episodi depressivi nell'arco di un anno (Lam et al., 2000). Va riportata, però, l'ineguaglianza tra dati per genere femminile e maschile, con prevalenza maschile, e di pazienti con precedente storia di tentato suicidio e maggiori ospedalizzazioni, per i quali le ricadute sono state maggiori (Gonzalez-Pinto et al., 2004). L'approccio cognitivo-comportamentale, tuttavia, si è dimostrato decisivo per il migliore funzionamento sociale e per l'attenzione incrementata dei pazienti verso la loro difficoltà relazionale dovuta alla diagnosi di Disturbo Bipolare. Infine, l'insegnamento di tecniche di gestione dello stress, del sonno e del tempo ha contribuito agli effetti significativi di miglioramento per le strategie di coping dei pazienti affetti da Disturbo Bipolare (Gonzalez-Pinto et al., 2004).

In conclusione, alla luce dello studio di Zaretsky e altri (2008) sono state riportate significative differenze nei pazienti con Disturbo Bipolare trattati con solo approccio farmacologico e psicoeducazionale, oppure con la combinazione di questi due affiancati da terapia cognitivo-comportamentale, nelle ricadute di episodi depressivi. Queste sono state diminuite del 50% in un mese per il gruppo di trattamento combinato con i tre approcci, come mostrato nella Figura 3, supportando l'ipotesi di una maggiore efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per affrontare i sintomi depressivi.

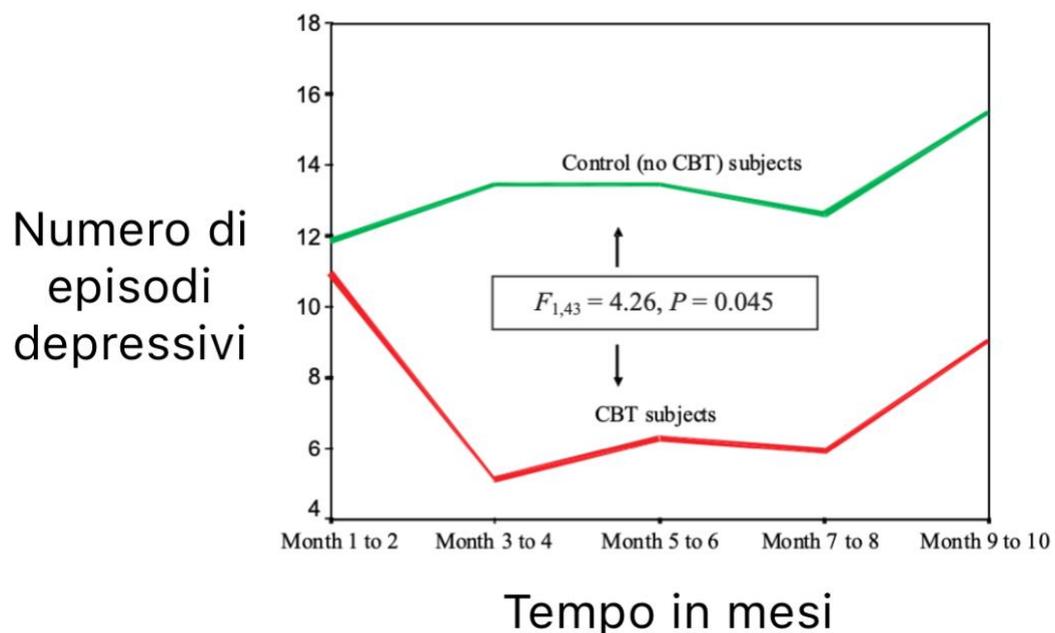


Figura 3: In verde è riportato l'andamento degli episodi depressivi nel corso dello studio per il gruppo con approccio terapeutico farmacologico e psicoeducazionale, mentre in rosso quello del gruppo con aggiunta di terapia cognitivo-comportamentale. Si nota che in corrispondenza del mese 3 e 4 (seconda colonna dell'asse "Tempo in mesi") vi è una significativa riduzione dell'occorrenza di episodi per il gruppo con terapia cognitivo-comportamentale (Zaretsky et al., 2008).

Un altro risultato degno di nota che emerge dallo studio di Zaretsky et al. (2008) per il gruppo con integrazione di terapia cognitivo-comportamentale è la riduzione del dosaggio degli antidepressivi per l'80% dei pazienti affetti da Disturbo Bipolare, rispetto al 25% del gruppo con sola psicoeducazione. Nel complesso però,

entrambi i gruppi hanno riportato benefici e miglioramenti nel trattamento a lungo termine, in confronto a interventi terapeutici isolati nell'immediato (Zaretsky et al., 2008).

4.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI

Per quanto riguarda le famiglie o le figure di sostegno di pazienti con Disturbo Bipolare, Van Gent e Zwart (1991) hanno notato come inizialmente la terapia psicoeducazionale abbia generato alti livelli di ansia tra i partecipanti, ma nel lungo periodo abbia poi portato ad un incremento generale della loro qualità di vita e benessere.

In seguito, Fredman e colleghi (2015) hanno indagato l'effetto dell'emotività espressa dei familiari o *caregiver* di pazienti con Disturbo Bipolare sui risultati della terapia educativa. L'indice di emotività espressa (EE) secondo Vaughn e Leff (1986) descrive il comportamento affettivo e le relazioni tenute all'interno di un nucleo familiare, e in particolare verso il soggetto più fragile affetto da disturbi mentali. Si può parlare di scale "di rischio" che sottendono un'affettività inespressa o inadeguata, oppure "di protezione" che invece descrivono un'eccessiva emotività nei confronti del paziente.

Le strategie di trattamento comparate nello studio di Fredman et al. (2015) sono state psicoeducazione familiare e trattamento breve in risposta al singolo episodio. I risultati suggeriscono che vi sia una correlazione tra la risposta di EE da parte di un membro del gruppo di supporto al paziente e la ricorrenza degli episodi maniacali nel lungo termine. In particolare, minore è l'adeguatezza del comportamento di EE, maggiore è il rischio di ricadute, con una differenza significativa tra gruppi, in cui quello esposto al trattamento immediato non ha evidenziato miglioramenti nel numero di episodi maniacali, al contrario è peggiorato nel tempo (Fredman et al., 2015). Lo stesso vale per gli episodi depressivi, e nonostante non si possa estrarre un rapporto di causalità tra tipo di trattamento e diminuzione dei sintomi, si può ipotizzare un ruolo di mediatore per l'EE di familiari e/o *caregiver* nell'esito del decorso per pazienti affetti da Disturbo Bipolare (Fredman et al., 2015).

