

Subjective well-being nel disturbo bipolare: uno studio prospettico preliminare

Subjective well-being in bipolar disorder: a preliminary prospective study

A.C. Altamura*, P.M. Marinaccio*, E.P. Nocito*, M. Ciabatti*, M. Porcellana**, L. Magri*, C. Bressi*

*Dipartimento di Salute Mentale, U.O. Psichiatria, Fondazione IRCCS “Ca’ Granda” Ospedale Maggiore Policlinico, Università di Milano;

**Dipartimento di Salute Mentale, A.O. “Niguarda Ca’ Granda”, Milano

Summary

Aims

Recently numerous studies have focused their attention on the importance of patients’ self evaluation of the impact of pharmacotherapy on quality of life. These aspects have led to the introduction of new assessments in psychiatric care in order to help clinicians in evaluating patients’ perspective and subjective well-being. To date, several studies have investigated subjective well-being among schizophrenic patients, whereas there are few such studies in bipolar patients. This study aims at evaluating the association between subjective well-being and psychopathology in bipolar patients subjected to drug treatment with atypical antipsychotics and mood stabilizers at the time of admission to the psychiatric ward and during a follow-up period.

Methods

A consecutive sample of thirty in-patients with a diagnosis of bipolar disorder (DSM IV-TR) was recruited in the psychiatric ward of the Fondazione IRCCS “Ca’ Granda” Ospedale Maggiore Policlinico, Milan. They were studied on admission (T0), at discharge (T1) and then at 6 (T2), 12 (T3) and 18 weeks (T4) after discharge (Fig. 1). Psychopathology was rated with the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), while subjective well-being was assessed with the Subjective Well-being under Neuroleptic treatment scale (SWN). Associations between BPRS and SWN scores were analyzed using Pearson’s correlation coefficients. In addition, a linear regression analysis was conducted using SWN at

the end of follow-up (T4) as the dependent variable and demographic and clinical characteristics as possible predictors.

Results

Non-linear relations best described the associations between changes in BPRS and SWN scores over time: no association was found during the acute phase (from admission to T1), while cross-sectional Pearson’s correlation coefficients indicate inverse associations between SWN and BPRS scores at T2 ($r = -0.598$, $p = 0.014$) and between SWN at T2 and BPRS score at T4 ($r = -0.841$, $p = 0.009$) (Table I). Moreover, linear regression showed that variance in SWN at T4 was mostly accounted for by the effect of number of admissions (standardized B -0.551 , $p = 0.021$) and SWN score at T2 (standardized B 1.262 ; $p = 0.001$) (Table II).

Conclusions

Our results point-out that modifications in subjective well-being and psychopathological state were not linearly related in bipolar patients, thus suggesting that subjective well-being could be considered in these patients as a personal variable associated to psychopathological state in a different way according to phase of illness. Further research including wider samples and longer follow-up periods are needed in to confirm our results and identify other possible correlations.

Key words

Subjective well-being • Bipolar Disorder • Atypical antipsychotics • Mood stabilizers

Riassunto

Obiettivo

Numerosi studi recenti hanno focalizzato la loro attenzione sull’importanza che la valutazione del paziente della terapia farmacologica possa avere sulla qualità di vita dello stesso. Questo aspetto è stato ampiamente indagato in pazienti schizofrenici, mentre esistono ancora pochi studi che valutano il benessere soggettivo nel paziente affetto da disturbo bipolare. Lo studio si propone di valutare le associazioni tra il benessere soggettivo e la psicopatologia nei pazienti bipolari in terapia farmacologica con antipsicotici atipici e stabilizzanti dell’umore al momento del ricovero in reparto e nel periodo del follow-up.

