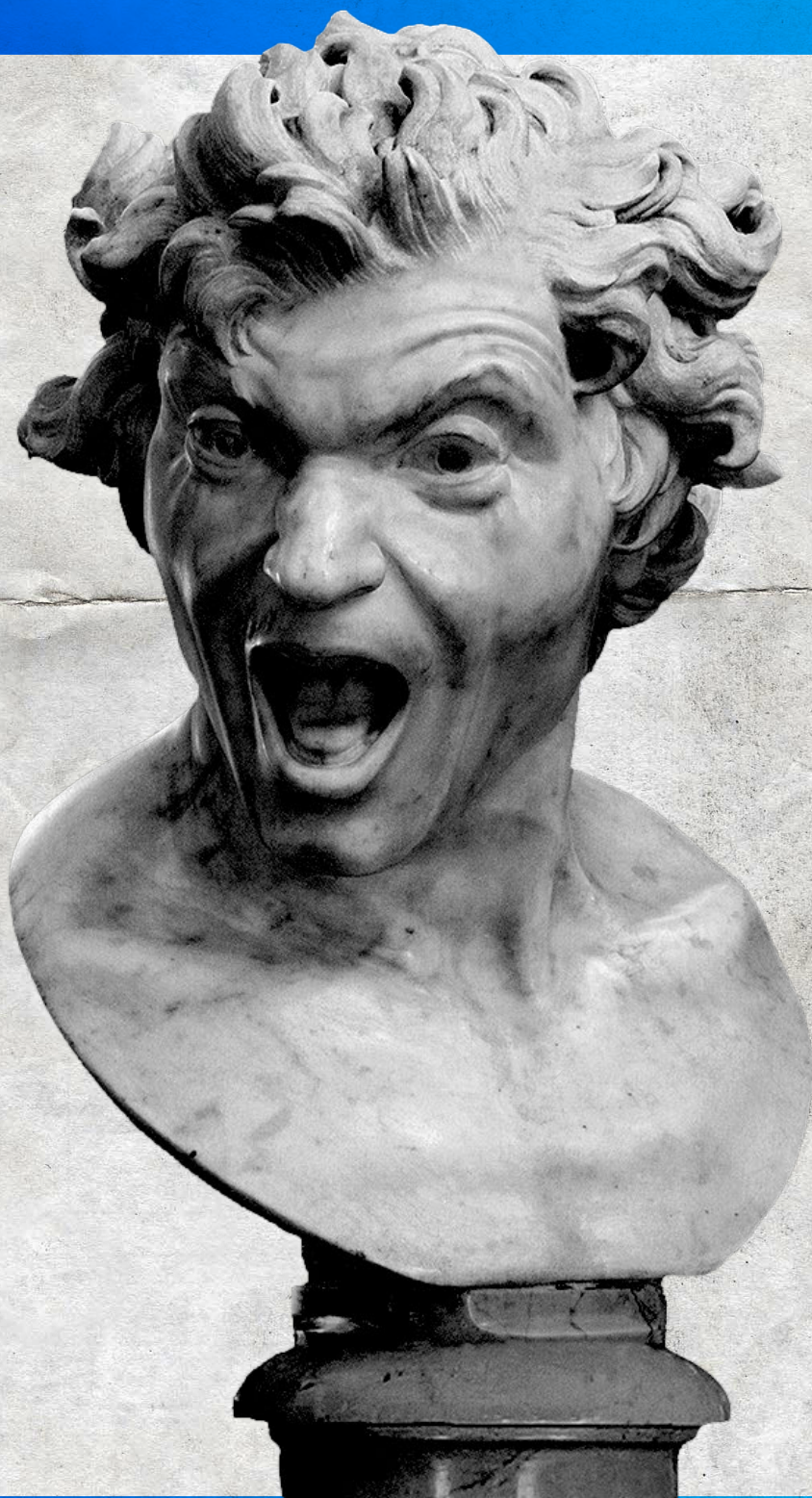




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXXI • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Questa notte si recita a soggetto
di Giannelli A.

11 A 40 anni dalla legge Basaglia
Presentazione Carta della Salute Mentale
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

14 Il trattamento del soggetto adulto con ADHD
Focus sulle comorbidità
Migliarese G., Viganò V., Venturi V., Reibman Y., Cerveri G., Mencacci C.

