L'introduzione della psicoeducazione di Colom e Vieta per pazienti con disturbo bipolare nella routine dei servizi di salute mentale italiani. Possibile ed efficace?

Valentina Candini, *IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli, Brescia*.

Chiara Buizza, *Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia*.

Alberto Ghilardi, *Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia*.

Giovanni de Girolamo, *IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli, Brescia*.

RIASSUNTO

L'obiettivo di questo contributo è di presentare l'esperienza condotta nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di Brescia e provincia relativa all'introduzione dell'intervento psicoeducativo strutturato di gruppo, secondo il modello di Colom e Vieta, mettendo in luce i vantaggi ed i benefici rilevati e nel contempo illustrando alcune criticità di questo intervento. L'intervento in questione è stato realizzato nell'ambito di un progetto su "Interventi psicoeducativi per pazienti con disturbo bipolare e loro familiari", finanziato dalla Regione Lombardia a partire dal 2009, ed ha coinvolto fino ad oggi circa 300 persone tra pazienti e familiari.

Affinchè la psicoeducazione funzioni, essa richiede diversi cambiamenti organizzativi: una flessibilità negli appuntamenti con i pazienti ed una conseguente disponibilità a incontrarli anche al di fuori delle visite programmate. La psicoeducazione necessita inoltre di un lavoro d'équipe e della collaborazione da parte di tutti gli operatori del servizio, che devono conoscere i principi del modello psicoeducativo, condividere le linee comuni del trattamento proposto e riconoscere l'importanza di un intervento integrato.

Per quanto riguarda l'effectiveness di questo intervento, è stata condotta una approfondita analisi su 102 pazienti, che hanno frequentato il percorso psicoeducativo durante il primo anno di attività. Dai dati raccolti emerge chiaramente come la psicoeducazione sia un efficace strumento per prevenire le ospedalizzazioni e ridurre i giorni di ricovero, e consenta quindi un miglioramento del decorso della malattia, prevenendo le fasi acute ed aumentando la stabilità dell'umore. Dall'esperienza condotta è stato rilevato inoltre che anche in pazienti complessi, con un numero elevato di episodi di malattia, la psicoeducazione può comunque produrre benefici secondari, emersi grazie ai feedback diretti da parte dei pazienti. La psicoeducazione agisce infatti su più livelli: incrementa la consapevolezza di malattia; migliora la soddisfazione per il trattamento ricevuto dal servizio; favorisce una maggiore aderenza al percorso terapeutico; diminuisce il senso di isolamento del paziente.

Nonostante tutto ciò, sono oggi pochissimi i DSM italiani che offrono questo tipo di intervento. È quindi auspicabile che in futuro i DSM possano "credere" che un trattamento integrato, che eroghi ai pazienti una terapia farmacologica appropriata insieme ad un intervento psicosociale di dimostrata efficacia, specifico e mirato per ogni disturbo, rappresenti l'unica via per raggiungere una qualità assistenziale adeguata per i pazienti con disturbo bipolare.

SUMMARY

The aim of the following article is to introduce the experience, carried out in the Departments of Mental Health (DMHs) of Brescia and province, gained with the implementation of structured group psychoeducation, according to the Colom and Vieta model. The paper highlights the advantages and benefits of psychoeducation, and at the same time it addresses its most critical points. Up to now the project has involved approximately 300 patients and their relatives.

Organizational changes should be taken into account in order to make the intervention successful, in particular a flexibility in scheduled appointments and a consequent availability to meet patients whenever it is necessary. Teamwork and collaboration between mental health practitioners are of paramount importance in the context of psychoeducation. Indeed, every person involved in the project has to know the basic principles of the psychoeducation model and has to understand the importance of an integrated intervention.

We have also carried out an effectiveness study on 102 patients enrolled in the first year of the project. The findings of this study show clearly that psychoeducation is an effective treatment to prevent hospitalizations and reduce days of hospitalization, thus allowing an improvement in the illness course, preventing the acute phase and increasing the stability of mood.

Even the most complex patients, characterized by a higher number of episodes of illness, have been shown to benefit from psychoeducation in terms of increased illness awareness, improved treatment satisfaction, greater treatment adherence, and lower feeling of isolation.

Despite these encouraging results, there are very few DMHs in Italy which nowdays offer this intervention. It is therefore hoped that in the future DMHs can disseminate integrated treatment models for patients with bipolar disorder.