Metodi

Sono stati analizzati, in regolare successione, 30 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare secondo DSM-IV-TR presso il Dipartimento di Salute Mentale della Fondazione IRCCS “Ca’ Granda” Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, al momento del ricovero (T0), alla dimissione (T1) e ogni sei settimane per un totale di 18 settimane nel periodo successivo all’ospedalizzazione (Fig. 1). Per valutare la psicopatologia è stata utilizzata la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) e il benessere soggettivo è stato valutato utilizzando la scala *Subjective Well-being Under Neuroleptics* (SWN). Le associazioni tra i valori relativi alle scale BPRS e SWN sono stati analizzati utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson. In aggiunta, è stata costruita una regressione lineare utilizzando SWN come va-

Corrispondenza

Cinzia Bressi, Dipartimento di Salute Mentale, U.O. Psichiatria, Fondazione IRCCS “Ca’ Granda”, Ospedale Maggiore Policlinico, via F. Sforza 35, 20122, Milano, Italia • Tel. 02 55035258/5986 • E-mail: cinzia.bressi@unimi.it

riabile dipendente assumendo le variabili demografiche e cliniche come possibili parametri predittivi al termine dei follow-up (T4).

Risultati

La regressione non-lineare descrive al meglio le associazioni tra le variazioni dei punteggi delle scale BPRS e SWN nel tempo; nessuna correlazione significativa è stata trovata durante la fase acuta di malattia (dall'ammissione al T1), mentre i risultati indicano una correlazione inversa tra i punteggi SWN e BPRS al T2 ($r = -0,598$, $p = 0,014$) e tra i punteggi SWN al T2 e BPRS al T4 ($r = -0,841$, $p = 0,009$) (Tab. I). La discordanza dei punteggi SWN in T4 sono ampiamente giustificate dall'effetto del numero dei ricoveri (B standardizzato $-0,551$; $p = 0,021$) e il punteggio SWN in T2 (B standardizzato $1,262$; $0,001$) (Tab. II).

Introduzione

Considerevoli progressi sono stati ottenuti negli ultimi decenni nel trattamento farmacologico del disturbo bipolare, rimane tuttavia ancora irrisolta la problematica inerente la scarsa aderenza alla farmacoterapia dei pazienti affetti da tale patologia. A tal proposito, è attualmente ampiamente condiviso all'interno della comunità scientifica che una maggior comprensione del punto di vista del paziente possa migliorare l'alleanza terapeutica, la compliance ai trattamenti e la possibilità di ottenere la remissione sintomatologica, in particolar modo in caso di trattamenti farmacologici di lunga durata¹⁻². Al contrario, una minor percezione soggettiva di benessere da parte del paziente sarebbe predittiva di una scarsa aderenza alla farmacoterapia e di un outcome sfavorevole.

Secondo Naber², il più importante aspetto innovativo dell'ultimo decennio nella cura del malato psichiatrico è determinato da una nuova considerazione della prospettiva del paziente. Numerosi studi³⁻⁵ riportano infatti come pazienti e curanti psichiatri diano una differente valutazione di tollerabilità ed efficacia dei trattamenti farmacologici con antipsicotici. Hellewell³ ha evidenziato come i pazienti stessi siano molto sensibili nel discriminare gli effetti positivi di diverse categorie farmacologiche. Altri ricercatori, come Voruganti et al.⁴, hanno riscontrato in uno studio in doppio cieco come molti dei vantaggi della terapia con antipsicotici atipici rispetto al trattamento con neurolettici fossero riportati esclusivamente nelle valutazioni soggettive dei pazienti e risultassero invece assenti in quelle effettuate dai curanti. Assume pertanto importanza fondamentale conoscere la percezione soggettiva del paziente rispetto alla farmacoterapia.

Sebbene per decenni si sia ritenuto che i pazienti psichiatrici non fossero in grado di valutare in modo affidabile il proprio benessere soggettivo, recenti studi^{6,7} hanno dimostrato come i pazienti con diagnosi di schizofrenia, non in acuzie e senza grave compromissione del funzionamento cognitivo, siano in grado di valutare in maniera

Conclusioni

I nostri risultati dimostrano che le modificazioni del benessere soggettivo e lo stato psicopatologico dei pazienti non hanno una correlazione lineare nel paziente bipolare, questi dati suggeriscono la necessità di considerare il benessere soggettivo come variabile personale associata allo stato psicopatologico nel paziente bipolare. Lo studio suggerisce inoltre la necessità di ampliare il campione e di effettuare un più lungo periodo di follow-up per poter approfondire la ricerca.

Parole chiave

Benessere soggettivo • Disturbo bipolare • Antipsicotici atipici • Stabilizzanti dell'umore

attendibile il proprio stato affettivo, la qualità della vita ed il benessere soggettivo. È stata quindi elaborata da Naber⁶ una scala di valutazione finalizzata alla determinazione della percezione soggettiva di benessere di pazienti in terapia con antipsicotici (*Subjective Well-being under Neuroleptic treatment scale*, SWN).