LA PSICOEDUCAZIONE NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

5.1 Il Disturbo Depressivo Maggiore

Dal momento che, come il Disturbo Bipolare, il Disturbo Depressivo Maggiore appartiene alla categoria dei disturbi dell'umore, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) del 2013 troviamo le stesse caratteristiche sopra descritte per l'episodio depressivo. Anche definito Disturbo Unipolare (in contrasto con quello Bipolare) include cinque o più dei seguenti sintomi per almeno due settimane consecutive, e comprende almeno uno dei sintomi tra umore depresso, perdita di interesse o di piacere (National Institute of Mental Health, 2021a). Salvo per pensieri o tentativi di suicidio, tutti i sintomi devono essere presenti quasi ogni giorno:

1. umore depresso per la maggior parte della giornata,
2. marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno,
3. aumento o perdita di peso superiore al 5% oppure diminuzione o aumento dell'appetito,
4. insonnia o ipersonnia,
5. agitazione o rallentamento psicomotorio (non auto-riferiti),
6. astenia o perdita di energia,
7. sentimenti di autosvalutazione o senso di colpa eccessivi o inappropriati,
8. diminuita capacità di pensare o concentrarsi, indecisione,
9. pensieri ricorrenti di morte o di suicidio, tentativo di suicidio.

Poiché molte caratteristiche del Disturbo Depressivo Maggiore sono presenti in altri disturbi psichiatrici, come nei Disturbi dell'Umore, o nel Morbo di Parkinson è sempre consigliato accertarsi di sostenere una diagnosi psichiatrica o psicologica differenziale.

Epidemiologia

Il Disturbo Depressivo Maggiore secondo l'OMS è la prima causa di interferenza con il funzionamento quotidiano per persone tra circa 15 e 45 anni di età (World Health Organisation & Rutter, 1996). La prevalenza della patologia è circa del 6-8% tra gli adolescenti e la frequenza di diagnosi nel genere femminile è circa il doppio rispetto a quella nel genere maschile, con una prevalenza del 10-25% contro il 5-10% (DSM-5). Il rapporto di incidenza 2:1 per donne e uomini si mantiene anche per una diagnosi tardiva (oltre i 70 anni di età) di episodio depressivo maggiore, con il 45% nelle donne e 27% negli uomini. Le statistiche epidemiologiche continuano ad aumentare significativamente negli anni per il Disturbo Depressivo Maggiore, vedendo nei paesi industrializzati una crescita di soggetti affetti e una diminuzione dell'età di insorgenza (Guidetti, 2016). Difatti, l'OMS ha registrato circa 322 milioni di persone a livello mondiale con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, di cui il 18% insorto nel periodo tra il 2005 e il 2015. Secondo L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) in Italia la prevalenza è di 2,8 milioni di persone, di cui circa il 5% in età adolescente (La salute mentale nelle varie fasi della vita).

Trattamento

Rispetto al trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore, le linee guida del DSM-5 prevedono l'attuazione di tecniche psicoterapeutiche individuali e/o di gruppo, terapia farmacologica e nelle forme più gravi, o farmacoresistenti, la stimolazione cerebrale.

Secondo l'Istituto Di Eccellenza britannico per la salute NICE¹, la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia di gruppo sono le forme più efficaci di trattamento, poiché hanno come scopo il riconoscimento e la trasformazione dei comportamenti disfunzionali messi in atto dal paziente durante la patologia.

Il trattamento farmacologico, d'altra parte, aiuta a tenere sotto controllo l'umore riequilibrando i neurotrasmettitori deficitari responsabili dei sintomi depressivi a livello cognitivo (Fournier et al., 2010). Tra questi ci sono la serotonina, la

¹ pathways.nice.org.uk

dopamina, e la noradrenalina, per cui vengono somministrati antidepressivi (triciclici e inibitori della monoaminossidasi), ricaptatori di serotonina (Fluoxetina), stabilizzatori dell'umore (Litio, Valproato), triptofano e magnesio.

Qualora il paziente risultasse resistente alle cure farmacologiche (American Psychiatric Association, 2000), nei casi più gravi si può ricorrere alla stimolazione cerebrale. Esistono diversi tipi di stimolazione, che vanno ad agire in modo più rapido rispetto ai farmaci l'equilibrio neurochimico e cerebrale deficitario. Di seguito alcuni metodi, più o meno invasivi, per eseguire stimolazioni elettriche:

1. Terapia elettroconvulsivante
2. Stimolazione magnetica transcranica ripetuta
3. Stimolazione del Nervo Vago
4. Stimolazione cerebrale profonda

5.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE

Il gruppo di ricerca di Tanaka e colleghi (2015) ha individuato tre finalità principali della psicoeducazione con pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore (DDM). In primo luogo, c'è l'obiettivo di ridurre l'ansia legata alle criticità della patologia nei pazienti, in secondo luogo aiutare il paziente a comprendere e acquisire consapevolezza verso il DDM e il suo percorso di trattamento, ed infine l'obiettivo di incrementare la motivazione del paziente per una migliore aderenza alla terapia. Dopo aver diviso in due gruppi i pazienti con DDM, uno sottoposto a psicoeducazione e uno di controllo senza terapia, i ricercatori hanno rilevato che nel gruppo di controllo il carico emotivo e di affaticamento percepito era maggiore rispetto al gruppo sperimentale, così come è stato riportato un minore senso di motivazione e benessere (Tanaka et al., 2015).

Una possibile spiegazione potrebbe trovarsi nel fatto che, grazie al percorso psicoeducazionale, i pazienti affetti da DDM abbiano assunto più consapevolezza e prestato maggiore attenzione al trattamento (Tanaka et al., 2015). Il tutto è stato anche correlato alla presenza di altri pazienti nel gruppo durante il percorso

terapeutico e di fatto questa si è rivelata efficace nell'aumentare il supporto tra individui e nell'incremento di un esito positivo (Tanaka et al., 2015).