27 La promozione personale: esperienza nella Residenza Protetta
Don Rino Vallorani di Comunità e nella Co.s.e.r. di Forze in un programma condiviso di sostegno psicosociale post sismico
Fotografia terapeutica e recupero della identità
di Talamonti R.S., Giaccio P., Iachini M. G., Iachini S., Satulli M.C., Passalacqua A., Mazzaroni C., Caucci C., Alidori C., Di Gennaro M., Piciotti G., Valentini V., Addis A., Guidotti R., Tesla V., Baldassarri C., Rousakova M., Canala S., Gionni D., De Luna I., Petrini V., Bonanni M.C., Fioravanti A., Casoni L., Tiberio D., Mari M., Pizzi M. F., Galé V., Tania A., Roberta A., Nicolai D.

31 Strategie innovative di trattamento per il disturbo bipolare
L'esperienza clinica dell'ospedale san carlo borromeo di milano
di Rigliano P., Colombi F., Gervasoni F., Notari G., Biffi G.

PSICHIATRIA FORENSE

36 Le interessantissime innovazioni introdotte dalla recente
Legge 22 dicembre 2017 n. 219
di Mantovani R.

IN COPERTINA: Gian Lorenzo Bernini, *Anima dannata*, circa 1619.
Palazzo di Spagna, Roma

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Strategie innovative di trattamento per il disturbo bipolare

L'esperienza clinica dell'ospedale san carlo borromeo di milano

*Paolo Rigliano, Francesca Colombi, Francesca Gervasoni, Giorgia Notari, Giuseppe Biffi **

INTRODUZIONE

Il disturbo bipolare è una problematica psichiatrica che interseca aspetti bio-psicologici complessi, con un potenziale invalidante e cronicizzante alto, con notevoli conseguenze sociali e con un carico familiare elevato.

Dal 2012 presso l'Ospedale San Carlo Borromeo dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, è attivo il programma "Trattamento integrato dei disturbi bipolari" che, coerentemente con le Linee Guida Internazionali presenti in letteratura, offre in modo integrato una varietà di percorsi terapeutici. Per assicurare tale obiettivo, l'equipe che lavora nel programma è multidisciplinare ed è composta da uno psichiatra strutturato, coordinatore del progetto, e tre psicologhe-psicoterapeute.

Il programma è rivolto a tutti i pazienti con disturbo bipolare I e II, afferenti dell'area metropolitana di Milano (quindi a tutti i cittadini della città di Milano e dell'hinterland), dando massima attenzione alla presa in carico di pazienti giovani e giovanissimi, così da intercettare il fenomeno del ritardo nella diagnosi e trattamento del disturbo bipolare. Si può accedere al Programma direttamente su richiesta del paziente, oppure tramite invio da parte del medico curante. I pazienti che partecipano al programma rimangono in carico ai CPS di riferimento per tutta la durata del percorso.

Il progetto si configura come un programma d'avanguardia, validato ed operazionalizzato secondo standard scientifici, con riferimento al modello di Francesc Colom

e Eduard Vieta, ma rivisitato ed approfondito in senso psicoterapeutico.

Il programma si articola in percorsi psicoterapeutici differenziati e nella presa in carico farmacologica, a partire da un'accurata fase di valutazione psicodiagnostica volta non solo ad inquadrare il funzionamento psichico del soggetto ma anche ad instaurare una buona alleanza terapeutica, fondamentale per un'adesione al programma stesso.

Tutta la letteratura internazionale evidenzia la presenza in altissima percentuale di traumi nell'anamnesi di pazienti bipolari. Questi traumi sono stati rilevati essere di diversa origine, entità e conseguenze, ma in ogni caso sempre gravi. Tali traumi risultano sempre connaturati con la genesi del disturbo, la sua prognosi, la sua gravità e gravosità clinica e con l'esito del trattamento. Si è evidenziato infatti che, quanto più efficacemente è trattata la costellazione post traumatica e sono risolte le memorie traumatiche, tanto più i pazienti possono raggiungere adeguata stabilizzazione, compenso clinico, compliance e dunque qualità di vita.

Altro aspetto da sottolineare fortemente è il rapporto (proprio per tale prevalenza di traumi pregressi) tra disturbi di personalità afferenti al Cluster B (prevalentemente Disturbo Borderline di Personalità) e i disturbi bipolari. Si viene così ad individuare una rete psicopatogenetica che connette l'area traumatica all'area borderline e all'area clinica bipolare.