La SWN è un questionario autosomministrato composto, nella sua versione breve, da 20 item cui il paziente attribuisce un punteggio su una scala Likert a 6 punti (da 1 = per niente a 6 = moltissimo). Sono inoltre state individuate al suo interno 5 sottoscale inerenti il Funzionamento mentale, il Controllo emotivo, l'Autocontrollo, l'Integrazione sociale e le Funzioni fisiche. La SWN è stata tradotta in 15 lingue e le proprietà psicometriche della sua versione italiana sono state valutate da Balestrieri et al.⁸

La percezione soggettiva di benessere è stata ad oggi ampiamente indagata in letteratura tra i pazienti affetti da schizofrenia.

Naber et al.⁶ hanno condotto nel 2001 uno studio che ha evidenziato come i punteggi medi della SWN siano solo moderatamente correlati con i punteggi medi delle sottoscale dei sintomi positivi e negativi della *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) o con le modificazioni psicopatologiche nel tempo. Gli Autori hanno quindi ipotizzato che la percezione di benessere possa essere una variabile indipendente di outcome e che tale relazione sia mediata dall'influenza che la percezione soggettiva di benessere potrebbe avere sull'aderenza al trattamento.

Lambert et al.⁷ hanno quindi evidenziato la necessità e l'importanza di ampliare il significato di outcome funzionale e la qualità della vita è stata inclusa nella ridefinizione del concetto di remissione. In un trial clinico della durata di 12 mesi condotto su un campione di 727 pazienti con diagnosi di schizofrenia e in terapia con amisulpride⁹, gli Autori hanno inoltre sottolineato come un miglioramento precoce del benessere soggettivo sia in grado di influenzare la remissione e la prognosi a lungo termine.

Wehemeier et al.⁵ hanno infine valutato la qualità della vita in 1462 pazienti ambulatoriali in terapia con antipsicotici sia da una prospettiva “soggettiva” (questionari autosomministrati compilati dai pazienti) che da un punto di vista “oggettivo” (scale di valutazione eterosomministrate compilate dai curanti). Dal confronto dei dati così ottenuti, gli Autori hanno concluso che la combinazione di più fattori, come il sesso maschile, la giovane età e un punteggio elevato alla *Clinical Global Impression Scale* (CGI), risulta essere predittiva della concordanza tra le due valutazioni.

Ad oggi sono presenti in letteratura numerose ricerche in cui la percezione soggettiva di benessere è stata indagata in pazienti schizofrenici, mentre è stato condotto un unico studio su una casistica di pazienti affetti da disturbo bipolare¹⁰. I risultati di tale ricerca¹⁰ evidenziano come i pazienti in farmacoterapia con antipsicotici atipici riferiscano una migliore percezione di benessere rispetto a quelli in terapia con neurolettici indipendentemente dall’aderenza al trattamento e dal miglioramento sintomatologico.

Il presente studio preliminare ha come obiettivi la valutazione, in pazienti affetti da disturbo bipolare ed in terapia con antipsicotici, di una possibile associazione tra il punteggio totale SWN e la psicopatologia (valutata mediante *Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS), lo studio delle sue modificazioni nel tempo e l’individuazione dei possibili fattori predittivi il benessere soggettivo alla fine del follow-up.

A tal fine sono state valutate la percezione soggettiva di benessere e la psicopatologia all’ingresso in reparto, al momento della dimissione e in seguito a 6, 12 e 18 settimane.

Materiali e metodi

Sono stati reclutati consecutivamente 30 pazienti (7 uomini e 23 donne, età media 45,6 anni) presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Dipartimento di Salute Mentale (SPDC), Fondazione IRCCS “Ca’ Granda” Ospedale Maggiore Policlinico di Milano (Direttore prof. A.C. Altamura). Tutti i soggetti hanno preso visione del consenso informato per l’inserimento in un più ampio database e studio di follow-up dal quale sono emersi i risultati preliminari qui presentati.

Sono stati inclusi nello studio i pazienti che hanno soddisfatto i seguenti criteri di inclusione: a) età compresa tra 18 e 65 anni; b) diagnosi di disturbo bipolare, valutata secondo i criteri della *Structural Clinical Interview* relativa ai disturbi dell’Asse I (SCID-I) del DSM IV-TR. Sono stati considerati criteri di esclusione: abuso di sostanze o dipendenza nei sei mesi precedenti l’episodio indice, $QI \leq 70$, storia di pregressi traumi cranici o vasculopatia cerebrale, patologie mediche significative.

I pazienti hanno effettuato un trattamento farmacologico naturalistico sia con stabilizzanti dell’umore che con antipsicotici atipici¹¹.

I partecipanti allo studio sono stati sottoposti ad una valutazione clinica e testale al momento dell’ingresso in reparto (T0), alla dimissione (T1) e successivamente a 6 (T2), 12 (T3) e 18 (T4) settimane.

A tutti i pazienti sono state somministrate da personale addestrato la SCID-I per l’inquadramento diagnostico e la BPRS nella versione a 18-item per la valutazione della sintomatologia. L’*inter-rater reliability* tra i valutatori è stata calcolata usando l’*Interclass Correlation Coefficient* (ICC), che è risultato essere di 0,88.

Infine, per determinare la percezione soggettiva di benessere, ciascun paziente ha compilato la SWN nella sua versione italiana a 20-item. La SWN esplora cinque sottoscale (Funzionamento mentale, il Controllo emotivo, l’Autocontrollo, l’Integrazione sociale e le Funzioni fisiche) ciascuna delle quale è identificata da 4 item disposti in ordine casuale all’interno del questionario. Gli item devono essere codificati e valutati su una scala Likert a sei punti, per un punteggio minimo totale di 20 e un punteggio massimo di 120: a punteggio più alto corrisponde un benessere soggettivo migliore.

Tutti i pazienti reclutati, come suggerito da Naber et al.⁵, non presentavano sintomi psicotici né severi deficit cognitivi.

Analisi Statistica

Per l’analisi statistica è stato utilizzato lo *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versione 11.0.

Per quanto riguarda i risultati dell’analisi descrittiva dei dati quantitativi, per le variabili categoriali sono presentate le frequenze e la distribuzione percentuale, mentre per i dati continui i valori medi e la deviazione standard.

Per valutare l’esistenza di differenze significative tra gruppi (pazienti ricoverati per episodio maniacale, misto o depressivo), rispetto ai dati demografici e alle variabili cliniche, è stata utilizzata l’analisi della varianza (ANOVA).

Mediante uno studio di correlazione non parametrico (*Pearson’s Correlation*) sono state valutate le associazioni tra i punteggi medi della SWN e della BPRS ad ogni tempo di valutazione.

Per meglio comprendere i cambiamenti nel tempo dei punteggi della BPRS e della SWN, abbiamo successivamente suddiviso la durata dello studio in due periodi:

- $\Delta 1$ = dal ricovero (T0) a 6 settimane dopo la dimissione (T2);
- $\Delta 2$ = da sei settimane (T2) a 18 settimane dopo la dimissione (T4).

Inoltre, sono stati costruiti una serie di modelli di regressioni lineari per spiegare la varianza della principale variabile

dipendente (punteggio SWN all'endpoint) e le sue associazioni con le variabili cliniche e socio-demografiche. Per l'intera statistica è stato utilizzato un criterio di significatività pari o inferiore a 0,05.

Risultati

Per quanto riguarda l'episodio indice, tredici pazienti (43,3%) hanno soddisfatto i criteri per l'episodio maniacale, otto (26,7%) per l'episodio depressivo e nove (30%) per un episodio misto. La durata media del ricovero è stata di $16,8 \pm 11,3$ giorni.

Non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi diagnostici nei punteggi della BPRS e della SWN. Per questa ragione abbiamo considerato l'intera casistica nelle successive valutazioni.

Tutti i pazienti hanno assunto stabilizzanti dell'umore (Litio, dose media 1050 mg, range di 900-1200 mg; acido valproico, dose media 1146,6 mg, range 500-2000 mg) e antipsicotici atipici (quetiapina, dose media 450 mg, range 50-900 mg; aripiprazolo, dose media 7,5 mg, range 1-8 mg). Per nove pazienti è stato necessario supplementare la terapia con benzodiazepine (clonazepam, dose media 2,5 mg, range 1,0-4,0 mg).

La Figura 1 riporta i punteggi medi della SWN e della BPRS ad ogni valutazione: i punteggi della BPRS si riducono dal baseline fino all'endpoint (35,64 vs. 24,13); per quanto

riguarda i punteggi della SWN si osserva invece una diminuzione del punteggio totale fino a 6 settimane dopo la dimissione (92,55 vs. 78,94), mentre successivamente (da 6 a 18 settimane dopo la dimissione) si assiste ad un miglioramento del benessere soggettivo (78,94 vs. 85,75). Come indicato dai coefficienti di correlazione di Pearson, è stata riscontrata un'associazione inversa tra i punteggi SWN e BPRS al T2 ($r = -0,598$, $p = 0,014$) e tra i punteggi SWN al T2 e BPRS al T4 ($r = -0,841$, $p = 0,009$), mentre non sono state riscontrate correlazioni significative durante il ricovero (Tab. I).

Per meglio comprendere questo aspetto, abbiamo indagato l'esistenza di un'associazione tra le variazioni dei punteggi della BPRS e della SWN nel tempo (Δ BPRS e Δ SWN), mediante calcolo del coefficiente di correlazione di Pearson. Come mostrato in Tabella I, esiste una moderata correlazione tra le variazioni dei punteggi della SWN e della BPRS da T0 al T2 ($r = -0,323$, $p = 0,206$) e una moderata correlazione inversa tra le modificazioni dei punteggi delle scale da T2 a T4 ($r = -0,348$, $p = 0,359$).

Infine, i risultati della regressione lineare (Adjusted $R^2 = 0,900$; $F = 32,437$; $p < 0,001$) suggeriscono che almeno il novanta per cento della varianza del punteggio medio della SWN al T4 può essere attribuito agli effetti combinati del numero di ricoveri precedenti all'inclusione nello studio (Beta standardizzato = $-0,551$, $p = 0,021$) e del punteggio SWN al T2 (Beta standardizzato = $1,262$, $p = 0,001$) (Tab. II).

TABELLA I.

Analisi bivariata con il calcolo del coefficiente di correlazione di Pearson tra punteggi SWN e BPRS ad ogni valutazione. Dati statisticamente significativi per $p < 0,05$. *Pearson's correlation between SWN and BPRS scores at each evaluation time-point ($p < 0.05$).*

	SWN T0	SWN T1	SWN T2	SWN T3	SWN T4
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
BPRS T0	0,149 (0,508)	0,126 (0,578)	- 0,416 (0,123)	0,023 (0,946)	- 0,702 (0,052)
BPRS T1	0,232 (0,300)	- 0,178 (0,345)	- 0,269 (0,314)	0,032 (0,927)	- 0,598 (0,117)
BPRS T2	0,112 (0,692)	0,117 (0,667)	- 0,598* (0,014)	- 0,541 (0,085)	- 0,672 (0,068)
BPRS T3	0,028 (0,934)	- 0,153 (0,653)	- 0,351 (0,290)	0,047 (0,892)	- 0,333 (0,421)
BPRS T4	- 0,332 (0,422)	- 0,378 (0,356)	- 0,841* (0,009)	- 0,703 (0,052)	- 0,633 (0,092)
	Δ 1 (SWN)	Δ 2 (SWN)			
Δ 1 (BPRS)	0,323 (0,206)	0,112 (0,775)			
Δ 2 (BPRS)	0,624 (0,072)	- 0,348 (0,359)			

* $p < 0,05$

TABELLA II.

Regressione lineare. Variabile dipendente BPRS al T3. Predittori significativi SWN Totale al T2 e numero di ricoveri precedenti.
Linear regression models explaining association between SWN score at endpoint and clinical and demographic variables.

Dependent Variable	Parameters for model			Independent variables with significant effect	Standardized Beta	P
	Adjusted R ²	F	P			
SWN score (T4)	0.900	32.437	0.001	Number of admissions	-0.551	0.021
				SWN score (T2)	1.262	0.001

Discussione

Il presente studio naturalistico prospettico è il primo che si è occupato di valutare l'associazione tra percezione soggettiva di benessere e andamento della psicopatologia in pazienti affetti da disturbo bipolare.

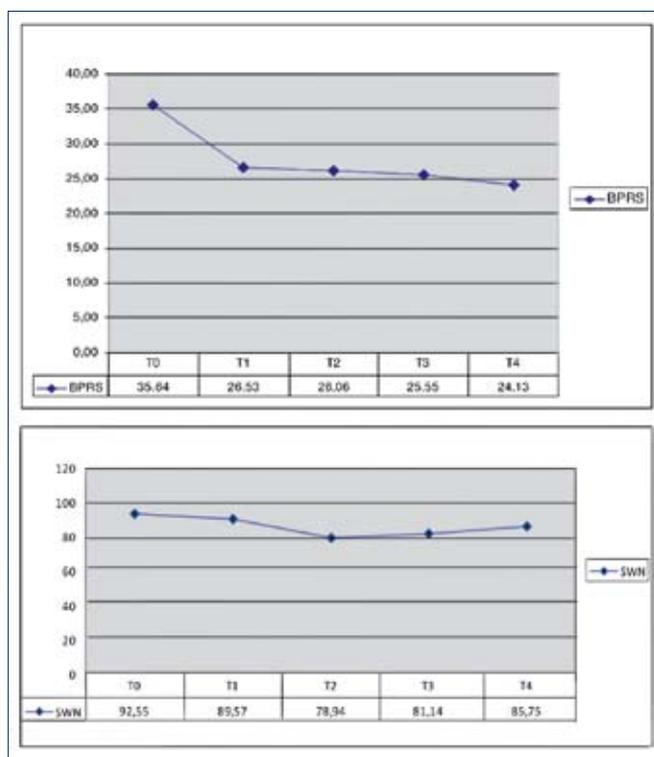
A causa dell'esigua numerosità del campione i nostri risultati dovrebbero essere considerati preliminari. Per esempio, il dato secondo cui nel nostro campione il benessere soggettivo non presenta differenze significative tra coloro che presentano in acuzie un episodio maniacale, misto o depressivo, potrebbe essere dovuto alla numerosità del nostro campione piuttosto che alla reale non discrepanza tra i gruppi. Si evidenziano tuttavia nel

presente studio alcuni aspetti rilevanti che meriterebbero ulteriori indagini.

Nella Figura 1 viene evidenziato come la percezione di benessere riferita dal paziente diminuisca nel corso del ricovero e nel corso delle 6 settimane successive, mentre successivamente si assiste ad un suo parziale miglioramento. Questo dato potrebbe in parte riflettere il fatto che il 73,3% (n = 22) dei pazienti sono stati reclutati in corso di episodio maniacale o misto. Gli elevati punteggi alla SWN all'ingresso in SPDC sembrano essere associati all'elevazione del timismo, alla mancanza di Insight e all'eccessiva autostima caratteristiche dell'episodio maniacale. Il decremento del benessere soggettivo successivo alla dimissione potrebbe essere invece correlato, in seguito alla risoluzione dell'acuzie maniacale, ad una maggior consapevolezza del disturbo mentale e delle sue conseguenze sociali o all'elevato tasso di ricorrenza di un episodio depressivo e ad una minor soddisfazione rispetto alla propria vita, che nel disturbo bipolare persistono anche durante il periodo di prolungata eutimia^{12 13}.

Ulteriori ricerche con una casistica più numerosa potrebbero specificamente valutare l'andamento della percezione soggettiva di benessere per gruppo e individuare l'esistenza di un'eventuale relazione tra sintomi depressivi o maniacali e andamento della SWN.

Il primo obiettivo di questo studio era di indagare se la percezione di benessere valutata soggettivamente dai pazienti corrispondesse alla valutazione della psicopatologia effettuata dai curanti. Il riscontro di una moderata correlazione diretta tra le modificazioni dei punteggi della BPRS e della SWN dall'ingresso in reparto al T2 e di una moderata correlazione inversa dei medesimi punteggi da T2 a T4, suggerisce che il miglioramento psicopatologico valutato dagli psichiatri possa corrispondere ad una diminuzione del benessere soggettivo in fase acuta (T0-T2), mentre in fase di mantenimento (T2-T4) un miglioramento sintomatologico può correlare con un migliore benessere soggettivo. In altre parole, i cambiamenti del benessere soggettivo e dello stato psicopatologico risultano non essere correlati in modo lineare. Quindi la percezione soggettiva di benessere nei pazienti bipolari potrebbe essere considerata una variabile

**FIGURA 1.**

Punteggi medi BPRS e SWN ad ogni tempo di valutazione.
Mean scores of BPRS and SWN at each assessment time-point.

personale che si associa in modo differente allo stato psicopatologico a seconda della fase di malattia. Tale dato meriterebbe ulteriori approfondimenti, per esempio mediante la valutazione dell'Insight tramite l'utilizzo di specifici strumenti di misura, come la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD¹⁴). La percezione soggettiva di benessere potrebbe infatti essere influenzata dallo stato di consapevolezza del paziente e, nel paziente maniacale, dallo stato di acuzie psicopatologica.

Per quanto riguarda i risultati della regressione lineare, il fatto che un minor numero di ricoveri precedenti l'episodio indice risultati essere il più forte predittore di benessere soggettivo non è un dato inatteso ed è in accordo con le ricerche presenti in letteratura¹⁵: si evidenzia nuovamente come un minor numero di recidive influenzi un miglior outcome. Dato il riscontro in letteratura¹⁶ e nel presente studio di alcune discrepanze tra la valutazione clinica ed il benessere percepito dal paziente, è quindi di grande utilità clinica valutare la percezione soggettiva di benessere in relazione al trattamento farmacologico, poiché consentirebbe di monitorare, prevedere e incrementare l'aderenza alle terapie riducendo il rischio di recidiva.

Bibliografia

- 1 Karow A, Czekalla J, Dittmann RW, et al. *Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia*. J Clin Psychiatry 2007;68:75-80.
- 2 Naber D. *Subjective effects of antipsychotics drugs and their relevance for compliance and remission*. Epidemiol Psychiatr Soc 2008;17:174-6.
- 3 Hellewell J. *Patients' subjective experiences of antipsychotics*. Clinical Relevance. CNS Drugs 2002;16:457-71.
- 4 Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, et al. *Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact of quality of life*. Schizophr Res 2000;43:135-45.
- 5 Wehemeier PM, Kluge M, Schacht A, et al. *Correlation of physician and patient rated quality of life during antipsychotics treatment in outpatients with schizophrenia*. Schizophr Res 2007;91:178-86.
- 6 Naber D, Moritz S, Lambert M, et al. *Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs*. Schizophr Res 2001;50:79-88.
- 7 Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D, et al. *Predict of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia*. J Clin Psychiatry 2006;67:1690-7.
- 8 Balestrieri M, Giaroli G, Mazzi M, et al. *Performance of the Italian version of the subjective well-being under neuroleptic (SWN) scale in schizophrenic outpatients*. Pharmacopsychiatry 2006;39:81-4.
- 9 Lambert M, Naber D, Eich FX, et al. *Remission of severely impaired subjective wellbeing in 727 patients with schizophrenia treated with amisulpiride*. Acta Psychiatr Scand 2007;115:106-13.
- 10 Pollice R, Tomassini A, Malavolta M, et al. *Subjective and psychopathological response in patients under different antipsychotic treatment: are there differences in real clinical practice?* J Biol Regul Homeost Agents 2008;22:83-91.
- 11 Altamura AC, Armadoros D, Jaeger M, et al. *Importance of open access to atypical antipsychotics for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder: a European perspective*. Curr Med Res Opin. 2008;24:2271-82.
- 12 Cooke RG, Robb JC, Young LT, et al. *Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS-20 item short form (SF-20)*. J Affect Disord 1996;39:93-7.
- 13 Robb JC, Cooke RG, Devins GM, et al. *Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder*. J Psychiatr Res 1997;31:509-17.
- 14 Amador XF, Strauss DH. *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Columbia University 1990.
- 15 MacQueen GM, Young LT, Robb JC, et al. *Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder*. Acta Psychiatr Scand 2000;101:374-81.
- 16 van Os J, Altamura AC, Bobes J, et al. *2-COM: an instrument to facilitate patient-professional communication in routine clinical practice*. Acta Psychiatr Scand 2002;106:446-52.