Oltre a ciò, nel 2013 Tursi e altri hanno indagato le conseguenze della psicoeducazione su pazienti con DDM, sulla loro famiglia, e sul paziente accompagnato dal nucleo familiare. Riguardo al trattamento per i singoli pazienti, la psicoeducazione in gruppo ha rivelato una diminuzione dei sintomi depressivi, in concomitanza con un incremento del benessere e della qualità di vita e un decremento degli episodi depressivi nell'arco di un anno dal percorso (Tursi et al., 2013). In aggiunta, Lara e collaboratori (2003) hanno riportato un maggiore approccio del paziente affetto da DDM nel cercare aiuto qualora non avesse strumenti sufficienti per affrontare da sé le ricadute. Ancora poi dalle ricerche di Tursi e colleghi (2013) è emerso che i pazienti sottoposti a psicoeducazione hanno mantenuto un alto tasso di aderenza al trattamento rispetto a pazienti con solo terapia farmacologica. Gli autori ipotizzano che questo esito sia dovuto alla maggiore consapevolezza dei pazienti con DDM verso la propria condizione patologica e del decorso da affrontare. Per quanto riguarda invece gli effetti sui familiari di pazienti affetti da questo disturbo, i risultati della terapia psicoeducazionale saranno trattati nel paragrafo seguente.

5.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI

Attraverso la rilevazione, tramite un questionario, della qualità di vita di persone a sostegno di pazienti con differenti patologie psichiatriche, Katzuki e altri (2022) hanno indagato gli effetti del Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) sui *caregiver* e/o familiari di pazienti affetti da questa patologia. Dallo studio di Katzuki e altri (2022) è emerso che i familiari o le persone a supporto di pazienti con DDM mostrano valori significativamente peggiori nell'indice di qualità della vita rispetto ad altre malattie croniche. Questa compromissione delle attività quotidiane potrebbe essere dovuta, ad esempio, al fatto che coloro che si prendono cura del paziente con DDM non comprendano a pieno i sintomi dovuti alla malattia e di conseguenza ne risentirebbero negativamente (Katzuki et al. 2022). Secondo le ricerche di Marguerite e colleghi (2017), è stata trovata una correlazione tra

comportamento dei *caregiver* di soggetti con patologie psichiatriche ed effetti tanto sulla propria salute mentale che su quella del soggetto stesso. Nello specifico, a strategia di coping negativa seguirà più facilmente un esito negativo del trattamento, e viceversa per un approccio positivo. Da questo possiamo quindi ipotizzare che sia importante non solo per il paziente ma anche per i suoi *caregiver* e/o familiari imparare ad essere consapevoli delle migliori strategie per affrontare in questo caso il DDM e aumentare la propria qualità di vita (Katzuki et al. 2022). Uehara e colleghi (1996) hanno indagato il ruolo dell'EE in pazienti affetti da DDM nel breve termine e i risultati indicano una covariazione dell'indice EE all'interno della famiglia assieme alla storia clinica di diagnosi di DDM nel predire l'esito di un episodio depressivo. Dunque, è importante stabilire un piano terapeutico di psicoeducazione rivolto alla famiglia e/o *caregiver* nel caso di diagnosi di DDM (Katzuki et al. 2022). Così facendo, il centro dell'approccio non è solo il paziente o la patologia, ma il nucleo familiare o di sostegno intero, a cui viene spiegata l'importanza di comprendere il decorso della malattia e di acquisire i giusti strumenti per affrontare le conseguenze emotive ad esso dovute (Katzuki et al. 2022). La psicoeducazione familiare si è dimostrata essere efficace per il DDM nel supporto sociale di tutti i partecipanti verso il paziente, nel diminuire le ricadute di episodi depressivi e il rischio di ospedalizzazione, e allo stesso tempo ha mostrato una migliore gestione del carico emotivo da parte dei *caregiver* e/o familiari (Katzuki et al. 2022). Inoltre, è utile ricordare che il percorso psicoeducazionale è stato sempre affiancato al trattamento di tipo farmacologico per stabilizzare l'umore dei pazienti affetti da DDM.

In aggiunta, Delgadillo e altri (2016) hanno riportato uno studio sugli effetti della terapia cognitivo-comportamentale e della psicoeducazione per grandi gruppi di pazienti affetti da DDM. I risultati indicano come questi due approcci migliorino l'esito del trattamento e, siccome possono essere applicati su grandi numeri, questo sembrerebbe promettente per ottimizzare il lavoro dei clinici, che in tal modo potrebbero evitare frequenti ricadute da parte dei pazienti (Delgadillo et al., 2016).

In un altro studio, Shimazu e colleghi (2011) hanno applicato la terapia psicoeducazionale coinvolgendo i familiari di pazienti con DDM. Il protocollo

includeva una figura di riferimento del nucleo familiare per ogni paziente e le sedute si sono svolte con cadenza bisettimanale. Nella fase di terapia con i familiari, i clinici hanno suddiviso gli argomenti trattati in quattro parti: conoscenza della malattia (cause ed epidemiologia), conoscenza dei sintomi caratteristici, decorso e trattamento, ed infine strategie di coping verso il paziente. La ricerca, oltre ad includere il gruppo a cui è stata somministrata la terapia psicoeducazionale, ha coinvolto anche un gruppo di controllo non sottoposto ad altro trattamento (Shimazu et al., 2011). Dopo nove mesi di percorso terapeutico, i ricercatori hanno eseguito un controllo per verificare l'ipotesi di efficacia della psicoeducazione. I risultati hanno evidenziato ricadute di episodi depressivi entro i nove mesi per l'8% dei pazienti cui familiari avevano partecipato a terapia psicoeducazionale, contro il 50% per il gruppo di controllo (Shimazu et al., 2011). In più, il tempo di occorrenza tra ricadute è stato significativamente maggiore per il gruppo di pazienti con familiari sottoposti a psicoeducazione rispetto al gruppo senza questo tipo di approccio (Shimazu et al., 2011). Gli autori propongono che una valida ipotesi possa essere quella di aver favorito la gestione del carico emotivo nei *caregiver* tramite la psicoeducazione e questo li abbia portati ad essere più attenti e di supporto ai pazienti in ambiente extra-clinico.

Poiché lo studio si è dimostrato efficace nel prevenire il numero di ricadute in episodi depressivi coinvolgendo i soli familiari dei pazienti con DDM, in futuro si potrà tenere in considerazione la realizzazione di questo approccio per agire su grandi numeri di pazienti in modo più efficace e meno dispendioso (Shimazu et al., 2011).

LA PSICOEDUCAZIONE NEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

6.1 I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, un tempo conosciuti come disturbi del comportamento alimentare, seguendo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) del 2013, si suddividono in:

1. Pica
2. Disturbo di ruminazione
3. Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
4. Anoressia Nervosa
5. Bulimia Nervosa
6. Disturbo da alimentazione incontrollata o Binge-eating (*Binge Eating Disorder* - BED)
7. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione
8. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

In questo elaborato ci limiteremo a trattare di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e BED poiché sono i più comunemente diagnosticati (riferirsi ai dati epidemiologici sotto riportati) in adolescenza o prima età adulta.