Il contesto dal quale nasce il progetto

L'esperienza riportata di seguito si inserisce nell'ambito di un progetto dal titolo "Interventi psicoeducativi per pazienti con disturbo bipolare e loro familiari", che la Regione Lombardia ha finanziato all'IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli di Brescia nel 2009 all'interno dei Programmi Innovativi per la Salute Mentale(Progetto TR15, delibera 8501 del 26/11/2008, Decreto n°4700 del 12/05/2009). Il progetto, tuttora in corso, è stato originariamente finanziato con una durata triennale e poi rinnovato annualmente. Per la sua realizzazione è stata necessaria la collaborazione dei DSM di Brescia e Desenzano sul Garda. Il progetto è indirizzato a pazienti ambulatoriali in carico ai centri psicosociali (CPS) di Brescia e provincia, e sino ad oggi ha coinvolto circa 300 persone, tra pazienti e familiari.

La scelta del modello psicoeducativo di Colom e Vieta

Tra le diverse forme di psicoeducazione esistenti per il disturbo bipolare[1-3], si è optato per il modello messo a punto da Francesc Colom e Eduard Vieta presso il Bipolar Disorder Program di Barcellona[4], che offriva alcuni vantaggi evidenti rispetto agli altri modelli. Innanzitutto, il modello di Colom e Vieta è l'unico per il quale è disponibile uno studio clinico randomizzato controllato, che ha dimostrato un'efficacia tanto solida da produrre una riduzione statisticamente e clinicamente significativa delle ospedalizzazioni e del numero totale di giorni trascorsi in una condizione di malattia (depressione, ipomania, mania, stato misto) al follow-up di cinque anni[5]. Inoltre, tale metodo disponeva di un manuale operativo[4] e di un training formativo che lo rendeva facilmente accessibile ed applicabile in maniera adeguata. Il modello di Colom e Vieta è un intervento psicoeducativo strutturato (21 sessioni di gruppo a cadenza settimanale), completo e centrato sulle risorse dei pazienti. Tutte queste caratteristiche sono parse particolarmente convincenti in quanto sintoniche con i nostri obiettivi clinici e la nostra formazione professionale. Infatti, il setting di gruppo risultava, da un lato, particolarmente vantaggioso nel rapporto costi-benefici, in quanto consentiva di trattare un numero elevato di pazienti con un ridotto investimento di risorse, e dall'altro consentiva di offrire gli elementi terapeutici specifici e determinanti del contesto di gruppo. Infine, la durata dell'intervento (6-7 mesi circa), superiore alla maggior parte degli altri modelli psicoeducativi, permetteva di offrire ai pazienti un percorso di trattamento necessariamente completo.

L'acquisizione della tecnica ha previsto la realizzazione di due momenti formativi: un corso intensivo di una settimana, che si è svolto a Brescia nel novembre del 2009, condotto da Francesc Colom e rivolto ad una decina di psicologi e psichiatri dei servizi di salute mentale partecipanti al progetto; un periodo trascorso a Barcellona nel giugno 2011 da parte di due psicologhe cliniche, che sono state coinvolte nella conduzione di tutti i gruppi psicoeducativi attivati sino ad oggi (19 gruppi di pazienti e 7 gruppi di familiari). La permanenza presso il Bipolar Disorder Program ha avuto come obiettivo sia di conoscere la realtà dove questo tipo di psicoeducazione è nata, sia quella di confrontarsi con Colom in prima persona circa l'esperienza psicoeducativa condotta fino a quel momento, al fine di poter poi ricevere una supervisione e di affinare le abilità di conduzione dei gruppi.

L'introduzione della psicoeducazione nei DSM: il lavoro d'équipe e il coinvolgimento dei pazienti