OBIETTIVI PRINCIPALI DEL PROGETTO

1. Aumentare la consapevolezza riguardo il disturbo bipolare
2. Aumentare la compliance alla terapia farmacologica
3. Aumentare la consapevolezza dei comportamenti a rischio per evitare agiti e/o comportamenti auto-lesivi
4. Intervenire precocemente sui nuclei traumatici e sulle aree di personalità problematiche per ridurre le comorbilità complesse
5. Prevenire le ricadute e le recidive
6. Ridurre il numero di ospedalizzazioni e di giorni trascorsi in ospedale

ATTIVITÀ PREVISTE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

- Valutazione psicodiagnostica, attraverso colloqui psichiatrici e psicologici con utilizzo di strumenti testali specifici per il disturbo bipolare (QUIDS - SR 16; ASRM; CORE), per l'individuazione di traumi e aree dissociative (Scala DES, SDQ 20) e per la valutazione della disregolazione emotiva e dell'impulsività (DERS; Self harm inventory)
- Incontri di psicoeducazione di gruppo rivolti a pazienti: 16 incontri settimanali di psicoeducazione (più due incontri di follow up a tre e sei mesi) che hanno l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del disturbo e migliorare, quindi, la gestione delle fasi maniacali e depressive qualora si presentassero.
- In alternativa al gruppo, per coloro ai quali non è indicato un setting gruppale sono previsti incontri di psicoeducazione individuale con i medesimi obiettivi.
- Percorso di psicoterapia individuale, secondo i principi della psicoterapia cognitivo comportamentale e della terapia EMDR per l'individuazione e il trattamento dei nuclei traumatici e dissociativi.
- Percorso di psicoterapia familiare, qualora ne sussistano le indicazioni cliniche
- Skills training della DBT (Dialectical Behavioral Therapy) per la gestione dei nuclei di personalità legati alla disregolazione emotiva e all'impulsività. Nello

- specifico si implementeranno quattro moduli di abilità:
- Abilità di mindfulness: volte ad aumentare la consapevolezza di se stessi, dei propri pensieri, emozioni e comportamenti al fine di superare e gestire in modo efficace i momenti in cui si sperimentano emozioni dolorose.
 - Abilità di tolleranza alla sofferenza: volte ad affrontare momenti di crisi in modo funzionale e ad accettare la realtà così come è.
 - Abilità di regolazione emotiva: volte ad aiutare la persona ad avere un rapporto più funzionale con le proprie emozioni e a modificare i comportamenti che vengono messi in atto quando si sperimentano emozioni intense.
 - Abilità di efficacia interpersonale: volte ad apprendere strategie che aiutino a migliorare le relazioni e a gestire i conflitti interpersonali.
 - Riunioni di equipe: per il monitoraggio, la discussione dei casi e il coordinamento delle attività cliniche.

RISULTATI ATTESI

1. Ridurre la percentuale dei drop - out al trattamento sia psicologico che farmacologico
2. Favorire la compliance alla terapia farmacologica
3. Prevenire le ricadute e le recidive (quindi ridurre le riammissioni in SPDC) con conseguente riduzione dei costi sanitari

Tabella 1: criteri di inclusione ed esclusione del Progetto

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none">– Disturbo Bipolare (tipo 1, tipo 2, disturbo ciclotimico)– Disturbi con disregolazione emotiva	<ul style="list-style-type: none">– Altre sindromi affettive;– Episodi depressivi "gravosi" (che richiedono interventi multidisciplinari e trattamenti semi-residenziali o residenziali e che si presentano in contesti familiari particolarmente problematici);– Doppia diagnosi;– Deficit cognitivo;– Mancati suicidi in anamnesi;– Comorbidità con altri disturbi clinici (Disturbi d'ansia, somatoformi...) o organici (fisici cronici) primari o se concomitanti e gravemente invalidanti

REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA NELL'ANNO 2017

Il totale dei pazienti inviati nel 2017 è di 50, considerando sia i pazienti con un primo accesso al programma nel corso del 2017, sia i pazienti presi in carico nell'anno precedente.

Durante il trattamento si sono riscontrati tre casi di drop out.

