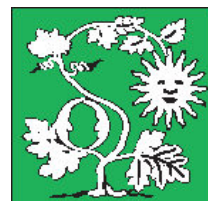


Associazione di Psicologia Cognitiva



Scuola di Psicoterapia Cognitiva s.r.l

Sede di Verona

Seminario di aggiornamento

I DISTURBI DELLO SPETTRO BIPOLARE: INTEGRAZIONE TRA APPROCCIO PSICHIATRICO E TCC

Dott. Claudio Vampini

2° Servizio di Psichiatria, Ospedale Civile Maggiore, Verona
Università degli Studi di Verona

Dott. Antonio Nisi

Scuola di Psicoterapia Cognitiva Verona

VERONA, 29 NOVEMBRE 2013

ORARIO 14.00-18.00

**PRESSO DPF DOPOLAVORO FERROVIARIO VERONA
VIA XX SETTEMBRE, 17 VERONA**

APC/ SPC s.r.l.

Direttore della Scuola: Dr. Francesco Mancini

Sede Principale: Viale del Castro Pretorio, 116 - 00185 Roma

Tel. 0644704193 Fax: 064436072 e-mail;

www.apc.it

apc@apc.it; spc@spc-scuola.it

Programma

14.00-16.00 Dott. Claudio Vampini

“Il Disturbo Bipolare, oggi”

Il disturbo bipolare (DB), come pochi altri disturbi psichiatrici, ha subito negli anni una serie di trasformazioni che hanno, di volta in volta, allargato o ristretto i suoi confini e modificato radicalmente la sua concettualizzazione, passando da una visione “semplice” ad una visione “complessa” che va sempre più affermandosi negli anni. La prima di queste due ipotesi riteneva che esso fosse una condizione rara, di facile diagnosi, con una prognosi relativamente favorevole ed un trattamento farmacologico definito ed efficace. La seconda e più recente considera invece il DB una condizione relativamente frequente, caratterizzata da una presentazione clinica mutevole che determina problemi di diagnosi differenziale con altri disturbi dell’umore (depressione unipolare), ma anche con altri disturbi di asse I (schizofrenia e altri disturbi psicotici) e di asse II (disturbi di personalità). Di fatto, la prognosi del DB è spesso insoddisfacente, il carico familiare e sociale è elevato e il trattamento farmacologico è per lo più complesso attuato mediante l’associazione di più farmaci, anche in combinazione con diverse tecniche psicoterapeutiche. In definitiva, tra i clinici vi è una crescente consapevolezza che la definizione di DB comprende una varietà di condizioni cliniche la cui prevalenza lifetime nella popolazione è stimata al 6%, in cui le forme miste e psicotiche sono risultate molto più frequenti di quanto si ritenesse in passato e la cui presentazione è spesso differente, a seconda che l’esordio avvenga in età prepuberale/adolescenziale, nell’età adulta o nell’anziano. Queste ed altre perplessità nella definizione del DB, ma soprattutto le frequenti sovrapposizioni tra quadri clinici nosograficamente distinti, hanno portato a considerare le diverse sfumature del disturbo come un’espressione “di spettro” che difficilmente si adatta alle classificazioni categoriali proposte dagli attuali sistemi nosografici e che postula l’esistenza di un continuum fra diverse espressioni cliniche. Lo “spettro bipolare” propriamente detto comprende, oltre alle forme tipiche caratterizzate dalla comparsa di episodi maniacali o misti ed episodi depressivi maggiori (DB tipo I), anche le varietà sotto-soglia (forme ciclotimiche ed ipertimiche) e quelle pseudo-unipolari. Tra queste ultime, il DB tipo II rimane frequentemente non diagnosticato nella pratica clinica a causa della difficile identificazione retrospettiva degli episodi ipomaniacali, pur essendo la variante clinica più frequente dello spettro bipolare, con una prevalenza 5-10 volte maggiore del DB tipo I. Gli stati misti costituiscono un esempio paradigmatico dell’attuale “crisi” dei criteri diagnostici del DB. Si tratta di un gruppo eterogeneo di condizioni psicopatologiche caratterizzate dalla contemporanea presenza di sintomatologia depressiva e maniacale. Ciò che li caratterizza è inoltre la comparsa di instabilità affettiva, perplessità, irritabilità, tensione interna, agitazione, malumore cupo e rabbioso e spinte impulsive. La definizione del DSM-IV-TR – che descrive l’Episodio Misto come uno stato affettivo morboso generato dalla perfetta commistione di un Episodio Maniacale e di un Episodio Depressivo Maggiore – è sicuramente riduttiva ed in quanto tale conduce inevitabilmente ad una sottostima della condizione, mentre nella nuova edizione del DSM-V, viene sostanzialmente recepito il modello di Stati Misti proposto dalla letteratura più recente, con l’introduzione del termine specificatore “con caratteristiche miste” (APA 2013). Il termine si applica ad episodi del disturbo bipolare nei quali almeno tre sintomi sottosoglia della polarità opposta sono presenti durante un episodio completo di disturbo dell’umore (ad esempio sintomi depressivi durante un episodio ipo/maniacale e viceversa).