Il progetto è condotto operativamente da due psicologhe, formate da Francesco Colom all'utilizzo della psicoeducazione e stabilmente supervisionate dal responsabile scientifico del progetto. L'attivazione dei gruppi psicoeducativi ha richiesto l'organizzazione, in ogni singolo CPS, di una riunione di équipe con tutti gli operatori del servizio per presentare la psicoeducazione (modalità di svolgimento, durata, strutturazione, ecc.), il suo razionale ed il suo potenziale clinico in termini di miglioramento del decorso del disturbo bipolare. A questo ha poi fatto seguito un incontro individuale dei conduttori del gruppo con ogni singolo psichiatra per la presentazione dei pazienti identificati per partecipare alla psicoeducazione. Successivamente è stato condotto un colloquio di valutazione con ciascun paziente, per valutare e confermare la diagnosi di disturbo bipolare, lo stato di eutimia (secondo un punteggio <6 alla Young Mania Rating Scale e un punteggio <8 all'Hamilton Rating Scale for Depression) e la motivazione a partecipare al gruppo. Accertata l'idoneità del paziente, viene restituito l'esito del colloquio allo psichiatra di riferimento, che solo in quel momento propone in maniera definitiva al paziente la possibilità di partecipare alla psicoeducazione. I criteri di esclusione sono la presenza di comorbidità in asse I, il ritardo mentale (QI < 70) ed i disturbi cerebrali organici.

Risultati di efficacia della psicoeducazione

Lo studio ha coinvolto 102 pazienti, che hanno seguito la psicoeducazione nel 2010: si trattava di pazienti ambulatoriali in carico ai DSM di Brescia e Desenzano sul Garda, che seguivano un trattamento farmacologico standard. Sono stati costituiti due gruppi, omogenei per caratteristiche sociodemografiche e cliniche: un gruppo, in aggiunta alla terapia farmacologica, ha ricevuto anche la psicoeducazione di gruppo.

I risultati mostrano che - ad un anno di follow-up - i pazienti che hanno ricevuto l'intervento psicoeducativo (N= 57) hanno avuto un numero medio di ricoveri significativamente inferiore rispetto al gruppo di controllo (N= 45) (rispettivamente 0.11, SD= 0.36 versus 0.47, SD= 0.69; U= 934, p= 0.001) e un numero medio di giorni di ricovero inferiore rispetto al gruppo di controllo (rispettivamente 1.75, SD= 7.0 versus 10.16, SD= 16.8; U= 924, p= 0.001). In Figura 1 è riportata la curva di sopravvivenza relativa alle ospedalizzazioni.

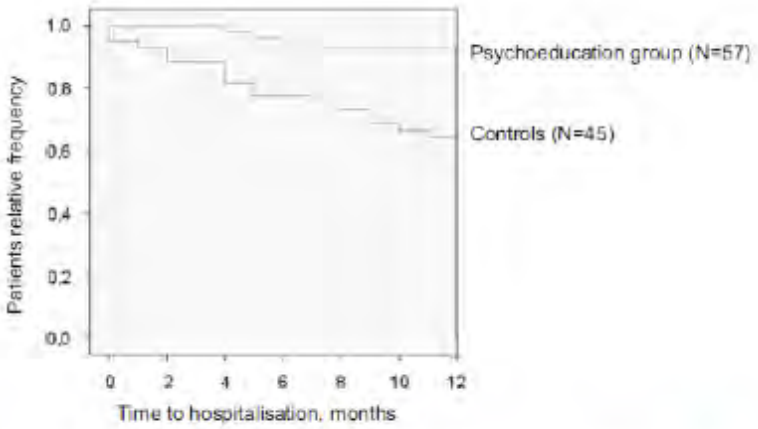

Figura 1. Curva di sopravvivenza per le ospedalizzazioni (long rank= 13.5, $p<.001$) intention-to-treat analyses.

Dai risultati di questo studio si evince cha la psicoeducazione è un efficace strumento per prevenire le ospedalizzazioni e ridurre i giorni di ricovero in pazienti che soffrono di disturbo bipolare e che sono in trattamento farmacologico. I dati confermano anche che la psicoeducazione migliora il decorso della malattia, prevenendo le fasi acute e aumentando la stabilità dell'umore. Per una disamina più approfondita dei risultati dello studio si rimanda al lavoro di Candini et al[6].

L'efficacia clinica della psicoeducazione: quando funziona e con quali pazienti?

Quando funziona la psicoeducazione?

La letteratura scientifica riporta alcune importanti evidenze circa l'efficacia della psicoeducazione. In un contributo del 2007, Scott et al.[7] sottolineano che i pazienti che hanno avuto un massimo di 6 episodi di malattia, sia maniacali che depressivi, rispondono molto bene alla psicoeducazione; oltre questo numero di episodi, l'efficacia diminuisce sensibilmente. In particolare, i pazienti che hanno avuto più di 12 episodi non mostrano alcuna riduzione dei tassi di ricaduta per qualsiasi tipo di episodio.

Tuttavia, sulla base dell'esperienza condotta in questi anni all'interno dei DSM del territorio di Brescia e provincia, è possibile affermare che la psicoeducazione può comunque produrre benefici secondari anche in pazienti più complessi e con un numero elevato di episodi di malattia pregressi. Nonostante per questi pazienti non ci si possa attendere un miglioramento nel decorso del disturbo, è tuttavia possibile osservare un miglioramento della qualità della vita. La psicoeducazione agisce infatti su più livelli: consente ai pazienti di incrementare la consapevolezza di malattia, al fine di migliorarne l'accettazione; incrementa la soddisfazione per il trattamento ricevuto dal servizio; favorisce una maggiore aderenza al percorso terapeutico; diminuisce il senso di isolamento del paziente, che si sente meno solo e più supportato.

Per tali motivi, anche quando la psicoeducazione non produce una riduzione degli episodi di malattia (outcome primario), può comunque rappresentare un intervento integrato efficace, all'interno di una realtà clinica complessa ed eterogenea, quale è quella dei servizi psichiatrici territoriali, spesso connotata da carenza di risorse.

I pazienti difficili

Considerazioni ulteriori vanno invece fatte a proposito dei cosiddetti pazienti "difficili", vale a dire pazienti per i quali la psicoeducazione mostra dei limiti invalicabili, sia rispetto al percorso che questi pazienti possono effettuare nel gruppo, sia rispetto agli esiti di tale percorso, in termini di riduzione degli episodi di malattia e miglioramento del decorso. Per questi pazienti la dimensione del gruppo offre spesso, per la prima volta, la possibilità di sperimentare un ambiente accogliente e legittimante, condicio sine qua non per la quale il paziente può iniziare un percorso di accettazione della malattia. Inoltre, la psicoeducazione può fornire nuove chiavi di lettura per leggere in modo diverso il proprio passato e ciò che di doloroso è successo a causa del disturbo bipolare, e può offrire nuovi strumenti per comprendere la malattia e gestire più efficacemente le relazioni interpersonali all'interno dei diversi ambiti di vita (famiglia, lavoro, vita sociale, ecc). Tra questi pazienti "difficili" abbiamo individuato alcune tipologie: pazienti con cicli rapidi, pazienti che presentano comorbidità con disturbi di personalità, pazienti con pregressa dipendenza da sostanze, pazienti con scarse risorse cognitive ed infine pazienti al primo episodio di malattia.

Per i pazienti che soffrono di cicli rapidi la psicoeducazione non può certo interrompere la ciclicità del disturbo: tuttavia questi pazienti possono imparare a gestire meglio la propria malattia, esserne più consapevoli e migliorare l'atteggiamento relazionale nel proprio contesto di vita.

Rispetto ai pazienti con disturbi di personalità, che possono essere inseriti nel gruppo solo se si stima che non costituiranno una fonte di destabilizzazione per gli altri pazienti, la difficoltà maggiore è da ascriversi all'intreccio tra i sintomi del disturbo bipolare e gli aspetti di personalità pervasivi, rigidi e disfunzionali. Tali pazienti possono tuttavia trarre alcuni benefici dalla psicoeducazione, che si traducono nella possibilità di imparare a stare in un gruppo e nell'opportunità di confrontarsi con altre persone, incentivando così la capacità di decentramento.

Nei pazienti con pregressa dipendenza da sostanzelamaggiore complessità è rappresentata dalla possibilità di effettuare una diagnosi differenziale accurata. Tuttavia, quando ciò è possibile, identificando nel passato un periodo circoscritto di fluttuazioni dell'umore libere dagli effetti associati dall'uso di sostanze, questi pazienti possono essere inseriti nel gruppo e beneficiare a tutti gli effetti della psicoeducazione.

Per quanto riguarda i pazienti con scarse risorse cognitiveil limite è costituito invece dal fatto che tali pazienti possono presentare delle difficoltà a comprendere i contenuti delle sessioni psicoeducative. Tuttavia, quando le risorse cognitive sono sufficienti per comprendere, anche se più lentamente, il senso della psicoeducazione, tali pazienti possono essere inseriti nel percorso psicoeducativo e beneficiare del clima e degli effetti positivi della condivisione che lo stare all'interno di un gruppo di questo tipo determina.

Infine, nei pazienti che hanno avuto il primo ed unico episodio molto recentementela difficoltàè relativa all'impossibilità di focalizzarsi sulle pregresse situazioni prodromiche di malattia, oggetto di una parte rilevante di questo percorso psicoeducativo. Per questi pazienti sussiste pertanto un limitato margine di lettura della storia precedente del disturbo, pochi ricordi ed esempi concreti, e sarebbe necessario consentirgli di elaborare quanto successo prima di inserirli in un percorso psicoeducativo. A fronte di ciò, la possibilità di seguire un percorso psicoeducativo subito dopo l'esordio del disturbo potrebbe essere particolarmente vantaggiosa, consentendo al paziente di affrontare da subito, in maniera adeguata, una gestione attiva, consapevole e partecipata del necessario trattamento.

Punti di forza e punti di debolezza della psicoeducazione nella routine dei SSM

Punti di forza della psicoeducazione

Dall'esperienza condotta in questi anni all'interno dei DSM del territorio di Brescia e provinciaè possibile affermare che la psicoeducazione di gruppo, strutturata secondo il modello di Colom e Vieta, possiede molteplici punti di forza. Tra questi ne ricordiamo di seguito i più importanti.

Innanzitutto questo tipo di intervento è pienamente manualizzato, e gli operatori che lo vogliano applicare hanno a disposizione un manuale operativo e la possibilità di partecipare a training formativi, che rendono agevole l'acquisizione integrale della tecnica. La psicoeducazione costituisce inoltre un trattamento economico, che permette di trattare molti pazienti (12-15 per gruppo) in un unico incontro settimanale di un'ora e mezzo e consente un monitoraggio costante dei pazienti durante l'intera durata dell'intervento (6-7 mesi), accrescendo la probabilità che i pazienti rimangano eutimici durante la psicoeducazione. Infatti, nel caso dell'insorgenza di segnali prodromici di una incombente ricaduta, vi è la possibilità di identificarli precocemente e di mettere in atto un intervento immediato, al fine di prevenire l'insorgenza di una ricaduta piena. Inoltre, la psicoeducazione genera una nuova consapevolezza nel paziente che si traduce, nel lungo periodo, in una maggiore e migliore aderenza alla terapia farmacologica prescritta, in una migliore gestione dei segnali prodromici e nell'assunzione di stili di vita più regolari. Tutti questi elementi concorrono a produrre un'interazione medico-paziente più funzionale ed efficace, perché prevedono un'attiva partecipazione del paziente nel processo di decision making ed una maggiore responsabilizzazione verso la cura del disturbo. Tutto ciò conduce inevitabilmente ad una maggiore soddisfazione degli operatori e a una migliore qualità del servizio offerto.

Infine, come sottolineato da Scott e collaboratori[8], la psicoeducazione può favorire anche una riduzione della spesa a carico del sistema sanitario nazionale, associata ad una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e dei giorni di ricovero.

Punti di debolezza della psicoeducazione

Tra i punti di debolezza vi è da ricordare che, affinché la psicoeducazione funzioni, essa richiede diversi cambiamenti organizzativi da parte del servizio di salute mentale. La psicoeducazione implica infatti quella che Colom definisce una politica della "porta aperta", vale a dire una flessibilità negli appuntamenti e una conseguente disponibilità a incontrare i pazienti anche al di fuori delle visite programmate. La psicoeducazione necessita inoltre di un lavoro d'équipe e della collaborazione di tutti gli operatori del servizio, che devono conoscere i principi del modello psicoeducativo, condividere le linee comuni nel trattamento proposto al paziente e cogliere l'importanza di un intervento integrato. Tali cambiamenti organizzativi, ed in parte anche culturali, non sono sempre di facile attuazione, anche a causa della scarsità di risorse che spesso affligge i DSM italiani.

L'impatto della psicoeducazione nei servizi: il punto di vista degli operatori e il punto di vista dei pazienti

Il punto di vista degli operatori

Dall'esperienza condotta in questi anni all'interno dei DSM del territorio di Brescia e provincia, che ha coinvolto oltre 200 pazienti e circa 80 familiari, è possibile affermare che la psicoeducazione ha costituito un'esperienza molto gratificante, sia per gli operatori che hanno condotto l'intervento psicoeducativo, sia per tutti gli operatori dei servizi coinvolti.