Per quanto riguarda l'Anoressia Nervosa, la caratteristica distintiva è il controllo patologico del paziente nell'assumere alimenti, e di conseguenza si verifica un significativo crollo del peso corporeo. Con basso peso corporeo, per gli adulti, ci si riferisce alla misurazione dell'indice di massa corporea. È considerato significativamente basso un indice di massa corporea inferiore a 17 kg/m², ma anche un indice da 17 a 18,5 kg/m² (non compreso) può considerarsi significativamente basso relativamente alla base di partenza del paziente. Per gli

adolescenti, tuttavia, viene utilizzato come riferimento il quinto percentile dell'indice di massa corporea per età.

Questo potrebbe accadere come effetto di una paura marcata da parte del paziente di aumentare eccessivamente di peso, oppure in seguito a dismorfismo corporeo che porta il paziente ad una propriocezione alterata dell'immagine corporea. Spesso i soggetti affetti da Anoressia Nervosa non riconoscono la gravità della propria situazione e tendono alla negazione dei sintomi seppur quando evidenti (National Institute of Mental Health, 2021b).

Principalmente si riconoscono due tipi di Anoressia Nervosa, il tipo restrittivo e quello con condotte di eliminazione. Nel caso restrittivo, il paziente limita e diminuisce l'assunzione di cibo per controllare il proprio peso corporeo. Il tipo con condotte di eliminazione, invece, vede il paziente mettere in atto comportamenti compensatori per il cibo ingerito (A. Martin & P. Santonastaso, 2008). Un esempio sono i comportamenti di abbuffate, ossia ingerire una quantità di cibo oltremodo abbondante e superiore alla quantità di cibo generalmente assunta da una persona sana nello stesso periodo di tempo, per poi auto-indurre il rigetto degli alimenti tramite vomito, abuso di diuretici o lassativi, o facendo eccessiva attività fisica.

Decorso

A causa delle importanti conseguenze a livello fisiologico, l'Anoressia Nervosa può portare in alcuni casi al decesso (Nielsen et al., 2008).

In aggiunta alle complicanze fisiche, l'Anoressia Nervosa è anche la seconda patologia mentale riguardo ai Disturbi dell'Alimentazione per tasso di suicidi, solo preceduta dalla bulimia (Fedorowicz et al., 2007).

Di seguito alcuni segni che possono accompagnare il decorso della patologia:

1. Osteopenia, osteoporosi (presente in quasi il 20-50% dei pazienti; Trombetti, Richert, Rizzoli, 2007) o diminuzione del volume osseo.
2. Lieve anemia, perdita di muscolo e aumento del senso di stanchezza anemia.
3. Capelli e unghie fragili, assottigliati.

4. Secchezza ed ingiallimento del tessuto cutaneo.
5. Crescita di peli (lanugo) su tutto il corpo (ipertricosi).
6. Pressione arteriosa ridotta.
7. Bradicardia.
8. Disfunzioni ormonali (ipotiroidismo, ridotto funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, etc).
9. Amenorrea, infertilità.
10. Senso di affaticamento e difficoltà di concentrazione.
11. Problemi a livello multisistemico (reni, cuore, stipsi, temperatura corporea disregolata).

Per quanto riguarda poi la Bulimia Nervosa, la diagnosi comprende i seguenti criteri secondo il DSM-5 (2013):

1. Episodi di abbuffate, accompagnati dalla sensazione di perdere il controllo sul mangiare. Si devono verificare, in media, almeno 1 volta a settimana per 3 mesi consecutivi.
2. Comportamenti inadeguati di compensazione per influenzare il peso corporeo almeno 1 volta a settimana per 3 mesi consecutivi, in media.
3. Autovalutazione influenzata dalla forma del corpo e preoccupazioni per il peso.

I soggetti affetti da Bulimia Nervosa mettono in atto comportamenti di abbuffate con successive condotte di eliminazione. L'abbuffata, che spesso comporta una perdita del senso di controllo, è seguita dagli stessi comportamenti compensatori descritti per l'Anoressia Nervosa. La differenza con i pazienti che soffrono di Anoressia Nervosa, è che i pazienti con Bulimia Nervosa sono in genere normopeso (indice di massa corporea superiore ai 18,5 kg/m²) o in una minor parte possono essere sovrappeso (24.9-29.9 kg/m²) o al limite di obesità (maggiore o uguale a 30 kg/m²). Nonostante questa differenza, i pazienti riportano un timore eccessivo per il loro peso o la loro forma corporea, essendo spesso insoddisfatti della loro immagine.

Infine, i soggetti con Disturbo da Binge-Eating (BED) devono rientrare nei seguenti criteri clinici per la diagnosi del disturbo da alimentazione incontrollata secondo il DSM-5:

1. Le abbuffate si verificano, in media, almeno 1 volta a settimana per 3 mesi consecutivi
2. Tre o più dei seguenti sintomi deve essere presente:
 - Mangiare molto più rapidamente del normale
 - Mangiare fino a sentirsi dolorosamente pieni
 - Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame
 - Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo
 - Sentirsi disgustati di sé, depressi o in colpa dopo aver mangiato troppo

A differenza della Bulimia e Anoressia Nervosa con condotte di eliminazione, il BED coinvolge solo alimentazione incontrollata, senza la messa in atto di comportamenti compensatori (vomito autoindotto, uso di lassativi o diuretici, eccessivo esercizio fisico, digiuno). I pazienti che soffrono di BED, possono avere in comorbidità episodi depressivi o preoccupazione per l'immagine del proprio corpo, per il peso, o per entrambi.

Epidemiologia

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (Roma), in Italia la prevalenza dell'Anoressia Nervosa è circa l'0.8% della popolazione, per la Bulimia Nervosa circa il 3%, mentre altri studi riportano una prevalenza di 1-5% per il BED (Loriedo et al., 2002). Nonostante il rapido aumento della popolazione affetta da Disturbi della Nutrizione e Alimentazione, che secondo un'indagine condotta dal Ministero della Salute nel 2021 ammonta al 40% di casi in più nel 2020 rispetto all'anno precedente, i dati epidemiologici non sono sempre aggiornati e le diagnosi sottostimate.

L'età media di insorgenza è quella dell'adolescenza, tra i 15 e 18 anni di età.

Per quanto riguarda la frequenza epidemiologica per i Disturbi della Nutrizione e Alimentazione nella popolazione mondiale, il genere femminile, il più esaminato, presenta un'incidenza del 0.3-0.5% per l'Anoressia Nervosa, del 1-2% per la Bulimia Nervosa, e non vi sono sufficientemente dati statisticamente validi per il BED, che però secondo recenti studi sembra essere più frequente nella popolazione maschile. Tuttavia, secondo il Centro nazionale di Ricerca (CNR) e l'Istituto di Fisiologia Clinica, quasi il 10% della popolazione femminile in età media di insorgenza presenta la patologia a livello subclinico, ossia manifestando alcuni sintomi ma non in sufficiente modo per ottenere una diagnosi a livello clinicamente riconosciuto. Inoltre, gli stessi enti affermano che il rapporto di incidenza tra donne e uomini ammonta a 9:1 ma, considerando i recenti sviluppi sulle patologie da alimentazione incontrollata, la percentuale di popolazione maschile sta aumentando di anno in anno.

Trattamento

Seguendo le linee guida del NIMH per il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione, si conclude che il trattamento combinato di psicoterapia, farmaci e cure mediche cliniche sia il più efficiente. Inoltre, il piano terapeutico dovrebbe essere personalizzato a seconda del caso ma comprendere almeno uno o più dei seguenti approcci:

1. Psicoterapia individuale, di gruppo e con la famiglia
2. Assistenza medica e monitoraggio clinico
3. Assistenza nutrizionale da parte di un professionista
4. Farmaci

La psicoterapia e la terapia educativa in famiglia o di gruppo, secondo il NIMH, sembra aumentare l'efficacia del trattamento e migliorare gli esiti della cura, dal momento che anche i membri responsabili del paziente possono aiutarlo nel percorso di riabilitazione.

La terapia cognitivo-comportamentale, invece, è suggerita solitamente a chi soffre di BED o di severe condotte di eliminazione, mirando a riconoscere il comportamento disfunzionale per poterlo cambiare in meglio.

Infine, il trattamento farmacologico prevede la somministrazione di antidepressivi, antipsicotici o stabilizzatori dell'umore, che possono aiutare nel percorso di guarigione a non incorrere in episodi depressivi o stati di eccessiva ansia.

6.2 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER IL PAZIENTE

Nella ricerca di Storch e collaboratori (2011) sono state reclutate ragazze di età maggiore o uguale a 17 anni che hanno ricevuto una diagnosi di Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione e successivamente ricoverate in strutture cliniche specializzate. Lo studio è volto a testare l'effetto della psicoeducazione su queste pazienti, e i ricercatori hanno utilizzato un protocollo svizzero (Zurich Resource Model) per applicare il programma terapeutico finalizzato ad insegnare il controllo degli stati affettivi legati alla patologia.

Storch e altri (2011) hanno riportato che le pazienti coinvolte nel gruppo sperimentale, sottoposte al protocollo di psicoeducazione, sono riuscite a ridurre significativamente gli stati emotivi di distress rispetto al gruppo di controllo, che ha ricevuto una terapia placebo. Allo stesso modo, il gruppo sperimentale ha mostrato una maggiore flessibilità e minore restrizione nella dieta in confronto a quello di controllo (Storch et al., 2011). I risultati ottenuti sono stati osservati dopo tre mesi dal termine del protocollo e mantenuti poi per dodici mesi. Dunque, si può evincere che questo tipo di approccio ha procurato diversi benefici alle pazienti con diagnosi di Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione nella regolarizzazione dell'emotività derivata dalla patologia, conseguentemente la psicoeducazione può essere utilizzata per migliorare l'esito del decorso (Storch et al., 2011).

Effetti simili sono stati ottenuti anche per pazienti con diagnosi specifica di BED, i quali, in seguito a terapia psicoeducazionale di gruppo, hanno segnalato meno ricadute in episodi di abbuffata fino a dodici mesi dal trattamento (Ciano et al., 2002).

Altro studio di interesse è quello di Rocco, Ciano e Balestrieri (2001) dell'Università di Udine, in cui viene indagato l'effetto della psicoeducazione nel prevenire l'evoluzione di comportamenti alimentari patologici in ragazze adolescenti. Per la durata di un anno scolastico, due gruppi di ragazze frequentanti il liceo sono stati divisi e solo ad uno è stata somministrata la terapia psicoeducazionale. L'ipotesi iniziale prevede l'osservazione di comportamenti a rischio per lo sviluppo di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, in particolare per fattori esacerbanti per la patologia, come ad esempio la "tendenza ad essere magra" (Rocco, Ciano e Balestrieri, 2001). È risultato dalle analisi svolte che il gruppo sottoposto a psicoeducazione abbia avuto diversi miglioramenti, riflessi ad esempio nella diminuzione di condotte alimentari a tendenza bulimica e al dimagrimento, ma anche nell'aumento della consapevolezza da parte delle ragazze di saper gestire i propri comportamenti. Oltremodo, rispetto al gruppo che non ha ricevuto la terapia, le partecipanti del gruppo sperimentale hanno riportato minori livelli di ansia e maggiore consapevolezza delle proprie preoccupazioni (Rocco, Ciano e Balestrieri, 2001).

6.3 TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER I FAMILIARI

Dalle ricerche di Treasure e colleghi (2020) è possibile osservare argomentazioni a favore delle implicazioni della terapia psicoeducazionale in pazienti che soffrono di Anoressia Nervosa e di come i loro *caregiver* siano necessari in questo approccio terapeutico per migliorarne l'esito. Il coinvolgimento dei familiari o dei *caregiver* nel trattamento dell'Anoressia Nervosa è di fondamentale importanza, spiegano gli autori, dal momento che non solo il paziente risente delle conseguenze della patologia, ma vi sono ripercussioni su tutta la sua rete sociale di supporto (Treasure et al., 2020). Alcune conseguenze negative dovute al comportamento dei pazienti riguardano ad esempio la lascivia dei familiari per quanto concerne le regole alimentari. Molto spesso i comportamenti delle figure di sostegno sono accomodanti per il soggetto affetto da Anoressia Nervosa, probabilmente a causa dell'ansia e degli alti livelli di emotività presenti proprio nei *caregiver* stessi (Treasure & Nazar, 2016). Proprio per questo motivo la terapia psicoeducazionale

tiene in considerazione la famiglia intera invece che il solo paziente, seguendo il modello di terapia familiare (Systemic Family Therapy) del gruppo di ricerca di Shapiro e colleghi (Pote et al., 2003) in cui il fulcro della preoccupazione clinica non risiede nel soggetto con Anoressia Nervosa, bensì nelle dinamiche interpersonali sociali che riguardano il disturbo. Coinvolgere la famiglia o i *caregiver* nell'approccio terapeutico è quindi efficace nel costruire una rete di supporto più consapevole e preparata nei confronti del paziente e delle situazioni emotive cariche che potrebbe altrimenti essere destabilizzanti (Treasure et al., 2020). Dagli studi dei sopracitati autori si può notare come l'inclusione dei membri del nucleo familiare o figure di supporto sia risultato efficace nel ridurre la necessità di ospedalizzazione per pazienti adolescenti affetti da Anoressia Nervosa, e qualora ammessi in una struttura clinica nell'accelerare il decorso.

Sicuramente la partecipazione dei familiari al percorso psicoeducazionale ha riscontrato risultati positivi nell'accompagnare il paziente affetto da Anoressia Nervosa durante e nel lungo termine del trattamento (Treasure et al., 2020).

Per quanto concerne in particolare le figure genitoriali di pazienti adolescenti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, Holtkamp, Herpertz-Dahlmann e Hagenah (2005) hanno indagato l'effetto della psicoeducazione seguendo il metodo Aachen. Il protocollo Aachen (Hagenah et al., 2003) nasce per supportare la psicoeducazione di gruppo proposta ai genitori di pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione a scopo di promuovere la loro conoscenza della patologia e del suo trattamento.

Secondo il metodo Aachen in questo caso, i clinici accompagnano i genitori delle pazienti nel percorso psicoeducazionale, in cui per prima cosa vengono espone le informazioni necessarie a comprendere sia l'Anoressia che la Bulimia Nervosa. In seguito, vengono illustrati il decorso delle patologie e la prognosi a lungo termine delle pazienti, subito dopo, invece, un esperto nutrizionista è incaricato di esporre i principali obiettivi di una dieta equilibrata e ne viene sottolineata l'importanza per il sostenimento di una crescita adeguata. Infine, gli obiettivi principali del trattamento e la prevenzione di ricadute nel lungo periodo vengono discussi nel gruppo (Holtkamp, Herpertz-Dahlmann e Hagenah, 2005).

Dare la giusta importanza alle figure genitoriali del paziente con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione è fondamentale, poiché, secondo i dati raccolti da Treasure e colleghi (2001) e Goldner, Birmingham e Bakan (1994), è dimostrato come queste figure di supporto siano esposte ad altrettanto alti livelli di stress psicologico e di emotività negativa, che nel corso della malattia può influenzare l'andamento negativo del paziente. Alla fine del programma, i genitori delle pazienti hanno registrato un miglioramento del carico di stress percepito e minore senso di colpa o di vergogna, così come un aumento della comprensione della malattia e del suo decorso (Holtkamp, Herpertz-Dahlmann e Hagenah, 2005). È stato infine riportato come al termine del trattamento si sia notato un minor numero di abbandono della terapia da parte delle pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e dei loro familiari (Holtkamp, Herpertz-Dahlmann e Hagenah, 2005).

CONCLUSIONI

7.1 DISCUSSIONE

Nella visione olistica della salute (come da art. 32 della Costituzione Italiana) il concetto di benessere complessivo dell'individuo si estende non solo alla salute a livello biologico, ma anche psicologico e relazionale. Per questo un approccio integrato e multi-componenziale che unisce il trattamento farmacologico a quello psicoeducativo è risultato vincente. Inoltre, parte fondamentale nell'applicare la psicoeducazione si è rivelata essere il coinvolgimento del nucleo familiare o di persone a sostegno dei pazienti, che, seguendo lo schema sopra esposto del modello bio-psico-sociale (Engel, G., 1981), dimostra come il singolo individuo necessiti di una collettività sia per essere meno a rischio di sviluppare un disturbo, ma allo stesso tempo per essere aiutato ad affrontarlo qualora fosse necessario. Riguardo agli effetti della psicoeducazione sostenuta da familiari o *caregiver* di pazienti affetti da disturbi psichiatrici, Fredman e colleghi. (2016) hanno ipotizzato che queste figure di supporto in seguito all'approccio psicoeducativo acquisiscano nuovi strumenti per affiancare il paziente ed aiutarlo a riconoscere i sintomi nelle fasi prodromiche più o meno ricorrenti. Da questo potrebbe derivare una risposta del *caregiver* e/o familiare meno disorganizzata e accomodante verso il paziente con disturbo psichiatrico quando quest'ultimo dovesse mostrare sintomi o comportamenti patologici (Fredman et al.,2016), probabilmente dovuto ad un alleggerimento del carico emotivo e di stress generale. Infine, l'acquisita efficace gestione della situazione da parte dei *caregiver* e/o familiari potrebbe riflettersi in un minore stress anche riguardo la preoccupazione verso il paziente, che di conseguenza sembrerebbe migliorare a propria volta la consapevolezza del disturbo (Fredman et al.,2016).

Nonostante i diversi benefici che la psicoeducazione ha apportato nel trattamento di patologie psichiatriche come Schizofrenia, Disturbo Bipolare, Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, non sempre viene applicata nel piano terapeutico in ambito clinico (Sin et al., 2017). Nel suo articolo infatti, J. Sin e colleghi (2017) hanno cercato di evidenziare alcuni ostacoli

che impediscono l'attuazione della psicoeducazione, soprattutto quando si tratta di dover coinvolgere i familiari o *caregiver* dei pazienti. Gli autori (Sin et al., 2017) riportano una scarsa comunicazione e bassi livelli di contatto tra personale sanitario o educatori professionali e familiari di pazienti nelle cliniche, mettendo più a rischio la sfera sociale di supporto al paziente che dovrebbe invece essere sostanziale. In seguito, le figure professionali dell'educatore e dei clinici che si occupano di psicoeducazione non sempre sono adeguate nei numeri rispetto al numero di pazienti, e questo si ripercuote sull'allungamento dei tempi e la limitazione delle risorse che possono offrire le strutture. Oltre a questo, da parte della famiglia o dei *caregiver* potrebbe esserci una perplessità e dello scetticismo nel prendere parte a terapie che riguardano i pazienti per colpa dello stigma associato alle strutture che trattano disturbi psichiatrici, portandoli a non voler essere coinvolti nell'ambiente riabilitativo a causa di un disagio nel parlare e affrontare il tema della malattia in ambiente pubblico. Secondo altri studi invece (McFarlane, Dixon, Lukens, Lucksted, 2003), le figure del supporto al paziente potrebbero diffidare dal prendere parte alle sedute di psicoeducazione poiché nel passato queste si dimostrarono inefficaci o esperienze negative. In aggiunta, molto spesso i familiari, per la mancata comunicazione con i clinici, non possiedono la conoscenza degli obiettivi terapeutici forniti dalla psicoeducazione, di conseguenza sarebbero ancora una volta restii a parteciparvi o a valorizzarne l'esperienza (World Schizophrenia Fellowship, 1998).

Nonostante i benefici comprovati che derivano dalla psicoeducazione rispetto al paziente e ai suoi familiari, ci sono ancora diverse limitazioni, come ad esempio i costi per sostenere un lungo percorso terapeutico, oppure il tempo necessario da dedicare con costanza al trattamento (Treasure et al., 2020).

Recentemente, infine, sono stati anche proposti metodi disponibili online e applicazioni per dispositivi elettronici, quali telefoni cellulari, volti a divulgare informazioni riguardo a tecniche terapeutiche come la psicoeducazione, e ad aumentare il supporto disponibile tra utenti e clinici (Gillard et al., 2015).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A. Martin & P. Santonastaso. (2008). *Educazione professionale in medicina e psichiatria*. Piccin.
- Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-7>
- American Psychiatric Association. (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)*. (PMID: 10767867).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed.* (pp. xlv, 947). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Assal, JP., Golay, A., & Jacquement, S. (2001). *L'educazione terapeutica del paziente. Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale*. Esse Editrice, Roma.
- Bailey, A. P., Parker, A. G., Colautti, L. A., Hart, L. M., Liu, P., & Hetrick, S. E. (2014). Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 5. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-5>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.
- Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial Treatment for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317–336. <https://doi.org/10.1093/schbul/19.2.317>
- Birmingham, C. L., Goldner, E. M., & Bakan, R. (1994). Controlled trial of zinc supplementation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*,

15(3), 251–255. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199404\)15:3<251::AID-EAT2260150308>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199404)15:3<251::AID-EAT2260150308>3.0.CO;2-#)

Chung, B., Mikesell, L., & Miklowitz, D. (2014). Flexibility and Structure May Enhance Implementation of Family-Focused Therapy in Community Mental Health Settings. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 787–791. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9733-8>

Ciano, R., Rocco, P. L., Angarano, A., Biasin, E., & Balestrieri, M. (2002). Group-Analytic and Psychoeducational Therapies for Binge-Eating Disorder: An Exploratory Study of Efficacy and Persistence of Effects. *Psychotherapy Research*, 12(2), 231–239. <https://doi.org/10.1080/713664282>

Colom, F., & Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6(6), 480–486. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00136.x>

De Nicola, E. (1947). *Costituzione della Repubblica Italiana*. Gazzetta Ufficiale, Roma.

Delgado, J., Kellett, S., Ali, S., McMillan, D., Barkham, M., Saxon, D., Donohoe, G., Stonebank, H., Mullaney, S., Eschoe, P., Thwaites, R., & Lucock, M. (2016). A multi-service practice research network study of large group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.010>

Engel, G. L. (1981). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 6(2), 101–124. <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>

- Falloon, I. (1992). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: Vol. Unico* (Seconda). Erickson.
- Falloon, R. H., Leff, J., & McFarlane, W. R. (1998). *Principles for Working With Families in Comprehensive Mental Health Care*. World Fellowship For Schizophrenia And Allied Disorders.
- Fedorowicz, V. J., Falissard, B., Foulon, C., Dardennes, R., Divac, S. M., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2007). Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 589–595. <https://doi.org/10.1002/eat.20415>
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943>
- Fredman, S. J., Baucom, D. H., Boeding, S. E., & Miklowitz, D. J. (2015). Relatives' emotional involvement moderates the effects of family therapy for bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 81–91. <https://doi.org/10.1037/a0037713>
- Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J., & Lucock, M. (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: A qualitative research study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 435–445. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000407>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M., & Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of

- Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(6), 682–694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., Gutierrez, M., Mosquera, F., & Perez de Heredia, J. L. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: An update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 83–90. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00240.x>
- Guidetti, V. (2016). *MANUALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA* (2nd ed.). Il Mulino.
- Hagenah, U. (2003). *Psychoedukation als Gruppenangebot fuer Eltern essgestoerter Jugendlicher [Psychological education as a group process for parents of adolescents with eating disorders]* (Vol. 31).
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 137(7), 801–805. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.7.801>
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B., Vloet, T., & Hagenah, U. (2005). Group Psychoeducation for Parents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program. *Eating Disorders*, 13(4), 381–390. <https://doi.org/10.1080/10640260591005263>
- Hornung, W. P., Kieserg, A., Feldmann, R., & Buchkremer, G. (1996). Psychoeducational training for schizophrenic patients: Background, procedure and empirical findings. *Patient Education and Counseling*, 29(3), 257–268. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(96\)00918-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(96)00918-4)
- Istat. (2018). *LA SALUTE MENTALE NELLE VARIE FASI DELLA VITA* (p. 20).

- Johnson, S. L., Applebaum, A. J., & Otto, M. W. (2013). Bipolar disorder. In *Psychopathology: From science to clinical practice*. (pp. 319–343). The Guilford Press.
- Katsuki, F., Watanabe, N., Yamada, A., & Hasegawa, T. (2022). Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 8(5), e148. Cambridge Core.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2022.543>
- Kring, A. M., Conti, D., Johnson, S. L., Davison, G. C., Neale, J., Kring, A. M., Conti, D., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. (2017). *Psicologia clinica / Ann M. Kring ... [Et al.]* (5. ed. italiana condotta sulla 13 ed. americana). Zanichelli.
- Lahdensuo, A., Haahtela, T., Herrala, J., Kava, T., Kiviranta, K., Kuusisto, P., Perämäki, E., Poussa, T., Saarelainen, S., & Svahn, T. (1996). Randomised Comparison Of Guided Self Management And Traditional Treatment Of Asthma Over One Year. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7033), 748–752. JSTOR.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive Therapy for Bipolar Illness—A Pilot Study of Relapse Prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 503–520.
<https://doi.org/10.1023/A:1005557911051>
- Lara, M. A., Navarro, C., Rubí, N. A., & Mondragón, L. (2003). Outcome Results of Two Levels of Intervention in Low-Income Women With Depressive Symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 35–43. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.1.35>
- Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., Pinfold, V., Wainwright, L., Dunn, G., Clancy, A., & Haddock, G. (2013). A systematic review of randomised controlled

trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 372–382.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.004>

Loriedo, C., Bianchi, G., & Perrella, C. (2002). *Binge eating disorder: Aspetti clinici, nosografici e terapeutici*.