I pazienti hanno partecipato agli incontri di psicoeducazione di gruppo, che consta di 16 incontri quindicinali della durata di un'ora e mezza ciascuno dove vengono affrontate tematiche quali: la natura del disturbo bipolare (sintomi e manifestazioni della fase maniacale e depressiva), i fattori di vulnerabilità, di rischio e di protezione, il riconoscimento dei campanelli di allarme, la comunicazione del disturbo, la gestione dello stress e il problem solving, la prevenzione di future ricadute.

Durante gli incontri di psicoeducazione, a settimane alterne, alcuni pazienti hanno partecipato anche agli incontri di psicoterapia individuale, che hanno l'obiettivo di aiutare il paziente a migliorare la consapevolezza rispetto ai propri processi che sono causa e mantenimento del disturbo stesso e di trovare modalità più funzionali di affrontare la vita quotidiana in modo da prevenire future ricadute. Ove necessario, viene effettuato anche un lavoro sull'elaborazione dei traumi utilizzando il protocollo EMDR.

Tutti i pazienti hanno partecipato al percorso proposto in modo attivo e interessato mostrando, nel corso del trattamento, un approccio al disturbo più attento e consapevole; l'aumentata consapevolezza del disturbo ha permesso ai pazienti di evitare ricadute e recidive.

Diversi pazienti presi in carico nel 2017 hanno proseguito le attività del programma anche nel corso del 2018.

REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA PER L'ANNO 2018

Attualmente i pazienti in carico sono 30, di cui 21 inviati nel 2018.

Da gennaio 2018, oltre alle attività già in essere, sono stati attivati due gruppi di skills training, tutt'ora in corso, ai quali hanno aderito 17 pazienti complessivamente (di questi: 4 partecipano al gruppo per disregolazione emotiva, ma non usufruiscono dell'individuale poiché non hanno una diagnosi di disturbo bipolare; ci sono stati tre casi di drop out per pazienti senza diagnosi di disturbo bipolare ed un paziente ha rinunciato per impegni lavorativi).

11 partecipanti al gruppo seguono parallelamente anche un percorso di psicoterapia individuale almeno mensile; 12 pazienti hanno intrapreso, invece, soltanto il percorso psicoterapeutico individuale almeno quindicinale o sono in attesa di partecipare al nuovo gruppo di psicoeducazione; una paziente ha avuto due incontri e si è dichiarata interessata, ma poi è stata irraggiungibile.

In prospettiva futura si sta ipotizzando, inoltre, l'attivazione di un gruppo family connection per sostenere i familiari ed insegnare loro delle skills perché le relazioni familiari non siano iatrogene in merito ai disturbi dei pazienti in carico.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Se si considera il paradigma noto in psichiatria come continuum vulnerabilità stress, troviamo fondamentale per la cura di tale disturbo, considerare aspetti biologici, aspetti psicologici, aspetti relazionali sui quali si può intervenire a vari livelli.

Riguardo alla componente biologica è fondamentale intervenire aiutando il paziente ad apprendere modalità di autocura del proprio corpo e del proprio disturbo attraverso la psicoeducazione in gruppo che fornisca al paziente consapevolezza della malattia e del proprio funzionamento, per gestirlo in modo funzionale, e lo skills training di regolazione emotiva basato sui principi della Dialectical Behavioural Therapy (DBT) di M. Linehan, per possedere abilità cognitivo-comportamentali che gli permettano di farlo. Spesso infatti erroneamente, le

persone che soffrono di disregolazione emotiva vengono etichettate come resistenti o poco motivate quando, a volte, agire in modo impulsivo e disregolato agli stimoli e situazioni emotigeni è la miglior strategia acquisita per la storia di apprendimento da cui provengono. Questo è estremamente riscontrabile in situazioni di neglet o sviluppi post-traumatici che spesso sono tra i fattori eziopatogenici del disturbo bipolare.

Rispetto alla componente psicologica è opportuno aiutare la persona a divenire consapevole delle proprie credenze, delle proprie emozioni e comportamenti che alimentano circoli viziosi disfunzionali che portano a malessere; in particolare nelle fasi depressive, che rischiano di divenire pervasive e persistenti. Per questo uno strumento utile è la Terapia Cognitivo Comportamentale, in formato individuale o di gruppo.