Per i conduttori la gratificazione nasce dal fatto di poter disporre di una tecnica agevole, dalla quale si evince sin da subito la sua utilità nell'aiutare i pazienti a comprendere meglio il disturbo di cui soffrono, ad accettarlo e quindi a gestirlo in modo più funzionale. La gratificazione inoltre deriva dalla possibilità di osservare e toccare con mano la "potenza" dell'elemento gruppale, aspetto connotativo del modello psicoeducativo di Colom e Vieta. Il gruppo è infatti uno strumento molto potente che favorisce lo sviluppo di relazioni, la nascita di legami identificativi, la creazione di una cultura comune e di forti meccanismi trasformativi, che permettono l'emergere di capacità curative che vanno ben oltre il superamento del senso di isolamento sociale e della possibilità di condividere il proprio disagio con altre persone.

Anche gli operatori dei servizi coinvolti hanno riferito un elevato livello di soddisfazione, che per loro si è tradotto in una gestione più fluida ed efficace dei pazienti che hanno partecipato alla psicoeducazione. Un paziente trattato con la psicoeducazione è infatti capace di rivolgersi precocemente al proprio psichiatra, prevenendo l'insorgenza di episodi acuti.

Il punto di vista dei pazienti

Dal punto di vista dei pazienti la psicoeducazione ha molti vantaggi. Ha diminuito il loro senso di solitudine di fronte alla malattia ("non sono solo io malato!") grazie al

confronto con altre persone sofferenti dello stesso disturbo. Ha favorito il superamento dello stigma associato alla presenza di un disturbo mentale, che il paziente spesso si auto-attribuisce ("sono matto!"), e ha diminuito il senso di colpa legato alla malattia ("è tutta colpa mia, sono io che ho un brutto carattere!"). Ha promosso l'apprendimento di nuove conoscenze sul disturbo bipolare, favorendo una maggiore consapevolezza ed accettazione della malattia, elementi che favoriscono l'interiorizzazione di una maggiore responsabilità nella gestione del proprio disturbo. Infine, aspetto non trascurabile, va ricordato l'incremento del livello di soddisfazione per il trattamento ricevuto dal DSM; infatti, il supporto psicologico ricevuto, attraverso la partecipazione alla psicoeducazione, modifica nella mente del paziente la concezione, spesso presente, secondo cui l'unico trattamento che il servizio può offrire per curare il disturbo sofferto è costituito da una "pillola".

Prospettive auspicabili: l'integrazione dei trattamenti psicosociali nei SSM Italiani

Sebbene le più recenti review e linee-guida internazionali per il trattamento del disturbo bipolare affermino che "a tutti i pazienti con disturbo bipolare dovrebbe essere offerta una psicoeducazione individuale o di gruppo" per prevenire le ricadute, migliorare l'aderenza al trattamento, la qualità della vita e il funzionamento psicosociale[9,10], sono pochissimi i DSM italiani che oggi offrono questo tipo di intervento.

E' quindi auspicabile che in futuro i DSM possano "credere" che un trattamento integrato, che eroghi ai pazienti una terapia farmacologica appropriata insieme ad un intervento psicosociale di dimostrata efficacia, specifico e mirato per ogni disturbo, rappresenti l'unica via per raggiungere una qualità assistenziale adeguata.

Bibliografia

1. Goldstein MJ, Miklowitz DJ. Bipolar Disorder: A Family Focused Treatment Approach. New York: Guildford Press; 1997.
2. Miklowitz DJ, Simponeau TL, George EL, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder : 1-year effects of a Psychoeducational program in conjunction with pharmachotherapy. Biol Psychiatry. 2000;48 (6): 582–592.
3. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry. 2005;62 (9):996–1004.
4. Colom F, Vieta E. Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2006.
5. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, et al; Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry.;194 (3):260-265.
6. Candini V, Buizza C, Ferrari C, et al; Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. J Affect Disord. 2013;151(1):149-155.
7. Scott J, Colom F, Vieta E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. Int J Neuropsychopharmacol. 2007;10 (1):123–129.
8. Scott J, Colom F, Popova E, et al; **Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis.** J Clin Psychiatry. 2009;70 (3):378-386.
9. Connolly KR, Thase ME. The clinical management of bipolar dosorder: a review of evidence-based guidelines. Prim Care Companion CNS Disord. 2011; 13 (4). PCC.10r01097.
10. Podawiltz A. A review of current bipolar disorder treatment guidelines. J Clin Psychiatry. 2012;73 (3):e12.