L’espressività complessa e cangiante del DB determina sovente un notevole ritardo nella diagnosi che si ripercuote inevitabilmente sul trattamento e sul decorso della malattia. Si ritiene, infatti, che pazienti bipolari non adeguatamente diagnosticati e trattati perdano in media 14 anni di attività socio-lavorativa e 9 anni di vita (soprattutto per il rischio suicidario), mentre se la diagnosi e il trattamento sono corretti è possibile recuperare 6,5 anni di aspettativa di vita.

16.00-16.15 INTERVALLO

16.15-18.15 Dott. Antonio Nisi

“il disturbo bipolare: trattamento cognitivo comportamentale”

Negli ultimi anni gli studi sul disturbo bipolare hanno chiaramente indicato che la terapia cognitivo comportamentale, nelle sue numerose sfaccettature, può costituire un intervento di grande rilevanza, capace di contribuire sensibilmente alla stabilizzazione del paziente e alla qualità della sua vita.

La parte psicologica dell'intervento si articolerà sui seguenti punti:

Aspetti di diagnosi differenziale: schemi comportamentali che possono indicare la presenza di un funzionamento bipolare

Caratteristiche di funzionamento del disturbo bipolare in rapporto a diverse variabili: età di insorgenza; gravità degli episodi critici; schema complessivo; impatto sull'ambiente sociale circostante

Possibili sviluppi di personalità del disturbo bipolare

Modalità di funzionamento psicologico frequenti nella persona con disturbo bipolare

Aspetti prevalenti della terapia cognitivo comportamentale: miglioramento della compliance farmacologica; riconoscimento dei segnali prodromici dell'insorgenza di episodi critici; ristrutturazione degli atteggiamenti e degli schemi comportamentali disfunzionali; sviluppo di abitudini di vita stabilizzanti.

Il ruolo della famiglia nella gestione degli episodi critici e intervento con i familiari del paziente con disturbo bipolare

18.15-18.45 Questionari ecm

Partecipanti

Il Seminario è rivolto a psicologi, medici, psicoterapeuti e psichiatri.

Costo

La quota di partecipazione è di euro 80,00 iva inclusa

Iscrizione al Corso

Per partecipare effettuare l'**iscrizione entro il 15 novembre 2013** compilando la scheda d'iscrizione online, ed evidenziando nella stessa il numero del CRO del bonifico di euro 80,00 (Intestazione: **Scuola di Psicoterapia Cognitiva s.r.l, IBAN IT64L053870320200001606301 Banca Popolare dell'Emilia Romagna**). **Entro il 18 novembre 2013 sarà data conferma dell'attivazione del corso.**

Nel caso di mancata attivazione del corso, la quota verrà restituita.

Informazioni

Per info, inviare e-mail a iscrizioniworkshop@apc.it

Sede del Corso

Presso DPF Dopolavoro Ferroviario, Via XX settembre, 17 - Verona

Accreditamento ECM

E' previsto l'accreditamento ECM.

Attestato

Ai partecipanti verrà rilasciato un Attestato