Marguerite, S., Laurent, B., Marine, A., Tanguy, L., Karine, B., Pascal, A., & Xavier, Z. (2017). Actor-partner interdependence analysis in depressed patient-caregiver dyads: Influence of emotional intelligence and coping strategies on anxiety and depression. *Psychiatry Research*, 258, 396–401.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.082>

McFarlane, W. R. (2003). Commentary: How do we know what is going on in family therapy, even when it works? *Families, Systems, & Health*, 21(1), 53–56.

<https://doi.org/10.1037/h0089501>

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). FAMILY PSYCHOEDUCATION AND SCHIZOPHRENIA: A REVIEW OF THE LITERATURE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223–245.

<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x>

Ministero della Salute. (2003). *Piano Sanitario Nazionale*.

National Institute for Health and Care Excellence. (n.d.). *Psychosis and schizophrenia in adults*.

National Institute of Mental Health. (2021a). *Depression*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

National Institute of Mental Health. (2021b). *Eating Disorders*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

National Institute of Mental Health. (2023). *Schizophrenia*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

Nielsen, J., Jeppesen, N. E., Brixen, K. T., Hørdér, K., & Støvning, R. K. (2008).

[Severe anorexia nervosa: Five fatal cases]. *Ugeskr Laeger*, *170*(14), 1158.

PubMed.

Nivoli, A. M. A., Colom, F., Murru, A., Pacchiarotti, I., Castro-Loli, P., González-

Pinto, A., Fountoulakis, K. N., & Vieta, E. (2011). New treatment guidelines for acute bipolar depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*,

129(1), 14–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.018>

Olbrisch, M. E., & Ziegler, S. W. (1982). Psychological adjustment to inflammatory

bowel disease: Informational control and private self-consciousness. *Journal of*

Chronic Diseases, *35*(7), 573–580. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(82\)90077-7](https://doi.org/10.1016/0021-9681(82)90077-7)

Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, Pub. L. No. 229

(1999).

Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Shapiro, D., & Boston, P. (2003). Systemic family

therapy can be manualized: Research process and findings. *Journal of Family*

Therapy, *25*(3), 236–262. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00247>

Probert, C. S. J., Mayberry, M., & Mayberry, J. F. (1992). Education and Young

People with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of the Royal Society of Health*,

112(3), 112–113. <https://doi.org/10.1177/146642409211200301>

Ricoeur, P. (1993). *Se' come un altro*. Jaca Book.

Rocco, P. L., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the prevention

of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *British*

Journal of Medical Psychology, 74(3), 351–358.

<https://doi.org/10.1348/000711201161028>

- Sackett, D. L., Haynes, R. B., & Tugwell, P. (1985). *Clinical epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Little Brown and Company.
- Sandler, H. H., & Grausz, H. (n.d.). *A clinical challenge*. 125(5), 393–394.
- Selye, H. (1975). Implications of stress concept. *New York State Journal of Medicine*, 75(12), 2139–2145.
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., Fujita, H., Furukawa, T. A., & Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 385–390. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078626>
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Soreca, I., Frank, E., & Kupfer, D. J. (2009). The phenomenology of bipolar disorder: What drives the high rate of medical burden and determines long-term prognosis? *Depression and Anxiety*, 26(1), 73–82. <https://doi.org/10.1002/da.20521>
- Storch, M., Keller, F., Weber, J., Spindler, A., & Milos, G. (2011). Psychoeducation in Affect Regulation for Patients with Eating Disorders: A Randomized Controlled Feasibility Study. *American Journal of Psychotherapy*, 65(1), 81–93. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2011.65.1.81>
- Tanaka, S., Ishikawa, E., Mochida, A., Kawano, K., & Kobayashi, M. (2015). Effects of Early-Stage Group Psychoeducation Programme for Patients with Depression:

- Group Psychoeducation Programme for Depression. *Occupational Therapy International*, 22(4), 195–205. <https://doi.org/10.1002/oti.1397>
- Toffler, A. (1980). *The third Wave*.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, T., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7), 343–347. <https://doi.org/10.1007/s001270170039>
- Treasure, J., & Nazar, B. P. (2016). Interventions for the Carers of Patients With Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 16. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0652-3>
- Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Clark Bryan, D., Rowlands, K., & Schmidt, U. (2020). Cognitive Interpersonal Model for Anorexia Nervosa Revisited: The Perpetuating Factors that Contribute to the Development of the Severe and Enduring Illness. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/jcm9030630>
- Trombetti, A., Richert, L., Herrmann, F., Chevalley, T., Graf, J., & Rizzoli, R. (2013). *Selective Determinants of Low Bone Mineral Mass in Adult Women with Anorexia Nervosa*. <https://doi.org/International Journal of Endocrinology>
- Tursi, M. F. de S., Baes, C. von W., Camacho, F. R. de B., Tofoli, S. M. de C., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019–1031. <https://doi.org/10.1177/0004867413491154>

- Uehara, T., Yokoyama, T., Goto, M., & Ihda, S. (1996). Expressed emotion and short-term treatment outcome of outpatients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 299–304. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90009-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90009-7)
- Van Gent, E. M., & Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21(1), 15–18. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(91\)90013-I](https://doi.org/10.1016/0165-0327(91)90013-I)
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125–137. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.2.125>
- Verma, S., Tsai, H. H., & Giaffer, M. H. (2001). Does Better Disease-Related Education Improve Quality of Life? *Digestive Diseases and Sciences*, 46(4), 865–869. <https://doi.org/10.1023/A:1010725106411>
- World Health Organisation, & Rutter, S. (1996). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge University Press; Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511983757>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). *Therapeutic patient education: Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: Report of a WHO working group*. World Health Organization. Regional Office for Europe; WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/108151>

- Xia, J., Merinder, L., & Belgamwar, M. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
- Xodo, C. (2003). *Capitani di se stessi. L'educazione come costruzione di identità personale*. La Scuola.
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is Cognitive-Behavioural Therapy More Effective Than Psychoeducation in Bipolar Disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 441–448.
<https://doi.org/10.1177/070674370805300709>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). *Vulnerability: A new view of schizophrenia*. 86(2), 103–126. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.86.2.103>