In alcuni casi per riuscire a liberare alcuni “blocchi” è necessario intervenire sulla storia di vita del paziente e, dopo una fase di stabilizzazione, elaborare i ricordi traumatici o dell’attaccamento che altrimenti non permettono l’evoluzione dell’individuo verso modalità di vita funzionali. In questo caso, come segnalato dalle linee guida internazionali, il protocollo elettivo è quello dell’EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

A volte, invece, è necessario intervenire tramite approcci bottom-up poiché il paziente troppo attivato non ha la possibilità di accedere a risorse cognitive ed è quindi necessario fornirgli momentaneamente abilità quali quelle presentate all’interno del modulo di tolleranza dei momenti di crisi dello skills training.

Riguardo all’aspetto relazionale, sono da considerare due aspetti; il primo è una difficoltà relazionale del paziente, che può accrescere le sue abilità relazionali apprendendone di nuove attraverso skills training di efficacia interpersonale (chiedere aiuto, dire no..).

L’altro aspetto è una difficoltà relazionale dei familiari

che possono sostenerlo. Poiché la ciclicità e la disregolazione emotiva del disturbo bipolare rendono oneroso il ruolo del caregiver, è utile fornire ai membri della famiglia interventi psicoeducativi per i familiari, che li aiutino a comprendere e monitorare il disturbo, nonché relazionarsi con una modalità che non divenga iatrogena per il paziente oltre che logorante per i familiari.

Di fondamentale importanza per intervenire su questi aspetti è la promozione un atteggiamento di mindfulness, sia da parte dei pazienti che dei familiari: un atteggiamento di accettazione e non giudizio, orientato al presente ed alla consapevolezza. Tale prospettiva sostiene l’incremento di consapevolezza ed è in opposizione all’alta emotività espressa che è nota come fattore precipitante dei disturbi psichiatrici.

AFFERENZA AUTORI

* *D.S.M.D. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
ASST Santi Paolo e Carlo Milano*

BIBLIOGRAFIA:

1. Bonn, Steele, Van der Hart, *La dissociazione traumatica, comprenderla ed affrontarla*. Mimesis, 2011.
2. S. Jones, P. Hayward, D. Lam, *Il disturbo bipolare. Una guida per affrontare la malattia*. Springer, 2008.
3. Linehan, *DBT skills training*. Raffaello Cortina editore, 2015
4. Linehan, *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Volume 1: il modello dialettico. Volume 2: i gruppi di skills training. Raffaello Cortina Editore, 2011.
5. Liotti Farina, *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina Editore, 2011.
6. Luber, *Protocollo della terapia Emdr per il disturbo bipolare in Trattamento dei disturbi d'ansia, del disturbo ossessivo-compulsivo e dei disturbi dell'umore*. Giovanni Fioriti Editore, 2016.
7. Miklowitz, *Il disturbo bipolare, una guida per la sopravvivenza*. Giovanni Fioriti Editore, 2002.
8. Miklowitz, *Il disturbo bipolare, l'approccio del trattamento centrato sulla famiglia*. Giovanni Fioriti Editore, 2013.
9. Mosquera Dolores, *Diamanti grezzi. Manuale psicoeducativo del trattamento del disturbo di personalità borderline*. Mimesis, 2017.
10. Knipe, *Emdr toolbox. Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione*. Giovanni Fioriti editore, 2015.
11. Popolo, Balbi e Vinci, *Early Psychosis*. Alpes, 2007.
12. Ross, *Trauma Model Therapy*. Giovanni Fioriti Editore, 2017.
13. Francine Shapiro, *Lasciare il passato nel passato*. Casa Editrice Astrolabio, un approccio pratico ed integrativo. Mimesis, 2013.
14. Sheri Van Dijk, *The dialectical behavior therapy skills workbook*, 2009.
15. Steele, Boon, Van der Hart, *La cura della dissociazione traumatica*, 2017.
16. Swenson, *I principi della DBT in azione. Accettazione, cambiamento e dialettica*. Raffaello Cortina Editore, 2018.
17. Williams, Penman, *Metodo Mindfulness 56 giorni alla felicità*. Oscar Mondadori, 2016.
18. Zindel V. Segal, J. Mark. G. Williams, John D. Teasdale, *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri editore, 2006.
19. Vieta Eduard, Torrent Carla, Martinez-Aran Anabel, *La riabilitazione funzionale per il disturbo bipolare*. Giovanni Fioriti Editore, 2016

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi