

# Disturbo Bipolare

*Cosa sapere*



**Manuale psicoeducativo  
per pazienti e familiari**

**Aristotele Hadjichristos**

**Ilaria Bandini**





**Aristotele Hadjichristos**

**Ilaria Bandini**

# **Disturbo Bipolare**

## ***Cosa sapere***

**Manuale psicoeducativo  
per pazienti e familiari**

con il patrocinio della

**S.I.Psi**



***S.I.Psi Lazio***



**Sezione Regionale del Lazio  
della Società Italiana di Psichiatria**

Editore: "Chi onlus - Cultural Human Improvement Onlus"  
Via Prenestina, 321 - 00177 Roma  
Tel. 06.297254  
chionlus@gmail.com

Edizione omaggio fuori commercio.  
Tutti i diritti sono riservati.  
Nessuna parte può essere riprodotta in alcun modo,  
senza autorizzazione scritta.

Finito di stampare: Marzo 2008  
presso: Stamperia Artistica Romana  
Via Stefano Boccaduli, 14/16 - 00151 Roma

Immagine di copertina: "Equilibrio" di Alissa Bruschi

*“...Ai nostri pazienti,  
con la speranza di trasmettere loro  
quanto essi ci hanno insegnato...”*



# Indice

<b>Prefazione</b> <i>a cura di L. Janiri</i> .....	9
<b>Introduzione</b> <i>a cura di G. Nicolò</i> .....	13

## PARTE PRIMA

### Conoscere il disturbo bipolare

Introduzione degli autori .....	17
---------------------------------	----

#### Capitolo Primo

<b>Che cos'è il Disturbo Bipolare?</b> Passato e presente della malattia maniaco-depressiva .....	19
--	----

#### Capitolo Secondo

<b>I primi segni di allarme... come riconoscerli?</b> I Sintomi del disturbo bipolare .....	21
<b>L'umore in altalena</b>	
<b>Alti...</b> Episodio Ipomaniacale e Maniacale .....	24
<b>...e bassi</b> Episodio depressivo .....	26

**Il mio psichiatra ha parlato di uno stato misto...  
cosa avrà voluto dire?**

Stato Misto ..... 29

**Dice il mio psichiatra...**

Il processo diagnostico ..... 31

**Da dove viene il mio disturbo?**

Eventi stressanti e vulnerabilità genetica ..... 33

## Capitolo Terzo

**Devo curarmi per forza?**

Cosa complica la malattia e cosa aiuta la cura ..... 36

**La progressione degli episodi nel disturbo bipolare**

Il decorso della malattia senza l'aiuto delle terapie ..... 38

**Cosa può accadere senza le terapie?**

Alterazione del corso ortodromico della vita ..... 40

*Il disturbo bipolare tipo I* ..... 41

*Il disturbo bipolare tipo II* ..... 43

*Ciclotimia* ..... 43

*Accelerazione e aggravamento degli episodi* ..... 44

*Funzioni anormali della tiroide* ..... 45

*Degenerazione cerebrale e rischio di demenza* ..... 46

**Quando si rischia grosso!**

Evitare condotte suicidarie ..... 47

## Capitolo quarto

### **Che ruolo ha giocato lo stress nella vostra personale storia di malattia?**

Stili di vita e disturbo bipolare ..... 49

### **Che cosa accade se si assumono droghe?**

Disturbo bipolare e uso di sostanze (alcool e droghe) ..... 51

### **La "Comorbidità"?**

Una regola, non una eccezione ..... 54

### **Parola d'ordine: collaborare**

L'importanza dell'alleanza terapeutica ..... 56

## PARTE SECONDA

### La cura del Disturbo Bipolare

Il ruolo dei farmaci, della psicoterapia e il vostro personale contributo ..... 58

## Capitolo quinto

### **Le Medicine**

Le terapie farmacologiche per ristabilire l'ortodromia del tono dell'umore ..... 60

### **Quale terapia farmacologica per il mio disturbo?**

Terapia della fase acuta, subacuta e mantenimento ..... 62

### **Oltre i farmaci... ma non senza!**

La terapia della luce (*fototerapia*) ..... 67

<b>Liberare i neurotrasmettitori cerebrali</b>	
Terapia elettroconvulsivante (ECT) .....	68

<b>Le medicine faranno male al mio bambino?</b>	
Terapia farmacologica in gravidanza .....	69

## Capitolo sesto

### Oltre il trattamento farmacologico

#### La Psicoterapia

Quali psicoterapie per il disturbo bipolare? .....	71
--	----

#### Psicoeducare

Conoscere per non avere paura .....	74
-------------------------------------	----

#### Psicoterapie...

...in pillole

<i>Counselling Psicodinamico</i> .....	76
--	----

<i>Terapia cognitivo-comportamentale (TCC)</i> .....	77
--	----

<i>Terapia relazionale e/o familiare</i> .....	78
--	----

## Capitolo settimo

<b>Cosa non è il disturbo bipolare</b> .....	79
--	----

#### Essere una vittima della stigmatizzazione

... e di chi non conosce la realtà di questa malattia .....	80
---	----

<b>Schede appendice</b> .....	81
-------------------------------	----

<b>Bibliografia</b> .....	87
---------------------------	----

## Prefazione

Un mio paziente che ricopre un ruolo particolarmente prestigioso e svolge, prevalentemente all'estero, delicati compiti istituzionali, fu colpito, ormai parecchi anni fa in una capitale europea, da un episodio maniacale devastante che mise seriamente a rischio la sua carriera e ne sconvolse i precari equilibri familiari e relazionali. Per fortuna questo episodio fu l'ultimo perché subito dopo, quando lo presi in carico, gli prescrissi una monoterapia con litio, che egli ha assunto con straordinaria assiduità e diligenza fino ad oggi. Pur tollerando bene il trattamento farmacologico e non ricavandone reazioni avverse, il paziente mi ha posto, nel lungo tempo della nostra frequentazione, tanti e vari quesiti relativi alla sua convivenza con il litio da farmi riflettere sull'importanza della funzione dell'informazione e della comunicazione nel rapporto tra il medico e il paziente bipolare. Egli mi ha chiesto, a titolo di esempio, cosa c'entrasse la sua personalità, connotata in senso narcisistico, nella sua malattia, se fosse destinato a prendere farmaci a vita, se la nascita di un figlio avrebbe comportato un rischio di trasmissione genetica della malattia, e in che misura, se prendere il litio così a lungo avesse potuto compromettere la sua fertilità e, anche qui, che rischio ciò comportasse per un eventuale figlio, se sarebbe riuscito a "riabilitarsi" definitivamente nel mondo del lavoro rispetto a quella crisi infamante e vergognosa che l'aveva segnato così profondamente. Nonostante che egli non abbia mai seguito formalmente con me una psicoterapia, ritengo che i nostri incontri, pur essendo ormai rari, abbiano un'assoluta valenza psicoterapeutica, proprio per questa richiesta da parte del paziente, che io sento il dovere di accogliere, di essere rassicurato, confortato, in una parola, contenuto.

Quando l'amico e, me lo consentirà, allievo Aristotele Hadjichristos mi ha chiesto di scrivere la prefazione a un manuale psicoeducativo per i pazienti bipolari e i loro familiari, mi sono venute in mente due opere per me significative in questo campo. La prima, anche in ordine di comparsa, è "Lithium treatment of manic depressive illness – a practical guide" di Mogens Schou (Karger, Basel, 1980), in cui l'autore, un formidabile esperto di terapie con litio, fornisce pure molte risposte a domande sul disturbo bipolare del tipo di quelle postemi dal mio paziente. La seconda è il "Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare" di Colom e Vieta (Fioriti, Roma, 2004), che più direttamente si dà il compito di informare e di addestrare, tramite gli operatori, pazienti e familiari (e – perché no? – anche i curanti) sulla malattia e i possibili trattamenti, al fine di per-

mettere una convivenza con essa più serena e adattiva, migliorare la *compliance* terapeutica e raggiungere obiettivi di prevenzione. Certamente il volume di Colom e Vieta è più vicino, nell'impostazione generale, a questo "Disturbo bipolare – cosa sapere" di Hadjichristos e Ilaria Bandini, anche se il lavoro dei nostri autori si rivolge in prima persona a pazienti e familiari quali interlocutori privilegiati.

L'attività psicoeducativa è una forma di attività socio-sanitaria e consiste in un approccio pedagogico alla salute mentale, con il doppio scopo di mantenere accettabili livelli di quest'ultima e di prevenire disturbi e malattie di interesse psichiatrico e, ancor prima, disagi psicologici e interpersonali. Nello specifico la psicoeducazione è volta a fornire informazioni e ad impartire istruzioni, in modo chiaro, didattico e concreto, sul problema psichico in oggetto così che i pazienti e il loro *milieu* socio-familiare possano imparare ad affrontarlo al meglio da molteplici punti di vista: dallo stile di vita al clima relazionale, dal rapporto con l'ambiente terapeutico al consolidamento dell'Io del paziente, dalla gestione dello stress e dei conflitti all'adattamento in un'accezione eco-psichiatrica. In tale prospettiva la psicoeducazione rappresenta un fondamentale ingrediente di qualsiasi progetto di prevenzione, sostegno, assistenza e trattamento nell'area della salute mentale e del confronto con il disagio psichico. Essa dovrebbe pertanto essere integrata nel lavoro clinico (farmaco- e psicoterapeutico) e assistenziale, lungo un percorso di trattamento che, data la cronicità di alcuni disturbi mentali, e nella fattispecie del disturbo bipolare, non si può non immaginare che come un *work in progress*.

Colom e Vieta articolano gli obiettivi psicoeducazionali nei disturbi dell'umore in tre livelli: 1) dotare il paziente di un adeguato *insight*, migliorare la *compliance* alla farmacoterapia e creare le condizioni per un riconoscimento precoce, da parte del soggetto e del suo ambiente, di nuovi episodi di scompenso timico; 2) prevenire le ricadute e le complicanze correlate allo stress, allo stile di vita e al rischio di comportamenti autolesivi; 3) incrementare la capacità di *coping* (fronteggiamento) del paziente rispetto alle conseguenze psico-sociali degli episodi di malattia e ai sintomi residuali e intervallari e migliorarne le abilità interpersonali e sociali tanto da migliorarne globalmente la qualità della vita. Sotto il profilo metodologico tale attività di prevenzione secondaria e terziaria poggia la sua praticabilità sull'apprendimento di modalità di comunicazione e di espressione efficaci e positive, così da creare un'atmosfera di rete (paziente e suo *milieu*, ambiente terapeutico, gruppi di auto-aiuto, ecc.) realmente e concretamente utile al benessere psico-sociale dell'individuo sofferente.

Mi sembra che l'eccellente sforzo di Hadjichristos e Bandini vada nella direzione di realizzare obiettivi psicoeducazionali inerenti soprattutto ai

primi due livelli tra quelli sopra elencati: il terzo infatti presuppone interventi sul campo clinico, direttamente a contatto con il paziente. Si può così constatare come nei primi due capitoli del loro manuale vengono offerti elementi di conoscenza sulla psicosi maniaco-depressiva, sulle fasi del disturbo e sui primi segnali di ricaduta o di crisi. Nel terzo e quarto capitolo viene affrontata la questione del decorso, naturale e iatrogenicamente modificato, della malattia, e la problematica delle complicanze, da quelle comportamentali (agiti suicidari, ecc.) e da stress a quelle da comorbidità, per disturbi somatici, psicopatologici o da doppia diagnosi (uso di sostanze). La necessità dello stabilirsi di una salda alleanza terapeutica costituisce l'indispensabile premessa alla seconda parte del manuale, incentrata sul trattamento, e quindi sul ruolo dei farmaci, della psicoterapia e, ovviamente della psicoeducazione, definita, molto opportunamente in un'interlocuzione diretta con gli utenti, "il vostro personale contributo". È anche molto corretto l'accento, che gli autori fanno in avvio di conclusione, al rischio di stigmatizzazione in cui incorre il paziente bipolare, al pari di altre persone affette da psicosi, come quella schizofrenica, anche se in modo e misura differenti.

Tanto maggiore è tale rischio quanto più ciò che neutralmente chiamiamo disturbo si muove dall'area della *illness* (sofferenza soggettiva) a quella della *sickness* (malattia socialmente riconosciuta) quale la psicosi è nei suoi risvolti positivi (necessità di garanzia e tutela) e negativi (pericolo di stigma). Dalla sua fondazione circa due secoli fa l'epoca dell'alienazione mentale è stata attraversata dalla concezione di un'unica malattia psichica e, poiché la malattia mentale nell'Ottocento e per certi versi tuttora si identifica con la psicosi, la questione che si pone è quella della psicosi unica (*Einheitspsychose* di Zeller ma soprattutto di Griesinger). Problema di fondo della psicopatologia, tale questione si rivela quanto mai attuale: il dibattito sulla specificità della diagnosi di schizofrenia, per la quale i criteri sintomatologico, cronologico e funzionale del DSM-IV non appaiono dirimenti e il criterio di esclusione diventa decisivo (cfr. l'editoriale di Mario Maj sul *British Journal of Psychiatry* del 1998), con ciò rinviano alla continuità con altri disturbi psicotici, è un esempio della riproposizione ai nostri giorni di un'idea nata con Pinel e che ha percorso l'intera storia della psicopatologia. Come ha illustrato Arnaldo Ballerini (*La diagnosi in psichiatria*. NIS, Roma, 1997) questo problema non è estraneo alla dicotomia, che si applica ai disturbi mentali, tra diagnosi categoriale e dimensionale, tra differenziazione radicale di entità morbose discrete e continuità di spettro in rapporto alla distanza da un prototipo ideale.

Perciò il compito che si propongono i nostri autori nel settimo capitolo sul tema "Cosa non è il disturbo bipolare" è particolarmente arduo, ma

ci dà nel contempo l'attestato di come essi non si sottraggano alle problematiche aperte e alle controversie. Ne risulta comunque un volume agile, semplice, chiaro, adatto ai suoi scopi didattici e informativi e quindi senz'altro utile per il pubblico cui è destinato.

La conoscenza con Aristotele Hadjichristos risale agli anni della sua laurea e della specializzazione in Psichiatria all'Università Cattolica. Posso affermare con sicurezza che la sua collaborazione è stata preziosa nella clinica dell'alcolismo, del poliabuso e della doppia diagnosi, che insieme abbiamo gestito nel neonato Day Hospital di Psichiatria. Fin da allora mi sono accorto di una sua particolare sensibilità culturale, ancor prima che diagnostica, nei confronti della bipolarità e delle oscillazioni del tono dell'umore, così frequentemente associate ai disturbi da uso di sostanze. Sul piano scientifico ciò si è tradotto in una linea di ricerca, rivelatasi molto feconda, non solo sul tema dell'interazione tra disturbi comorbili, ma anche sugli aspetti dimensionali della diagnostica di spettro impulsivo-compulsivo e sui tratti di personalità soggiacenti secondo la teoria di Robert Cloninger, che insieme abbiamo avuto l'onore di conoscere in un congresso a Roma nell'ormai lontano 1997. Pertanto se oggi è attiva un'unità del D.H., da me diretta, che si occupa specificamente di disturbi bipolari e se cominciano ad apparire importanti lavori del nostro gruppo su prestigiose riviste internazionali, tutto ciò lo si deve anche all'opera di quel pioniere che è stato il Dott. Hadjichristos.

Credo dunque che a lui e alla Bandini vadano un meritato ringraziamento per essersi interessati, attraverso il manuale che è sotto gli occhi del lettore, dell'assistenza e, più in generale, della cura, che implica assunzione di responsabilità, accudimento, partecipazione empatica, nei confronti di pazienti che fino a non molto tempo fa erano "orfani" di un'adeguata considerazione da parte dei servizi pubblici, di idonei strumenti educativi, riabilitativi e psicoterapeutici, di un giusto coinvolgimento dell'*entourage* familiare e sociale. È infatti solo di recente che si comincia a parlare, per i soggetti bipolari, di associazioni di utenti e di familiari, di gruppi di mutuo aiuto, di Forum per scambio di informazioni su Internet, di specifiche terapie di sostegno. È in questo nuovo clima di "rivoluzione culturale" che si affianca alle strategie di lotta allo stigma, anzi ne è parte integrante, che si inserisce questo manuale psicoeducativo su "Disturbo bipolare – cosa sapere".

*Prof. Luigi Janiri*

*Professore Associato di Psichiatria, Università Cattolica del S. Cuore, Roma*

*Professore di Psichiatria, LUMSA, Roma*

*Psicoanalista membro associato SPI*

*Presidente Sezione Regionale del Lazio della Società Italiana di Psichiatria*

## Introduzione

Quando il Collega Aristotele Hadjichristos mi chiese di scrivere una introduzione al suo libro sapevo in partenza che sarebbe stato un compito facile per una serie di ragioni sia di affetto, sia di stima professionale nei confronti degli autori che ho avuto la fortuna di avere tra i miei collaboratori più stretti nel corso della mia vita professionale.

Gli autori sono andati oltre, hanno davvero scritto un libro, completo, chiaro didattico e realmente utile nella pratica clinica: in questo testo non si danno generici suggerimenti ma si spiega cosa è la malattia, come si cura e cosa si deve e non si deve fare.

Dal testo emergono chiaramente due informazioni: il disturbo bipolare è una malattia curabile ma è anche una malattia grave e invalidante se non trattata adeguatamente e la cura deve essere condotta da specialisti che conoscono bene la patologia.

Totalmente compatibile con una vita normale e produttiva, le cure cui ci si sottopone durano, molto frequentemente, per tutta la vita. Alla stregua delle malattie cardiologiche e del diabete, infatti, il disturbo bipolare è una patologia di lunga durata che deve essere controllata costantemente durante la vita della persona.

Oltre che per i pazienti ed i loro caregivers, l'aspetto divulgativo del volume potrebbe dare un contributo anche presso i Medici di Medicina Generale nel tentare di migliorare il riconoscimento e consentire il trattamento precoce del disturbo.

Come viene chiaramente spiegato, infatti, i pazienti possono star male per anni prima di ricevere una corretta diagnosi ed una adeguata terapia.

Nel libro viene inoltre trattato, con la dovuta efficacia e la necessaria prudenza, il problema del suicidio, fornendo indicazioni scientificamente fondate su come prevenirne il verificarsi.

La collaborazione dei familiari, lo stile di vita ed il potenziamento dei fattori protettivi (non solo i farmaci!), sono gli strumenti per affrontare la malattia nelle sue diverse forme: come sappiamo il rischio per il suicidio è più alto all'inizio della malattia quando ancora il soggetto non ha chiaro di cosa soffra e come affrontare tale sofferenza, quindi prima si riconosce il disturbo bipolare prima si imparerà a gestirlo e a chiedere aiuto nel momento giusto.

La psicoeducazione spesso demonizzata come strumento psichiatrizzante, si sta rivelando, dati alla mano, uno dei più efficaci mezzi di cura per le patologie gravi; la filosofia che dovrebbe dar forma ai servizi per la salute mentale, dovrebbe essere improntata all'incremento dell'empowerment dei pazienti anche in termini di conoscenza e competenza sulla propria sofferenza e questo migliorerebbe di gran lunga gli esiti dei trattamenti.

Ritengo che tale volume dovrebbe essere consigliato ai familiari e agli stessi pazienti o messo a disposizione nelle sale di attesa dei nostri servizi.

Sono grato ad Aristotele per averci fornito un mezzo di cura e di informazione di cui si sentiva proprio la necessità.

*Dott. Giuseppe Nicolò*  
*Direttore UOC Az. ASL RM/G*  
*Didatta SITCC e SPC*

*Nel mezzo del cammin di nostra vita  
mi ritrovai per una selva oscura  
ché la diritta via era smarrita.*

*Ahi quanto a dir qual era è cosa dura  
esta selva selvaggia e aspra e forte  
che nel pensier rinova la paura!*

*Tant'è amara che poco è più morte;  
ma per trattar del ben ch'i' vi trovai,  
dirò de l'altre cose ch'i' v'ho scorte.*

*Io non so ben ridir com'i' v'intrai,  
tant'era pien di sonno a quel punto  
che la verace via abbandonai.*

*Dante Alighieri, "Divina Commedia"; Inferno, canto I, 1-12*



# PARTE PRIMA

## Conoscere il disturbo bipolare

### Introduzione degli autori

*"Nel corso degli anni mi sono sempre più convinto del fatto che tutte -le psicosi periodiche e circolari più la mania- in realtà sono solo manifestazioni di un unico processo patologico"*

*Emil Kraepelin*

Il primo studioso ad ipotizzare uno stretto legame tra malattia mentale e genialità fu Cesare Lombroso. Qualche secolo dopo lo psichiatra E. Kraepelin propose una connessione tra questa instabilità umorale ed il talento artistico.

Negli anni '70 alcune ricerche hanno rinforzato questa teoria di Kraepelin: da uno studio del dipartimento di psichiatria dell'Università dell'Iowa, durato 15 anni, è stato rilevato che su 30 scrittori l'80% aveva vissuto almeno un episodio depressivo o maniaco.

Una famosa psichiatra contemporanea, Kay R. Jamison, ha condotto uno studio su 47 artisti, trovando che più della metà si curava o si era curata con i farmaci; tra questi i poeti, che sperimentavano fasi ipomaniacali in cui scrivevano freneticamente, alternandole a fasi di inattività.

Il nostro Dante nell'incipit della divina commedia sembra descriverci proprio questo, l'inizio di un episodio depressivo al termine del quale, con umore rinvigorito, elabora quella che sarà l'opera più rappresentativa della nostra letteratura.

Persone intelligenti, creative, affabili, eclettiche spesso soffrono di disturbo bipolare; uomini e donne, realizzati nell'ambito lavorativo, che raggiungono posizioni sociali importanti e che esprimono la propria creatività ed esuberanza attraverso l'arte, spesso soffrono di disturbo bipolare e, se non curati, vedono peggiorare e sfumare traguardi personali rag-

giunti nelle fasi di euforia. Lord Byron, Virginia Woolf, Franz Kafka, Sylvia Plath, Edgan Allan Poe, Ernest Hemingway, Vincent Van Gogh, Amadeus Mozart, Robert Schumann, Winston Churchill, Kurt Cobain, personalità dal grande talento, che hanno segnato la storia e la cultura del nostro tempo, soffrivano di disturbo bipolare.

Ma ai personaggi del passato si accompagna una realtà più attuale che coinvolge oltre 900.000 italiani che vivono una condizione simile segnata, tra l'altro, da un rischio di suicidio 30 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

## Capitolo Primo

### Che cos'è il Disturbo Bipolare?

#### Passato e presente della malattia maniaco-depressiva

##### Che cos'è il Disturbo Bipolare?

**Avete mai sentito parlare della malattia maniaco-depressiva? No? Perché è proprio questo ciò che tratteremo: quella patologia mentale che una volta era conosciuta come malattia maniaco-depressiva e che oggi è ridefinita Disturbo Bipolare**

**Gli studi epidemiologici hanno messo in evidenza che il disturbo bipolare è diffuso in tutte le culture e le etnie con caratteristiche invariabili.**

**L'età media di insorgenza è intorno ai 21 anni, con una prevalenza pari al 5,5% nella popolazione generale al di sopra dei 35 anni di età (Angst, 1998).**

Una prima descrizione e sistematizzazione rigorosa del Disturbo Bipolare (DB), la si deve ad Emil Kraepelin, la figura di maggior spicco nella fondazione della psichiatria del XIX secolo. Dal suo lavoro si è sviluppato il metodo clinico basato sull'evidenza e utilizzato nella moderna pratica clinica psichiatrica.

Kraepelin, oltre alle forme classiche di mania e melanconia, riconduceva nell'ambito della malattia maniaco depressiva, alcune condizioni depressive ricorrenti che si presentavano alternate ad episodi maniacali di ridotta intensità (ipomania); descriveva inoltre le disposizioni tempera-

mentali di tipo ipertimico, ciclotimico o irritabile ed evidenziava la storia familiare di malattia maniaco-depressiva. L'evoluzione dell'osservazione di Kraepelin ha portato negli ultimi trent'anni, a sviluppare un concetto ampio di "bipolarità" abbracciando una vasta gamma di sindromi cliniche e individuando così uno "spettro bipolare attenuato" (soft), nel quale rientrano anche le persone potenzialmente predisposte alla malattia bipolare e che presentano un temperamento distimico, ciclotimico, ipertimico o misto ma non per questo considerate malate, con una forma conclamata del disturbo.

Recentemente, le ricerche hanno dimostrato la presenza di una maggiore prevalenza nella popolazione generale anche di episodi ipomaniacali di brevissima durata, probabilmente in relazione al temperamento; ciò rappresenta la base biologica della personalità, un substrato fisico che merita una considerazione nella valutazione della malattia come fattore potenzialmente predisponente al disturbo dell'umore, tanto che studi di carattere genetico hanno osservato che gemelli monozigoti, discordanti per disturbi dell'umore, sono comunque concordanti per alcune dimensioni temperamentali (Angst, 1998).

Partendo da questa importante considerazione, andremo a spiegare in maniera semplice, ma efficace, quali sono le componenti che definiscono un DB. Per il momento possiamo anticipare che questa malattia può presentarsi con molteplici sfumature, può avere sia un carattere episodico (disturbo), che continuo (sindrome), ma in ogni caso rappresenta una alterazione del proprio stato di benessere con fluttuazioni dell'umore e trasformazioni in positivo e in negativo delle proprie capacità cognitive (ovvero del funzionamento della mente).

Lo stato di alterazione psichica che si realizza in questo modo, comporta da un lato sofferenza e dall'altro malfunzionamento della vita personale, relazionale e lavorativa. Comprendere come questi cambiamenti dell'umore divengono una vera e propria malattia, che necessita spesso anche di lunghe cure, è l'obiettivo di questa pubblicazione.

## Capitolo Secondo

### I primi segni di allarme... come riconoscerli?

#### I Sintomi del Disturbo Bipolare

*"..Quando accadrà di nuovo? quali tra le mie emozioni sono vere?  
qual è il mio vero Io? quello indomito, impulsivo,  
caotico carico di energia e pazzo?  
o quello timido ritratto, disperato con idee suicide,  
destinato a morire e stanco?"*

*K.R. Jamison; "Una mente inquieta"*

**Ogni persona, durante il corso di una giornata o nella normalità della propria esistenza, sperimenta sia variazioni nel tono dell'umore, ovvero cambiamenti nell'equilibrio dell'espressione delle proprie emozioni e degli stati d'animo, che identificano la personale capacità e modalità di pensare, comunicare e di agire nel mondo, sia cambiamenti nei livelli di attività e di energia soggettivamente sperimentati**

**L'umore di una persona rappresenta quindi, l'insieme delle caratteristiche affettive, umorali che condizionano e definiscono la nostra esistenza e il Disturbo Bipolare è esattamente un disturbo che condiziona il tono dell'umore. Tale disturbo è caratterizzato dalla presenza di episodi ipomaniacali, episodi maniacali, episodi misti, solitamente accompagnati da episodi depressivi maggiori**

Nel momento in cui il normale equilibrio tra umore e personalità (temperamento e carattere) si trasforma per un determinato periodo di tempo e coinvolge in maniera pervasiva l'intera vita della persona tanto da incidere sul suo funzionamento globale, questa persona si troverà a sperimentare *alterazioni* fisiche, cognitive, comportamentali, con una modificazione nella sua capacità di affrontare gli eventi e relazionarsi con gli altri e con il mondo: tale alterazione viene riconosciuta dalla psichiatra come patologica.

Viene chiamato disturbo bi-polare perché i cambiamenti patologici avvengono fra due poli, uno che comporta un innalzamento del tono dell'umore (ipo- o mania), e un altro che conduce ad un abbassamento dello stesso (depressione); ciò lo differenzia dal disturbo depressivo unipolare dove i cambiamenti umorali sono esclusivamente tendenti al calo dell'umore.

Esattamente come la prof.ssa Jamison, vi starete domandando se siete diventati pazzi, o quando questo accadrà e soprattutto se il vostro medico con questa diagnosi non si stia sbagliando perché in fin dei conti siete solamente un pò "lunatici".

La psichiatra Kay R. Jamison affetta dal disturbo bipolare, nel libro sopra citato, cerca di comprendere la propria vera natura; entrambe le condizioni descrivono alcune sue modalità di comportamento, ma più correttamente ciò che lei avverte come componenti della sua identità, sono, invece, componenti della sua malattia: il disturbo bipolare è, come ogni altra patologia medica, **qualcosa che si ha, non qualcosa che si è.**

Indubbiamente può esistere una continuità tra caratteristiche di personalità e patologia: come per tutti i disturbi mentali avere o non avere una malattia, non è una questione di qualcosa che c'è e qualcosa che manca, ma della modalità con cui questo o quel tratto possono risultare fonte di sofferenza per la persona in una o più aree della sua vita (lavorativa, affettiva, relazionale...).

In un certo senso quando le persone dicono di essere sempre state umorali, possono aver ragione. È stato sottolineato, infatti, che le abitudini, i comportamenti e le attitudini che spesso riferiamo alla personalità del paziente bipolare, in realtà possono rappresentare una predisposizione al disturbo dell'umore; infatti esistono quattro dimensioni temperamentali (Ipertimico, Ciclotimico, Distimico e Misto) che possono preordinare la persona al disturbo bipolare, con evidenze scientifiche in merito

al fatto che l'individuo possa essere più vulnerabile allo sviluppo della malattia (Akiskal, 1996).

Avere la consapevolezza di come la vostra personalità, le vostre attitudini differiscano dalle manifestazioni sintomatologiche del disturbo, o possano rappresentare un "terreno fertile", è una parte importante sia per comprendere ed accettare la malattia, sia per prevenire ipotetici problemi futuri.

*Quello che ci proponiamo è di allenarvi a riconoscere la differenza tra i segni e i sintomi della malattia, e i normali tratti di personalità e alternanze dell'umore, in modo che possiate mettere in atto delle strategie adeguate in caso di emergenza.*

## L'umore in altalena

### Alti...

#### Episodio Ipomaniacale e Maniacale

*"...la fiducia nei propri mezzi assume proporzioni esagerate, tanto che si fanno progetti inattuabili... si perde la capacità di critica nei propri confronti, e ci si infastidisce non poco se altri ci fanno notare che quello che stiamo intraprendendo non è nelle nostre possibilità. È abbastanza tipico lanciarsi in improbabili imprese finanziarie convinti che tutto andrà per il meglio, proprio perché le aspettative verso il futuro sono ampiamente distorte in senso positivo. Capita poi di mollare le imprese a metà, passare repentinamente ad altro, con inevitabile e pericoloso danno per le proprie finanze e per la propria affidabilità. In euforia si dorme meno, l'appetito sessuale aumenta, il tempo vola, si è più simpatici (se l'euforia è leggera) o decisamente insopportabili nel caso di mania forte..."*

*Testimonianza di una persona affetta da disturbo bipolare*

**Mania s.f. [...] (med.) stato mentale anormale, caratterizzato da un senso generale di euforia e grande eccitazione, allegria irrefrenabile e immotivata, ottimismo eccessivo... (voc. lingua italiana)**

**L'ipomania è una mania di tono smorzato, (il significato letterale, dal greco, di ipo-mania è sotto-mania), e il confine tra ipomania e mania è fissato laddove le conseguenze dell'elevazione del tono dell'umore sono (o no) altamente invalidanti e negative**

**L'ipomania e la mania sono rispettivamente insiem di sintomi e segni che definiscono un episodio di malattia nel corso di un disturbo bipolare.**

Nei momenti "alti", definiti maniacali, le persone sperimentano diverse combinazioni dei seguenti elementi: umore espanso o euforico (eccessiva felicità, gaiezza o espansività), umore irritabile (eccessiva rabbia o nervosismo), un diminuito bisogno di sonno, sentimenti di grandiosità o una eccessiva valutazione di sé stessi in senso positivo; aumentata loquacità, affollamento delle idee o sensazione che i pensieri scorrano in maniera fin troppo veloce; incremento dei livelli di energia e di attività. Frequenti e caratteristici sono anche i cambiamenti della capacità cognitiva (attenzione, memoria, percezione ecc..) come un aumento dell'attività associativa, un miglioramento delle capacità attentive e percettive; fin qui può addirittura sembrare una cosa interessante e utile, se non fosse che la persona che sta attraversando una fase di mania, mette spesso in atto comportamenti impulsivi e imprudenti che possono portare conseguenze negative sotto più aspetti.

Il punto chiave da tenere presente è che quello che per voi rappresenta un aumento di energia e di attività, che vi fa sentire bene e produttivi, per gli altri è l'evidente messa in atto di comportamenti non finalizzati, imprudenti, talvolta pericolosi e non raramente con delle caratteristiche deliranti (alterazione nella interpretazione della realtà).

L'intensità e la severità dei sintomi manifestati in questa particolare fase di umore elevato e durante la quale potreste sentirvi particolarmente irritabili (nervosi, arrabbiati), differenzia uno stato maniacale da uno stato cosiddetto ipo-maniacale: si dice che una persona attraversa uno stato ipomaniacale quando presenta dei sintomi che sono identici a quelli dell'episodio maniacale, da cui tuttavia si differenzia *per la durata* (l'alterazione dell'umore ha una durata ininterrotta di almeno quattro giorni), *per la gravità* (l'episodio non è abbastanza grave da provocare problemi seri tanto da richiedere l'ospedalizzazione), per una *sintomatologia complessivamente più attenuata* (non sono presenti tra gli altri, deliri e allucinazioni) e dunque per un impatto globalmente più mite sulle funzioni sociali e lavorative della persona (Goodwin & Jamison, 2007).

L'*ipomania* è dunque una condizione difficile da evidenziare, che ad un occhio non esperto potrebbe sembrare la semplice manifestazione di uno stato di particolare benessere, o l'espressione di un carattere al massimo un pò esuberante. Tuttavia rilevare la presenza di una fase ipomaniacale è importante in quanto rappresenta il fattore predittivo principale per la possibile comparsa di un episodio depressivo. A questo scopo risulterà molto utile la testimonianza di chi vi osserva tutti i giorni da fuori (genitori, amici, colleghi e quanti altri) sia per voi stessi che per il vostro curante che sarà ben lieto di fare la conoscenza dei vostri cari.

## **...e bassi**

### **Episodio depressivo**

*"...Io avrei tutto per essere felice e invece non lo sono.  
Forse perché non mi so' accontentare?..."*

*Testimonianza di una persona affetta da disturbo bipolare*

**Nel disturbo bipolare, i momenti di esaltazione e di eccitamento ipo-maniacale si avvicinano agli stati depressivi, episodi di malattia in cui si verifica un netto viraggio nel tono dell'umore.**

**L'alternanza di questi episodi è mutevole; ciascuno può durare un tempo variabile tra giorni o mesi.**

**Il cardine nella depressione del tono dell'umore è la presenza di tristezza, melanconia, tendenza al pianto, perdita di fiducia e speranza, sia in se stessi che negli altri o nelle situazioni.**

**Un altro sintomo di cui avrete molte volte sentito parlare è l'anédonia e, cioè, mancanza o perdita del piacere nel fare cose che altrimenti lo provocherebbero.**

Durante i periodi di depressione, il momento in cui il tono dell'umore tende pericolosamente verso il basso, è difficile focalizzarsi su qualsiasi cosa.

Potreste sperimentare il rallentamento di tutte le vostre funzioni mentali e fisiche; prendere decisioni, concentrarsi, potrebbero risultare attività molto difficili. Sono frequenti disturbi della memoria e la presen-

za di ruminazioni ovvero pensieri ripetitivi che invadono la mente, che includono sentimenti di vergogna, colpa, svalutazione e che possono perfino portarvi a fantasticare su come togliervi la vita.

Attenzione, la depressione è anche e soprattutto una malattia fisica, dove il vostro corpo, o meglio la vostra biologia viene alterata: sia il sistema neurochimico del cervello (vedi i sintomi sopra descritti), che quello chimico generale del corpo, non funzionano più, non rispondono agli stimoli, e si iniziano a perdere colpi. Iniziano i "dolori", quelli veri e propri del corpo, e quelli dell'animo; ci si sente deboli, svogliati, stanchi, la percezione fisica come quella mentale è alterata, si perde la capacità di provare piacere, si alterano varie funzioni fisiche come quella ormonale (endocrina), di difesa (immunitaria), e i ritmi biologici (circadiani) si sfalzano fino a invertirsi (si veglia la notte e si dorme il giorno). L'insonnia, nella depressione, è un tentativo della natura di auto-curarsi: è, infatti, comprovato che la prima settimana di insonnia elevi l'umore; dopo, però, l'effetto da curativo diventa nocivo e la depressione aumenta.

Si possono arbitrariamente attribuire delle cause esterne alla propria depressione, e probabilmente, queste, come vedremo, hanno un peso, ma, in realtà, un malato di depressione bipolare non capisce l'origine del suo disagio e si chiede perché altre persone che stanno oggettivamente peggio di lui (più povere, con un lavoro più faticoso oppure che sono appena uscite da un lutto atroce) non siano depresse, mentre lui, tutto sommato benestante, sia disperato! A questo proposito una considerazione sembra essere importante: la depressione non è solo tristezza, ma una alterazione dei meccanismi che sono alla base degli istinti di auto-conservazione: una persona non depressa, che vive una situazione disperata, non avrà alcun desiderio di togliersi la vita, perché il suo istinto di autoconservazione avrà la meglio su qualsiasi dramma stia vivendo (il lutto e la depressione sono due cose diverse!).

Una persona che vive in una condizione agiata, invece, se depressa, può provare il desiderio di togliersi la vita diventando anche preda di atroci sensi di colpa per non riuscire ad uscirne; inoltre, il comune atteggiamento delle persone care, che spesso biasimano il depresso perché non trova la forza interiore per superare i suoi problemi non giova: "scuotiti, riprenditi, reagisci!" è la classica esortazione. Ma non c'è verso. Il mondo è nero, il tempo è bloccato "...Ah dottore, se potessi lo farei..."

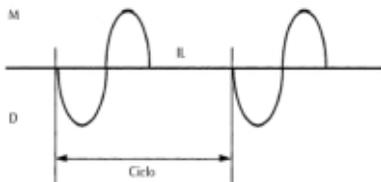
Una fase depressiva del disturbo bipolare è dunque frequentemente caratterizzata dal predominio dell'apatia sulla tristezza, dell'inibizione psicomotoria sull'ansia e dell'ipersonnia sull'insonnia.

Riportiamo di seguito un grafico che descrive visivamente l'andamento alto-basso del Disturbo Bipolare:



### **Andamento nel tempo di un disturbo bipolare**

Il grafico sotto rappresentato, invece, specifica il ciclo del DB: un ciclo è composto da un episodio depressivo, un episodio maniacale e un intervallo temporale libero da sintomi



**M:** Episodio Maniacale o Ipomaniacale

**D:** Episodio Depressivo

**IL:** Intervallo libero da sintomi

## **Il mio psichiatra ha parlato di uno stato misto... cosa avrà voluto dire?**

### **Stato Misto**

*"...la luce che arde col doppio di splendore  
brucia per metà tempo.  
E tu hai sempre bruciato la tua candela da due parti Roy..."*

*Eldon Tyrell nel film "Blade Runner"*

**Alcune persone, circa il 40%, non sperimentano periodi alternati di depressione o mania, ma vivono entrambe le condizioni contemporaneamente in ciò che viene definito stato misto**

Nello stato misto possono coesistere molteplici combinazioni di sintomi, e la più comune è conosciuta come "*mania depressiva*" nella quale si presentano contemporaneamente sia sintomi della fase maniaca come iperattività, agitazione psicomotoria, insonnia globale, accelerazione del pensiero e logorrea, sia sintomi della depressione quali pianto, instabilità emotiva e pensieri di colpa, che possono giungere allo stravolgimento della capacità di elaborare la realtà e produrre costruzioni deliranti completamente separate dalla stessa.

Alcune persone descrivono la mania mista come un sentimento "in cui ci si sente stanchi ma attivi": questa particolare presentazione è frequente ed è quella ove si combinano uno stato di irritabilità (*disforia*) e la perdita della capacità di provare piacere (*anedonia*).

In questa condizione, classicamente, capita che una persona si rivol-

ga al medico sentendosi molto nervosa (irritata) e contemporaneamente disperata:

*"...dottore, sono nervosa quando sto con i miei nipotini e non riesco più a godere della loro presenza... fino a poco tempo fa erano il centro del mio mondo..."*

*"...mi sento senza piacere e arrabbiato, infastidito da tutto e perciò litigo con mia moglie e sono nervoso..."*.

**Gli stati misti, a volte difficili da diagnosticare, richiedono particolare attenzione in quanto si associano ad un elevato rischio di suicidio: il 43% dei tentativi di suicidio avviene durante uno stato misto (Hantouche et al., 2003; Strakowski et al., 1996; Marneros et al., 2004) e l'aumento del rischio è ulteriormente associato a persone con elevata impulsività caratteriale.**

## **Dice il mio psichiatra...**

### **Il processo diagnostico**

**I criteri diagnostici sono universali ma per ogni persona che soffre di disturbo bipolare, ci sarà una particolare configurazione di sintomi che determina la propria singolare modalità di sperimentare gli episodi di alterazione dell'umore**

**Gli stati mentali descritti precedentemente si organizzano in quello che viene diagnosticato come "disturbo" dal vostro medico: il processo diagnostico porta quindi a descrivere la malattia nell'insieme e a distinguere le varie tipologie: disturbo bipolare tipo I, tipo II, ciclotimia, cicli rapidi**

**L'obiettivo che si intende raggiungere con una buona diagnosi, è quello di analizzare queste differenze individuali nella maniera più accurata possibile al fine di stabilire quale sia il migliore trattamento per ogni singolo individuo**

**Il processo diagnostico consta di diverse parti prima tra tutte il colloquio clinico condotto dallo psichiatra o dallo psicologo al quale vi siete rivolti**

**Il primo elemento del processo diagnostico siete voi con la vostra personale capacità di auto-diagnosi, nel momento in cui vi affiderete al professionista che vi curerà**

È possibile, dunque, che il vostro psichiatra abbia utilizzato dei termini che possono sembrare poco comprensibili, risuonare come una condanna o come un freddo inquadramento della vostra condizione di sofferenza.

Il "Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali" (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2002), è un libro utilizzato dall'intera comunità scientifica, nel quale sono riportati i criteri standard per riconoscere le varie sindromi cliniche tra cui il disturbo bipolare: essendo una malattia ben conosciuta e studiata, i criteri sono ormai certi e definiti.

La prima cosa che avviene ogni volta che ci si rivolge ad un dottore, è raccontare il perché si è chiesto aiuto, e la conversazione che ne scaturisce è il metodo privilegiato di analisi del processo diagnostico, ovvero il **metodo clinico basato sull'evidenza**: analizzando gli elementi da voi narrati, il medico cercherà di sapere quali e quanti sintomi avete manifestato, quando è successo, quanto tempo è durato l'episodio di malattia e quali conseguenze questo ha avuto sul vostro stato di salute e sul normale svolgimento delle vostre attività abituali.

In prima battuta il medico non indagherà il perché siete arrivati a questo, ma la prima cosa importante è come controllare i vostri sintomi, evitando un peggioramento.

Il perché è accaduto sarà un passo seguente del percorso di cura.

Per aiutare il dottore nella diagnosi, voi siete fondamentali, più siete in grado di dare informazioni dettagliate e analitiche rispetto al vostro stato d'animo e mentale, più il dottore avrà elementi da utilizzare.

Per facilitare il processo di conoscenza del problema potreste effettuare dei test:

oltre al colloquio clinico si possono utilizzare delle "Interviste Strutturate", test della personalità (MMPI-II) e/o psicometrici (WAIS-R) e anche fare una risonanza magnetica cerebrale, sia morfologica che funzionale, oltre ad analisi del sangue per escludere "cause" mediche.

Al termine del processo di diagnosi il dottore avrà una idea piuttosto definitiva della malattia della quale soffrite; se si trattasse effettivamente di disturbo bipolare sarà in grado di farvi un quadro delle possibilità di cura e degli scenari ai quali andrete incontro nel caso decidiate di seguire le prescrizioni mediche oppure no.

Ora potremmo immaginare che la vostra priorità è quella di capire cosa fare adesso che avete ricevuto questa diagnosi, ma non siete curiosi di capire ancora meglio cosa sia questo disturbo e come mai avete sviluppato i sintomi e perché proprio in questo momento della vostra vita?

## Da dove viene il mio disturbo?

### Eventi stressanti e vulnerabilità genetica

*"Nel mio principio è la mia fine.  
Volta per volta le case s'alzano e cadono, crollano,  
sono ingrandite, son demolite, distrutte, restaurate..."*

*T.S. Eliot*

**Ma esiste dunque il gene del Disturbo Bipolare? Non lo sappiamo, non è stato trovato nessun gene ad alto impatto che definisce il vostro disturbo ma potrebbe esistere una certa configurazione del DNA che determina una sorta di vulnerabilità genetica per cui è più probabile che voi e non un altro vi ammaliate di DB**

**Questa vulnerabilità può essere attivata da diversi tipi di "stressor": conflitti relazionali e psichici, alti problemi di natura medica, cambiamenti di vita sia positivi che negativi, trovando un terreno fertile, stimolano squilibri biochimici all'interno del vostro cervello. Lo stress rappresenta dunque un importante fattore di rischio sia nello sviluppo che nel decorso del DB**

Nonostante le spiegazioni, è possibile che siate perplessi e che vi facciate delle domande e non è strano che dubitate del vostro medico e della diagnosi in quanto "...nessuno vi conosce più di voi stessi...", perché "...siete sempre stati così..." o perché di fronte a questo o quel dato evento...

*"...lei dottore che cosa avrebbe fatto!? avrei voluto vedere la sua reazione..."*

Oppure è possibile che vi sentiate spacciati, in balia di qualcosa che va oltre il vostro controllo e dal quale scaturisce una sensazione di impotenza e rassegnazione:

*"ma come è potuto accadere?"*

A questo punto dovete fermarvi e ripensare alla vostra famiglia in termini di stato di salute dei vostri genitori, dei vostri fratelli o sorelle, dei vostri nonni o bisnonni.

A cosa serve questa esplorazione del vostro albero genealogico?

La risposta è semplice: se avete un DB è molto probabile che lo abbiate ereditato.

Sappiamo già dagli anni '60-'70, che i disturbi psichiatrici sono geneticamente ereditari e circolano nelle famiglie; circa la metà dei pazienti con DB tipo I (vedremo nel capitolo successivo la differenza tra DB tipo I e tipo II) hanno almeno un parente che ha un disturbo dell'umore, che nella maggior parte dei casi soffre o ha sofferto in passato di depressione maggiore.

Il rischio stimato per un disturbo affettivo tra i familiari di primo grado di un paziente con DB è del **20%** circa, vale a dire che se avete un genitore con un DB tipo I, ad esempio, c'è circa 1 possibilità su 4 che siate geneticamente predisposti per lo stesso tipo di disturbo.

Una "revisione" della letteratura esistente riguardo studi genetici, ha rintracciato una percentuale di concordanza sui gemelli monozigoti: i dati fanno ritenere che ci sia una forte componente genetica, dato che in gemelli monozigoti (identici) c'è più del 50% di evidenza (57%) che se uno dei due gemelli soffre di DB anche l'altro ne è affetto. Lo stesso lavoro eseguito per i gemelli dizigoti (non identici) ha mostrato una concordanza di circa il 14%: la percentuale nei gemelli non identici diminuisce di molto, ma resta comunque 1 possibilità su 7 che se un gemello è malato, si ammali dello stesso disturbo anche l'altro (Alda, 1997).

Da quanto detto è molto probabile che la genetica giochi un ruolo importante in chi soffre di disturbo bipolare, ma allo stesso tempo questa vulnerabilità non è una condanna, non ci dice né quando né perché voi cominciate a cambiare di umore.

Se torniamo al discorso dei gemelli, possiamo infatti notare che se il disturbo fosse completamente un problema di genetica, ci sarebbe una

concordanza del 100% tra i gemelli monozigoti, cosa che non si verifica nella realtà.

Questi dati permettono di ipotizzare la presenza di altri fattori che intervengono come concause nello sviluppo di un disturbo bipolare, variabili non genetiche, da considerare veri e propri fattori di rischio, che favoriscono l'insorgenza del disturbo e un decorso più infausto, esattamente come l'obesità rappresenta un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari!

Eventi stressanti di ogni genere, fattori psicologici, conflitti coniugali, tensioni lavorative, importanti cambiamenti di vita come la nascita di un figlio o la morte di una persona cara, l'uso *-ma non necessariamente l'abuso-* di droghe e alcool, una vita sregolata che non rispetta le esigenze fisiologiche del nostro corpo, come la compromissione del ciclo sonno-veglia, sono tutti fattori che insieme ad altri, possono *stimolare* la vostra vulnerabilità e accentuare gli squilibri nel cervello così da modificare significativamente il tono dell'umore e il comportamento.

È un dato certo che il DB sia correlato a specifiche modificazioni biochimiche cerebrali (che sarebbe troppo complesso evidenziare in questa sede) e alla loro interazione circolare con fattori di altra natura: anche se gli scienziati non hanno ancora ben compreso il perché questo accada, sapere quali tipi di stress saranno particolarmente stimolanti per voi, vi aiuterà a capire quando siete maggiormente esposti al rischio di ammalarvi ed attuare strategie per evitarli o ridurli.

## Capitolo Terzo

### Devo curarmi per forza?

#### Cosa complica la malattia e cosa aiuta la cura

*"...e prego di poter dimenticare queste cose che troppo discuto con me stesso e troppo spiego..."*

*T.S. Eliot*

#### COSA ACCADE SE NON CI SI CURA?

- 1. Peggioramento dei sintomi durante gli episodi di malattia**  
*oltre il **60%** dei pazienti con DB, decide autonomamente di non curarsi dopo il primo episodio andando incontro a ricadute*
- 2. Aumento del rischio di suicidio del 10-15%**  
*il tasso di suicidio si è rivelato pari a quello della popolazione generale non malata, per quelle persone con DB che assumono regolarmente Sali di litio (Baldessarini et al., 2006b)*
- 3. Problemi psicologici e/o sociali**  
*fallimento scolastico, abuso di droghe, problemi lavorativi e relazionali, e possibilità di problemi con la giustizia sono tutti possibili scenari*
- 4. Episodi di violenza**  
*il comportamento aggressivo è almeno tre volte superiore rispetto a quello della popolazione generale*

### **L'ASPETTATIVA DI GUARIGIONE MIGLIORA SE...**

- **...si effettua una diagnosi accurata e repentina**  
questo favorisce un intervento più efficace e conduce ad un esito più favorevole
- **...viene mantenuta l'aderenza al trattamento farmacologico**  
sia nella fase dei sintomi acuti e subacuti che nella fase di mantenimento (life-time)
- **...vengono limitati gli stress psico-fisici**  
è, infatti, preferibile adottare uno stile di vita sano

### **INOLTRE...**

- **il rapporto con il proprio medico-terapeuta va sempre trattato come una collaborazione (alleanza terapeutica)**  
cominciando da incontri frequenti e regolari secondo l'indicazione del proprio curante
- **la persona affetta da disturbo bipolare dovrebbe diventare il maggiore esperto del suo disturbo**  
Informarsi da qualsiasi fonte disponibile e imparare cosa fare in caso di episodi imminenti

## La progressione degli episodi nel disturbo bipolare

### Il decorso della malattia senza l'aiuto delle terapie

*"...io ce la posso fare da sola... non sono matta... è stato solo lo stress...  
sono stati gli altri che mi hanno portato a questo punto..."*

(commento di un paziente reticente all'assunzione preventiva di farmaci  
dopo tre cicli di malattia maniaco-depressiva)

**Studi condotti dall'università di Los Angeles hanno rilevato che una persona che abbia avuto un episodio maniacale o depressivo, ha il 60% di rischio di averne un secondo nei due anni successivi e il 73% di possibilità di averne altri nei tre/quattro anni successivi  
(Gitlin et al, 1995)**

**Analogamente altri studiosi del National Institute of Mental Health, hanno trovato che l'81-91% delle persone che sperimentavano un episodio maniacale o misto di tipo bipolare, soffrivano di nuovi episodi nei cinque anni successivi  
(Keller, 1993)**

Ora conosciamo che cos'è il disturbo bipolare. Sappiamo che i vostri sbalzi di umore possono essere riconducibili a questa malattia, caratterizzata da una forte predisposizione genetica, ma condizionata dagli eventi di vita, che possono interessare l'andamento del tono dell'umore e dunque influenzare la progressione del disturbo in generale: dall'anda-

mento dei cicli del tono dell'umore, è possibile individuare la progressione della malattia e giungere ad una prognosi più o meno positiva sia rispetto al vostro futuro che alla qualità della vostra vita.

Le spiegazioni del medico vi risulteranno più comprensibili se avete già sperimentato sia un episodio di eccitamento che uno depressivo; ma è possibile effettuare una diagnosi di DB in seguito ad un singolo episodio di malattia? La risposta che vi darebbe il medico è sì.

In questo caso è possibile che vi sentiate confusi e soprattutto che non siate d'accordo con il dottore; non è strano che la diagnosi vi sembri affrettata e che cerchiate delle spiegazioni alternative al vostro stato di malessere. Ovviamente una rondine non fa primavera così come un singolo sintomo non fa un disturbo, ma un episodio intero sì!

Spesso sia gli episodi di mania che di depressione, vengono attribuiti a eventi specifici assunti come unica causa del problema.

Abbiamo già spiegato che lo stress interessa sicuramente il decorso della malattia contribuendo ad un peggioramento qualora non venga limitato, o ad un miglioramento nel caso opposto.

Allo stesso modo, bisogna tenere presente la possibilità che il tono dell'umore possa variare anche in ragione di altre circostanze come squilibri ormonali, disturbi della personalità, altri disturbi biologici o psichiatrici e **l'assunzione di droghe o alcool.**

Una persona affetta da DB, ad esempio, ha inizialmente sostenuto l'inappropriatezza del suo ricovero dato il fatto che lo stato di agitazione che l'aveva condotto alla ospedalizzazione, fosse più che giustificato da un evento molto stressante per lui e per il quale era legittimo "...prendersela in quel modo...".

Vedremo di seguito gli effetti che questi fattori di stress hanno in un soggetto vulnerabile a squilibri biochimici.

Ora cerchiamo di comprendere quale può essere l'evoluzione naturale di un disturbo dell'umore di tipo bipolare e più avanti, vedremo come varia se si inizia una terapia appropriata: farmacologica, psicologica, psicoeducativa.

## **Cosa può accadere senza le terapie?**

### **Alterazione del corso ortodromico della vita**

**Cosa accade se la malattia prende il sopravvento?  
Sicuramente si sviluppa una alterazione globale del  
funzionamento dell'individuo con uno stravolgimento di  
quello che sarebbe il percorso naturale della propria vita;  
"l'ortodromia" è proprio questo:  
ortòs = puro, giusto;  
dromos = strada, percorso.**

Prima di tutto: esistono dei sottotipi di DB.

Abbiamo accennato nel capitolo I, che il DB non si manifesta in modo uguale in tutte le persone e che non si può parlare del DB come di una patologia statica.

Possiamo, però, affermare che esistono dei sottotipi di DB abbastanza comuni e scientificamente riconosciuti e definiti con propri criteri diagnostici.

Questa ulteriore classificazione che si trova nei libri scientifici, non vuole essere una etichetta che si attribuisce alle persone per definirle, bensì è utile al clinico per avere una prospettiva sull'evoluzione della malattia nel tempo. Raccogliere la storia (anamnesi) del disturbo permette di decidere la migliore strategia terapeutica in base a ciò che è atteso.

A questo punto è chiaro che più è accurata la descrizione della malattia, più la previsione del medico sarà specifica e il suo intervento mirato.

In poche parole, a seconda della maggiore o minore intensità e frequenza della mania e della depressione, il DB può essere suddiviso in *Disturbo Bipolare tipo I*, *Disturbo Bipolare tipo II* e *Ciclotimia*

Vediamone più da vicino le caratteristiche.

## Il disturbo bipolare tipo I

**La caratteristica essenziale che definisce il Disturbo Bipolare tipo I è la presenza di sintomi dell'episodio maniacale o misto per una durata di almeno una settimana**

**(il criterio temporale deve essere rispettato a meno che i sintomi non siano tali da creare una disfunzione grave nella vita della persona o da richiedere un ricovero immediato).**

**L'età in cui mediamente si verifica il primo episodio di malattia è 22 anni (Goodwin & Jamison, 2007), ed è dimostrato che nel 90% dei casi, chi ha avuto nella sua vita un episodio di tipo maniacale, ne avrà altri anche con intervalli temporali di 5 anni tra un episodio e l'altro.**

**Il Disturbo Bipolare tipo I ha un 3-5% di prevalenza nella popolazione mondiale (circa 250milioni di persone!) e la sua presenza aumenta il rischio di suicidio del 15% qualora non venga trattato**

Innanzitutto è importante sapere che il numero medio degli episodi con sintomi acuti è di quattro nel corso dei primi dieci anni di malattia, una frequenza piuttosto bassa dunque, che può rendere difficile vedere un collegamento tra un episodio e l'altro specialmente nel caso in cui i sintomi e le conseguenze dell'episodio non siano stati particolarmente negativi.

L'episodio iniziale di un DB tipo I consiste, generalmente, in uno stato di mania per gli uomini e di depressione per le donne e la modalità ti-

pica di presentazione è nel passaggio senza interruzione (senza intervallo libero) da un episodio all'altro.

Frequentemente gli episodi sono preceduti da segni premonitori, individuabili come campanelli di allarme per minimizzare i rischi di future ricadute.

***La necessità di una diagnosi accurata e repentina è fondamentale, così come un trattamento specifico, che dovrebbe non solo curare lo stato patologico presente al momento della valutazione da parte del dottore, ma anche avere carattere preventivo al fine di evitare una cronicizzazione della malattia.***

Il vostro medico inquadri i segni e i sintomi, vi spiegherà che nel caso si parta dall'episodio maniacale l'evoluzione sarà molto probabilmente in un quadro depressivo (e viceversa): ad un certo momento (variabile da una storia ad un'altra), vi ritroverete a sperimentare una serie di almeno 5 sintomi depressivi per un arco temporale di almeno 2 settimane (es. umore depresso per la maggior parte del giorno; diminuzione di interesse per molte cose; significativa perdita di peso o aumento; insonnia o ipersonnia; mancanza di energia; pensieri ricorrenti di morte, ecc.).

Quindi le persone affette da disturbo bipolare I, possono sperimentare gli episodi in diverse sequenze: alcuni hanno periodi di mania seguiti da depressione altri sperimentano, invece, episodi di depressione seguiti da mania.

Inoltre, non è raro che, ad un ciclo di malattia, segua un periodo nel quale l'umore torna ad essere del vostro normale temperamento, senza esagerazioni né verso l'alto né verso il basso. Il benessere tra un episodio e l'altro viene chiamato *eutimia*, ovvero un intervallo libero da sintomi di qualsiasi genere.

Episodio maniacale - intervallo libero - episodio depressivo



**Esempio grafico di un ciclo del DB tipo I**

## Il disturbo bipolare tipo II

**La caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare tipo II, invece, è una alternanza di episodi ipomaniacali e depressivi maggiori**

Nel caso dell'episodi di tipo ipomaniacale, non vi è una grave compromissione del funzionamento globale dell'individuo: metro di misura sono gli altri, che, turbati dal vostro comportamento imprevedibile e particolarmente agitato, possono chiedervi di stare più tranquilli.

Nella diagnosi di DB tipo II, la testimonianza di terzi risulta fondamentale anche per il clinico, in quanto la persona può non ricordarsi oppure non rendersi conto di aver passato una fase ipomaniacale.

Sebbene la diagnosi di DB tipo II sia meno severa, il problema da tenere presente è la reale possibilità di sviluppare episodi depressivi gravi, specialmente se non si interviene con la giusta terapia.

Episodio depressivo - episodio ipomaniacale



**Esempio grafico di un ciclo di DB tipo II**

### Ciclotimia del tono dell'umore

Dopo aver parlato del DB tipo I e II, ci sembra opportuno spendere due parole per un altro specifico andamento di questo disturbo: l'andamento *ciclotimico*.

Questa condizione, in genere relativamente rara, spesso è sovradagnosticata e a volte, associata al DB nelle sue diverse forme.

La ciclotimia è caratterizzata dalla presenza continua di cicli di malattia, ovvero episodi di ipomania e di depressione di entità generalmente non grave, che pur non soddisfacendo completamente i criteri diagnostici di una vera e propria condizione patologica, si differenziano dal normale temperamento un po' altalenante. Questi cicli possono comunque assumere una rilevanza clinica tale da avvertire la necessità di un aiuto specialistico.

### **Accelerazione e aggravamento degli episodi**

Persone che, invece, presentano quattro o più cicli annui di malattia, sono considerati affetti da *Disturbo Bipolare a cicli rapidi*.

La definizione di "ciclo rapido" non trova tutti gli autori sempre concordi e inizialmente, è stata coniata per i pazienti parzialmente resistenti alla terapia con Sali di litio; ma al di là di cosa possa determinare questa alternanza molto veloce, la buona notizia è che i "cicli rapidi" costituiscono sì un fenomeno grave, però piuttosto limitato nel tempo (Coryell, 1992), vale a dire che non rappresentano uno stadio cronico della malattia se opportunamente trattati.

Dunque è possibile anche avere una serie continua di alti e bassi e generalmente è più frequente nelle donne (Koukopoulos et al., 1980; Coryell et al., 1992).

I "cicli rapidi" possono anche essere indotti sia da malattie mediche di altra natura quali quelle tiroidee, sia da terapie mediche con cortisonici e interferone, sia da abuso di sostanze.

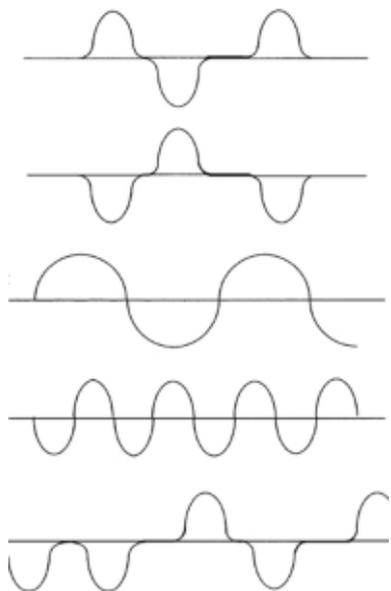
In generale, comunque, il rischio di un decorso a "cicli rapidi" si presenta, sia come una evoluzione naturale nei soggetti non trattati, sia come un aggravamento per sovrapposizione di più fattori (noxae) patogeni(e).

In ultimo, ma da non sottovalutare è l'utilizzo di antidepressivi che senza una adeguata "copertura" con agenti stabilizzanti l'umore, può indurre "cicli rapidi".



**Cicli rapidi**

## Rappresentazione grafica dei possibili decorsi del DB



**mania-depressione-intervallo**

**depressione-mania-intervallo**

**continuo-ciclotimia**

**cicli rapidi**

**cicli irregolari**

## Funzioni anormali della tiroide

Un fattore di rischio da tenere presente quando si parla di disturbi bipolari, è dato dall'anormale funzionamento della tiroide.

Le persone con disfunzioni tiroidee, infatti, possono avere un rischio maggiore di sviluppare un disturbo bipolare rispetto alle persone che non hanno di questi problemi aggiuntivi.

Questo potrebbe essere legato al fatto che l'ormone tiroideo ha un impatto significativo sul metabolismo cerebrale e sulla attivazione neuronale.

Ovviamente quanto detto non significa problemi tiroidei = disturbo bipolare, ma ha lo scopo di informarvi sull'importanza di monitorare i li-

velli della tiroide con regolarità e ciò spiega perché il dottore potrebbe prescrivervi una cura a base di ormoni tiroidei quando siete in fase depressiva o se soffrite di cicli rapidi (Bauer & Whybrow 1990).

Un funzionamento ridotto o superiore alla norma, infatti, può veicolare cambiamenti di energia e nel tono dell'umore, ma allo stesso tempo potreste beneficiare di un supplemento ormonale tiroideo anche se la vostra tiroide funziona normalmente.

Chiedete dunque al vostro dottore informazioni su quanto detto, specialmente se siete una donna, perché è statisticamente più probabile che siate soggette a disfunzioni della tiroide.

## **Degenerazione cerebrale e rischio di demenza**

Per decidere di curarvi, se non fosse sufficiente la quasi certezza di una ricaduta in seguito al primo episodio di malattia, vi basterebbe sapere che ogni nuovo episodio di malattia provoca danni al cervello?

È stato infatti dimostrato che pazienti affetti da DB vanno incontro a deterioramento cognitivo: cioè, il livello generale dell'intelligenza peggiora, il quoziente intellettivo è gradualmente più basso e funzioni specifiche come l'attenzione, innanzi tutto, la memoria a breve termine e la capacità di apprendere, subiscono un significativo impoverimento in chi, come voi, soffre di DB rispetto a chi non ha malattie psichiatriche; questo in parole semplici potrebbe essere dovuto (tra gli altri) dal fatto che durante gli episodi di DB, si blocca la produzione a livello cerebrale di quei fattori di crescita delle cellule nervose che permettono al cervello di rinnovarsi continuamente.

È tutt'ora in via di dimostrazione tramite tecniche di Risonanza Magnetica morfologica e funzionale e altre di Neuro Imaging, se tali alterazioni cerebrali corrispondano a quelle che avvengono nelle persone affette da schizofrenia e che portano alla "dementia precoc" ovvero la demenza cerebrale precoce.

## Quando si rischia grosso!

### Evitare condotte suicidarie

*"Stare - solo con l'aiuto di un altro;  
Stare solo - con l'aiuto di un altro."*

*S. Kierkegaard*

*Tra le condotte che possono minacciare la vita di una persona affetta da DB, quella sicuramente più pericolosa è tentare di togliersi la vita... suicidarvi o pensare ad un modo per farlo impone di chiedere immediatamente aiuto*

***In preda a questi sentimenti  
è importante che non restiate mai da soli!!***

#### COSA FARE?

- **Chiamate il 118 o**
  - **Andate al pronto soccorso dell'ospedale più vicino a voi**
  - **Chiamate il vostro medico curante**
- oppure**
- **Chiedete ad un vostro familiare o ad un amico di portarvi al pronto soccorso o di contattare il medico al posto vostro**

Il rischio di suicidio sembra essere più elevato all'inizio della malattia perciò riconoscere il disturbo e sapere come gestirlo al meglio, riduce il rischio di morte. Lo stato più pericoloso per una ideazione di tipo suicidario, è lo stato misto, quando cioè la persona è estremamente irritabile e nervosa ma allo stesso tempo non prova più piacere nel fare le cose; questo stato mentale, associato ad una elevata impulsività può rivelarsi fatale.

I fattori che possono "motivare" una persona a compiere questo atto estremo senza ritorno possono essere di diversa natura tra cui problemi familiari, circostanze di vita stressanti e qualsiasi cosa si creda di non poter fronteggiare.

### **Segni e sintomi che possono accompagnare l'ideazione suicidaria includono:**

- Parlare di sentimenti suicidari o di voler morire
- Sentirsi senza speranza, sentire che le cose non cambieranno mai e che non andranno mai più bene
- Sentirsi indifeso e vulnerabile
- Sentire di essere un peso per la propria famiglia e per gli amici
- Abusare di alcool o droghe
- Sentire il bisogno di sistemare le cose, compresi gli affari pratici come se si stesse per morire
- Scrivere lettere con propositi suicidi e pensare a modalità concrete di agirlo
- Farsi del male o mettere a repentaglio la propria vita con condotte pericolose

Cercate sempre di condividere con le persone che vi sono vicine il vostro stato mentale ed emotivo, questo aiuterà loro ad aiutare voi.

**Chiedere aiuto non è un segno di debolezza**, una resa o una dichiarazione di dipendenza dagli altri, ma un atto di intelligenza e di responsabilità; essere libero non significa liberarsi di tutte le persone che ci circondano ma essere in grado di decidere quando è più opportuno chiedere una mano piuttosto che affondare.

## Capitolo quarto

### Che ruolo ha giocato lo stress nella vostra personale storia di malattia?

#### Stili di vita e DB

**Lo stress interessa il decorso della malattia bipolare e può incrementare la possibilità di sviluppare un episodio maniacale o depressivo nei soggetti con un'elevata vulnerabilità biologica**

**Lo stress è un importante fattore prognostico: consente, cioè, di fare delle previsioni in positivo o in negativo, circa il futuro della vostra malattia**

**Studiare quali fattori risultano avere un forte impatto emotivo per voi, aiuterà lo psichiatra o lo psicoterapeuta a programmare un intervento calibrato sulle vostre specifiche esigenze e storie di vita**

Quali sono gli stress ai quali siete particolarmente sensibili e che hanno avuto un ruolo importante nella vostra storia clinica?

Gli stress sono dei *fattori di rischio* ovvero molteplici e diversi eventi che possono influenzare l'andamento del disturbo.

In quanto fattori contingenti, queste situazioni o singoli stress, possono essere controllati al fine di ridurne l'impatto emotivo sulla vita dell'individuo.

Conoscere quali situazioni sono particolarmente stressanti per voi, sarà sicuramente utile per mettere in atto delle strategie tese ad evitare ricadute veicolate dall'esposizione a tali stimoli nocivi.

Innanzitutto bisogna affermare che esistono delle condotte che aumentano sicuramente il rischio di un episodio di mania o di depressione: l'uso di droghe, di alcool, e la regolarità (o meglio la dis-regolazione) del ciclo sonno-veglia sono tra i fattori che hanno un maggiore peso.

Ci sono, inoltre, episodi di vita che sfuggono al nostro controllo che comportano un investimento emotivo tale da far vacillare un sistema già di per sé vulnerabile: quando parliamo di eventi potenzialmente stressanti, non parliamo solo di eventi drammatici, ma di *eventi critici*, nel senso di accadimenti nella vita di una persona che portano un investimento affettivo più massiccio del normale; questi, ad esempio, possono andare dalla bocciatura ad un esame, alla nascita di un figlio.

Eventi positivi o negativi dunque, evitabili o non evitabili ma che stimolano un forte carico emotivo e producono molto stress.

Cercare di individuare quali sono stati i "vostri eventi stressanti", può essere di grande aiuto sia al clinico, che avrà un quadro più chiaro della situazione, sia a voi che potrete evitare o cercare di controllare (per quanto possibile!) quei fattori ai quali siete stati particolarmente reattivi.

Proviamo ora ad identificare momenti di stress ai quali avete risposto con una particolare reattività: possono essere eventi che vi hanno tenuto svegli e vivaci per diversi giorni o che hanno contribuito a peggiorare il vostro umore; momenti semplici o molto complessi che hanno messo a dura prova il vostro sistema nervoso (*a questo scopo vi sarà utile la scheda che troverete in appendice*).

Nel tentativo di scoprire il ruolo che lo stress ha avuto nella vostra storia, lo psichiatra vi chiederà se dormite, come dormite, a che ora siete soliti andare a letto e svegliarvi; non è una invasione alla privacy, ma un modo per cercare di sapere se siete più inclini ad un generale stile di vita che possiamo definire equilibrato o, al contrario, ad una instabilità che secondo alcuni studiosi, altro non è che il problema centrale del disturbo bipolare (Ehlers et al. 1988, Ehlers et al. 1993).

Il ciclo sonno-veglia, è parte integrante di questo sistema, e scandisce i tempi del vostro stile di vita: **più i ritmi "circadiani" sono stabili, più lo saranno anche i ritmi biologici e sociali.**

Non a caso uno dei primi interventi che il vostro psichiatra cercherà di fare, prima di ogni cura, sarà quello di regolarizzare il vostro "sonno", assicurandosi che dormiate bene, con la giusta quantità di ore.

## Che cosa accade se si assumono droghe?

### DB e uso di sostanze (alcool e droghe)

*"...oh gioie profonde del vino, chi non vi ha conosciute? Chiunque abbia avuto un rimorso da placare, un ricordo da evocare, un dolore da anne-gare, o abbia fatto castelli in aria, tutti hanno finito per invocarti, o dio misterioso celato nelle fibre della vite. Quanto sono grandiosi gli spettacoli del vino, illuminati dal sole interiore! Quanto vera e ardente quella se-conda giovinezza che l'uomo attinge da lui! Ma quanto temibili anche so-no le sue folgoranti voluttà e i suoi snervanti incantesimi..."*

*Charles Baudelaire; "Il poema dell'hashish"*

Nel suo poema, Charles Baudelaire, descrive i potenti effetti a livel-lo cerebrale dell'alcool, effetti capaci di modificare sia la percezione che la elaborazione dei pensieri nonché lo stato dell'umore provocando, in caso di depressione sollievo e nel caso della mania, relativa "tranquilliz-zazione".

Di fatto, se l'alcool non fosse, come tutte le altre droghe, assoluta-mente nocivo e tossico a livello sia del corpo che del cervello, sicura-mente potrebbe essere annoverato come uno degli psicofarmaci migliori. Da qui le diverse teorie che motivano l'utilizzo delle sostanze di abuso co-me tentativo involontario di automedicazione. Vale a dire che le persone affette da DB possono presentare fenomeni di tossicofilia, e ricercare le sostanze per specifiche esigenze ed effetti, tipo mantenere lo stato di eu-foria e/o ridurre le manifestazioni depressive (Sonne et al., 1999).

Di seguito illustreremo l'impatto **sempre** negativo di tali sostanze sul DB.

## IMPATTO DELL'USO DI DROGHE SUL DISTURBO BIPOLARE

### Esordio

- più precoce e rapido

### Decorso

- maggior numero di ricadute e di ricoveri
- intervalli liberi più brevi
- episodi più frequenti e "cicli rapidi"
- maggior rischio di Stati Misti
- minore controllo degli Impulsi
- sintomi residui e tendenza alla cronicizzazione del disturbo

### Trattamento

- minore risposta ai Sali di litio
- scarsa compliance

Quello che ci interessa sottolineare è come l'uso e l'abuso di sostanze possa modificare il decorso del DB peggiorando la sintomatologia e la risposta al trattamento (sulla aderenza/collaboratività) e, dunque, la prognosi della malattia.

Il problema della presenza simultanea di una patologia psichiatrica e l'abuso di sostanze è una questione aperta e sempre presente nel dibattito.

tito scientifico, e il DB è quello che presenta la più alta prevalenza di comorbidità (30-60%), tra cui l'abuso di alcool stimato tra il 21% e il 58% (solo il disturbo antisociale di personalità presenta valori maggiori di comorbidità!).

*In generale possiamo affermare che non è sempre chiaro quale dei due disturbi sia insorto prima: i cambiamenti nel tono dell'umore, infatti, possono portarvi ad usare e abusare di droghe o sostanze, ma droghe o sostanze, possono peggiorare i vostri cambiamenti di umore.*

Tutti i disturbi dell'umore possono essere addirittura indotti direttamente dall'uso di sostanze, per poi proseguire nel decorso patologico.

Così il vostro dottore potrebbe porvi delle domande del tipo: "...normalmente, vi sentite depressi e bevete? vi capita di bere e poi di sentirvi depressi? utilizzate cocaina e dopo diventate maniacali o il contrario?..."

**Un'altra domanda che noi spesso poniamo ai nostri pazienti e che è frequentemente dirimente è la seguente: "secondo lei l'eccitamento che prova con la cocaina, è uguale a quello naturale?" I pazienti con DB rispondono: "...assolutamente no dottore, quello naturale è di gran lunga il migliore, l'altro è artificiale, finto...".**

Ricordiamo, inoltre, che il DB tipo I è più fortemente correlato alla dipendenza da alcool o droghe di qualsiasi altro disturbo dell'umore (o d'ansia).

Inoltre, anche nel modello della "instabilità dinamica" di Janzarik, si ipotizza che l'uso di sostanze potrebbe destabilizzare un quadro affettivo maniacale o depressivo determinando una fase mista.

Senza dilungarci ulteriormente e senza entrare nello specifico di ogni sostanza di abuso, desideriamo sottolineare con assoluta certezza che il contemporaneo utilizzo di alcool, cannabinoidi, cocaina, eccitanti vari, e qualsivoglia sostanza capace di stimolare il sistema cerebrale sicuramente peggiora il decorso di un DB o addirittura ne stimola l'insorgenza.

In ultimo segnaliamo il rischio di utilizzo inappropriato di prodotti medici per fini alternativi, ad esempio gli amfetamino-simili per il dimagrimento e gli ormoni androgeni per il fitness e il body building. Queste sostanze, come le droghe più comuni, possono scatenare ricadute o sindromi di tipo bipolare.

## La "Comorbidità"?

### Una regola, non una eccezione

**Il termine comorbidità si riferisce alla possibilità che una stessa persona soffra contemporaneamente di due o più disturbi di natura psichiatrica.**

Abbiamo parlato di eventi emotivamente carichi che possono modificare il corso e decorso della malattia e della possibilità che altri fattori influenzino l'andamento del tono dell'umore.

*"...e se non fosse un disturbo bipolare? ...e se fosse una malattia diversa?..."*

*"...esiste la possibilità di avere più disturbi di natura psichiatrica contemporaneamente?..."*

*"...e come si influenzano l'un l'altro i diversi disturbi?..."*

Abbiamo già parlato della comorbidità del DB con un disturbo da abuso di sostanze ma oltre a questo, esattamente come esiste la possibilità che una persona sia affetta da due malattie di diversa natura, ci sono delle evidenze scientifiche che il **56-60%** delle persone con un disturbo psichiatrico, soffrano anche di due o più disturbi (Kessler et al. 1994; Robins et al. 1991).

Non potendo trattare il problema nello specifico, rimandiamo alla discussione con il vostro curante circa la possibilità di questa condizione, definita comorbidità o comorbilità che dir si voglia!

Intanto riportiamo di seguito i disturbi psichiatrici che più spesso sono associati con il Disturbo Bipolare, così da farvi una idea.

---

### **Disturbi psichiatrici spesso compresenti con il DB**

---

Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD)

Disturbo di personalità borderline più frequentemente  
(o altri disturbi di personalità)

Disturbo ciclotimico

Disturbo dell'umore indotto da sostanze (alcol e droghe)

Disturbi d'ansia

Disturbo schizoaffettivo (particolare forma di patologia con compresenza  
di sintomi sia dello spettro schizofrenico che bipolare)

---

Non preoccupatevi di fare domande e soprattutto confidate nell'abilità diagnostica e clinica del vostro psichiatra che non esiterà a spiegarvi le differenze tra un disturbo e l'altro qualora siate interessati a conoscerle.

## **Parola d'ordine: collaborare**

### **L'importanza dell'alleanza terapeutica**

*"...Hello, is there anybody in there...  
Hey, c'è qualcuno là dentro? Fai un segno se mi puoi sentire.  
C'è qualcuno in casa? Dai, vieni. So che ti senti un po' giù.  
Posso alleviare il tuo dolore e metterti di nuovo in piedi, rilassati.  
Prima ho bisogno di alcune informazioni, solo i fatti essenziali:  
puoi mostrarmi dove ti fa male?..."*

*Pink Floyd; The Wall, Comfortably numb*

Abbiamo inserito per ultimo questo argomento, ma è già stata più volte sottolineata l'importanza di stipulare un contratto terapeutico, con il medico, chiaro e ben definito fin dal primo momento, in maniera tale da creare una forte e valida alleanza terapeutica.

Lo psichiatra è sicuramente la persona più indicata per fugare ogni dubbio che vi viene in mente, ma è certo che voi dovete affidarvi e fidarvi della sua esperienza clinica.

Inoltre, è importante chiarire che sulla vostra strada potreste incontrare varie figure professionali a voi utili: il vostro medico-psichiatra, che ha il compito di diagnosticare e prescrivere il trattamento più adatto, lo psicologo (specializzato o non, in psicoterapia), gli infermieri professionali e gli assistenti sociali e sottolineiamo che, un buon rapporto di fiducia con tutti gli operatori coinvolti nel vostro trattamento, garantisce la buona riuscita della terapia.

A volte molti pazienti si rivolgono inizialmente ai neurologi: può capitare che vi siano colleghi che hanno effettuato la loro specializzazione quando la scuola era ancora unica (neuropsichiatria) e quindi sono sia psichiatri che neurologi, ma da quando vi è stata una netta separazione tra neurologia e psichiatria, la competenza specifica per quello che riguarda il vostro profilo medico è dello psichiatra.

Dubbi, perplessità e domande sono leciti e utili da ambedue le parti, con l'unico fine di aiutarvi e di sostenervi durante il vostro percorso di cura.

Fidarvi e affidarvi al vostro dottore e seguire le indicazioni che vi fornirà è fondamentale affinché il programma di trattamento sia efficace.

Non stiamo dalla parte del curante, se è questo che state pensando, ma abbiamo evidenze che provengono dalle ricerche di tutto il mondo, che identificano nella scarsa compliance al trattamento (ovvero nella scarsa alleanza terapeutica e aderenza a quello che vi consiglia il dottore) tra i fattori responsabili della più alta percentuale di ricadute!

Nello specifico le variabili più indicative di aumento di ricadute sono:

- Scarsa aderenza (*compliance*) alla terapia farmacologica
- Non rispettare gli appuntamenti per il controllo contrattati con il dottore
- Relazioni familiari povere e mancanza di supporto sociale
- Abuso di alcool e sostanze riduce l'effetto dei farmaci e si associa a scarsa collaborazione alla terapia

Perché è, dunque, così importante affidarsi al proprio curante e raccontare tutto quanto vi è richiesto?

Vi ricordiamo quanto già discusso in precedenza e, cioè, che la psichiatria e la psicologia clinica sono tra le ultime discipline, volte alla comprensione e alla cura delle patologie, che basano il proprio metodo sulla clinica ovvero sulla rilevazione e misura dei segni e sintomi presentati dalle persone, ove le tecniche diagnostiche sono ancora scarse e solo parzialmente specifiche rispetto ad altre branche della medicina. Di fatto test psicometrici e proiettivi, analisi cliniche, tecniche radiodiagnostiche, forniscono solo frammenti utili all'inquadramento diagnostico finale.

**Quindi solo ciò che racconterete al vostro medico potrà aiutarlo ad aiutarvi: non fornire notizie, omettere particolari potrebbe poi rivelarsi confondente e risolversi in un danno per voi stessi.**

*"...sa dottore, non le avevo detto prima che mamma soffriva di esaurimento nervoso perché avevo paura di essere come lei... sa, alla fine si è suicidata..."*

## PARTE SECONDA

### La Cura del Disturbo Bipolare

#### Il ruolo dei farmaci, della psicoterapia e il vostro personale contributo

*"Vi sono quattro ostacoli principali nella comprensione della verità... e cioè,  
la sottomissione ad un'autorità erronea ed immeritevole,  
l'influenza della tradizione,  
il preconconcetto popolare,  
e la dissimulazione dell'ignoranza con l'ostentazione della conoscenza".*

*Roger Bacon; Opus Majus*

**Medicine, Psicoterapia e Psicoeducazione  
questa è la carta vincente nella cura del DB, il trattamento  
sicuramente più efficace che garantisce i migliori risultati.**

La terapia del DB dovrebbe occuparsi di trattare le varie fasi e cioè quella acuta, la subacuta e di ridurre il rischio di ricadute/recidive nel corso del tempo (mantenimento).

Ricordiamo che, studi condotti dall'università di Los Angeles (CA) hanno rivelato che una persona che abbia avuto un episodio maniacale o depressivo, ha il **60%** di rischio di averne un altro nei due anni successivi e il **73%** di possibilità di averne uno ulteriore nei tre/quattro anni successivi (Gitlin et al, 1995).

Analogamente altri studiosi del Mental Health Institute (USA), hanno trovato che l'**81-91%** delle persone affette da episodio maniacale o misto di tipo bipolare, soffrivano di nuovi episodi nei 5 anni successivi (Keller, 1993).

Erroneamente si ritiene che un metodo di cura possa valere l'altro, e cioè che la terapia farmacologica possa essere sostituita dalla psicoterapia e viceversa: allo stato attuale non esistono dati che mostrano la possibilità di ottenere una buona cura attraverso la sostituzione di un trattamento con l'altro e soprattutto della terapia farmacologica con una psicoterapia, almeno nella fase acuta della malattia.

Dunque, chiunque soffra di disturbo bipolare, si accorge che i farmaci rendono le ricadute meno frequenti (ad esempio solo il 34% di ricadute per chi usa litio, contro l'81% per chi non lo assume (Goodwin & Jamison, 2007), e riducono la possibilità che una persona commetta atti suicidari (sempre con l'assunzione di litio).

Per quanto riguarda la psicoterapia e la psicoeducazione, alcune ricerche sulla depressione e sul DB, hanno dimostrato che ad una maggiore conoscenza della malattia, corrisponde una maggiore aderenza al trattamento, una maggiore fiducia nel proprio medico e nella guarigione stessa.

Nei prossimi capitoli cercheremo di farvi capire l'importanza di intraprendere un costante percorso di cure in questo senso, per ora occupiamoci delle medicine.

## Capitolo quinto

### Le Medicine

#### Le terapie farmacologiche per ristabilire l'ortodromia del tono dell'umore

(ortòs = giusto, puro; dromos = strada)

*"Sebbene sia facile sapere cosa siano il miele, il vino, l'elleboro, il cauterio e la chirurgia, il sapere come ed a chi e quando applicarli in maniera tale da essere curativi, è nulla di meno che essere medico"*

*Aristotele; "Etica Nicomachea"*

**Lo psichiatra è lo specialista competente a prescrivere i farmaci per il trattamento del DB.**

**I medicinali che funzionano e che sono in grado di controllare l'umore stabilizzando gli alti e bassi, sono chiamati Stabilizzatori del tono dell'umore**

**Il disturbo bipolare è un disturbo cronico, ma trattabile farmacologicamente come il diabete e l'ipertensione. Quando il regime terapeutico non è rispettato, questa malattia può però essere dannosa per la vita fino a condurre a morte**

**Le medicine a volte possono causare degli effetti collaterali indesiderati: potreste sentirvi stanchi, rallentati, avere la vista offuscata, oppure avvertire nausea e altro.**

**Parlatene sempre allo psichiatra**

È un dato certo che il DB, tra le malattie psichiatriche, è quella con una base organica più chiara, perciò non dovrebbe risultare strano capire l'impatto che un farmaco può avere nella cura della malattia dell'umore, così come un antistaminico ha nel trattamento delle allergie!

Eppure per una molteplicità di ragioni, le persone faticano ad accettare e, soprattutto, a mantenere una terapia farmacologica stabile. Alcuni lamentano effetti collaterali intollerabili, altri si rifiutano di prendere gli "psicofarmaci" perché sono convinti che questo sia una dimostrazione del loro essere "matti"; altri ancora credono che una volta attenuati o svaniti i sintomi che hanno portato alla visita specialistica (la fase acuta dell'episodio), sia superfluo continuare ad assumere medicine, e così scorrendo.

Ognuna di queste motivazioni è importante e andrà considerata e discussa con il vostro medico, ma ora è importante cercare di comprendere perché lo psichiatra è così determinato a farvi prendere queste medicine e si preoccupa che le assumiate in maniera regolare e tenendo conto di certi accorgimenti.

A proposito di questo, riteniamo fondamentale dare informazioni chiare sui farmaci illustrando l'impiego clinico che se ne fa e i risultati che osserviamo ogni giorno, supportati dalle informazioni più recenti che provengono dalle ricerche in ambito scientifico.

Nell'ambito delle tre possibili fasi del disturbo (fase acuta, fase sub-acuta e mantenimento) e a seconda del tipo di episodio che siamo costretti a fronteggiare - ipomaniacale, maniacale, depressivo o misto - il medico effettuerà la scelta più appropriata, con l'obiettivo di ottenere l'*eutimia* ovvero il ritorno ad uno stato di equilibrio e, dunque, di benessere.

## Quale terapia farmacologica per il mio disturbo?

### Terapia della fase acuta, subacuta e mantenimento

*"C'è una divinità che da fama infinita ai nostri scopi,  
sbozziamoli pure quanto ci pare."*

*Shakespeare (Hamlet, V, 2)*

Che ci si debba curare nella fase acuta e subacuta della malattia sembra che nessuno abbia dubbi:

quando si sta male si va dal medico o qualcuno si preoccupa di portarvi da lui...

...ma nel periodo che intercorre tra un episodio di malattia ed un altro?

**In questa patologia, proprio per il suo carattere ciclico, stare bene non significa affatto poter smettere la terapia**

(almeno questo è quello che il vostro medico vi scongiurerà caldamente di fare!)

**Ogni volta che si prende una medicina, potrebbero essere necessarie alcune settimane per avere i primi risultati.**

**Cercate sempre di spiegare al vostro medico psichiatra come vi sentite, se state migliorando oppure no.**

**Infine fate sempre presente al medico ogni effetto che trovate insolito quando prendete una medicina nuova.**

**Il dottore saprà cosa fare.**

**Qualora i farmaci non siano sufficienti a farvi stare meglio, il medico potrebbe anche suggerirvi un periodo di ricovero in ospedale e/o in clinica, per contenere la crisi e gestire più da vicino la situazione con l'aiuto dei colleghi del reparto. Il ricovero ha un ruolo anzitutto contenitivo, ma garantisce anche una attenzione al paziente e alle prime cure somministrate che non sarebbe possibile effettuare a casa**

Se avete letto attentamente i capitoli precedenti avrete di certo compreso cosa significa alternanza patologica del tono dell'umore, che si manifesta come un periodico andamento altalenante che oscilla tra stati di maniacalità e di depressione... e allora, quale farmaco potrebbe essere più utile di qualcosa che rende stabile l'umore?

Infatti sono proprio questi i medicinali più indicati nella terapia del DB (tenendo ovviamente conto della variabilità dello stesso, della necessità del singolo individuo e della fase della malattia).

Le medicine conosciute come *stabilizzatori dell'umore* sono quelle più comunemente usate per aiutare a controllare gli sbalzi dell'umore che il disturbo comporta e vengono utilizzate anche per lunghi periodi di tempo e considerate tra le più efficaci.

Adottati per periodi brevi questi farmaci sono specifici per trattare gli episodi acuti di mania, di depressione o misti e scelti a seconda del tipo di episodio e della gravità dei sintomi; in aggiunta agli stabilizzatori del tono dell'umore il medico potrebbe decidere di utilizzare in questa fase altre medicine specifiche come gli antipsicotici e/o neurolettici, antidepressivi e benzodiazepine.

Dalla terapia della fase acuta/subacuta si passa a quella della fase di mantenimento.

In genere molto difficile da gestire e da accettare, questo è il periodo in cui non ci sono evidenti sintomi né maniacali, né depressivi, motivo per cui potreste decidere di smettere i farmaci perché "state bene".

**"Ora sto bene, perché devo ancora prendere le medicine?"**

*Innanzitutto la ciclicità del disturbo e la conoscenza dell'andamento del vostro specifico caso permette al medico di prevedere con una buona approssimazione quando è possibile che si verifichi un nuovo episodio;*

*secondo, nel caso di disturbo grave le attuali cure non guariscono la malattia "tout court" ma evitano le ricadute;*

*terzo, non è opportuno smettere i farmaci autonomamente o improvvisamente, in quanto si potrebbe incorrere in effetti di "rimbalzo dell'interruzione dei farmaci" che possono essere molto pericolosi per la salute.*

Qualsiasi scelta farmacologica faccia il vostro psichiatra è comunque opportuno che voi ne discutiate con lui: ogni trattamento, infatti, e ogni medicina prescritta dal medico andrà ponderata sul vostro specifico caso per quanto riguarda sia l'adeguatezza e l'efficacia della molecola, sia la quantità, in base, anche, alle vostre caratteristiche fisiche.

Potrebbero essere necessarie alcune settimane per avere i primi risultati.

Cercate di spiegare bene al vostro medico psichiatra come vi sentite, e se non state migliorando comunicatelo al dottore, così che lui possa decidere cosa fare ulteriormente.

Nella maggior parte dei casi, il disturbo può essere controllato al meglio se il trattamento è continuo e non, interrotto e poi ripreso; comunque a volte, anche se non ci sono delle interruzioni nella cura, l'umore può di nuovo variare e ciò non vi deve abbattere:

**un peggioramento non è indice necessariamente di ricaduta, bensì può essere solo un passaggio verso un ulteriore miglioramento; quindi, non vi scoraggiate subito!**

Prima di iniziare qualsiasi trattamento è importante sapere che esistono degli effetti collaterali dati dall'utilizzo di alcune medicine ma non volendo tediarvi troppo e non potendo trattare tale argomento in questa sede, rimandiamo al vostro curante ogni spiegazione di tipo farmacologico più tecnico.

## Che cos'è uno stabilizzante dell'umore?

Gli stabilizzatori dell'umore sono solitamente utilizzati nella terapia della fase acuta del disturbo e continuati durante le fasi di mantenimento.

Il più famoso e antico stabilizzante dell'umore, è il **(Sale di) litio**.

Pur essendo uno dei farmaci con meno potenziale terapeutico (dose efficace/dose tossica), il Litio, è sicuramente il farmaco più studiato e conosciuto e quello con l'efficacia maggiore nella cura degli stati ipomaniacali e maniacali e nella prevenzione del rischio di ricadute nei pazienti che hanno un andamento del disturbo del tipo mania-depressione.

## Antiepilettici

Prevalentemente utilizzati in neurologia per la cura dell'epilessia, hanno mostrato un effetto sul trattamento del disturbo bipolare.

Più precisamente nella cura delle fasi acute e subacuta della mania e degli stati misti con risultati anche migliori del litio nel controllo dei sintomi della mania disforica e equivalentemente al litio nella mania euforica, come nel caso del **Valproato di sodio**.

Di fatto, grazie all'utilizzo clinico, questi farmaci sono stati decretati adeguati e utilizzabili nel BD dalla comunità scientifica.

Attenzione, perché l'efficacia nella prevenzione delle ricadute non è stata completamente dimostrata soprattutto rispetto ai Sali di litio.

## Antidepressivi

L'uso degli antidepressivi, andrebbe strettamente limitato nella depressione bipolare: la conseguenza dell'utilizzo di questi farmaci potrebbe essere l'induzione di episodi ipo-maniacali e/o cicli rapidi e/o stati misti.

Le molecole possono dunque essere discusse in termini di basso o elevato rischio di induzione di "switch" (viraggio) dell'umore.

## Benzodiazepine

Esistono molti tipi di benzodiazepine che vengono differenziate e utilizzate a seconda della durata dell'effetto farmacologico che producono sugli individui che le assumono.

Sono principalmente utilizzate come ansiolitici e/o ipnoinducenti.

Sedazione (quando eccessiva) e il rischio di assuefazione, dipendenza e abuso, sono tra gli effetti collaterali più temuti tanto che se ne consiglia l'uso per periodi continuativi molto limitati nel tempo e sempre sotto stretto controllo medico.

## Antipsicotici Atipici/Neurolettici

L'uso degli antipsicotici atipici ha oggi assunto un ruolo rilevante nella pratica clinica. Grazie ad un profilo farmacocinetico e farmacodinamico favorevole, appaiono preferibili ai neurolettici. Tali molecole sono: Olanzapina, Quetiapina, Risperidone.

Esistono anche altre molecole tra gli antipsicotici atipici per le quali non è stata data una precisa prescrizione/indicazione nel trattamento del DB in Italia, ma che hanno manifestato risultati positivi nel trattamento del DB (Clozapina, Aripiprazolo, Amisulpride)

## Neurolettici

Attualmente l'utilizzo di molecole come l'aloiperidolo e la clorpromazina, è meno frequente in quanto mostrano degli effetti collaterali particolarmente spiacevoli sul sistema nervoso centrale: induzione di forme di parkinsonismo iatrogeno (vale a dire indotto proprio dalla medicina) con manifestazione di acatisia, tremori, disturbi dell'equilibrio, discinesie tardive (ovvero movimenti involontari) e distonia acuta (irrigidimento di alcuni muscoli tra cui quelli del collo)

## **Oltre i farmaci... ma non senza!**

### **La terapia della luce (fototerapia)**

Avete mai notato se e come cambia il vostro umore con il mutare delle stagioni?

Di fatto, molte persone riferiscono *viraggi dell'umore* al cambio di stagione.

Alcuni risentono della primavera, altri si lamentano dell'arrivo dell'inverno ecc.; il disturbo bipolare può, infatti, avere un andamento stagionale e questo potrebbe essere tra le altre cose attribuito al fatto che i cambiamenti della luce e l'esposizione alla stessa mediano modificazioni del tono dell'umore: esistono numerosi studi che dimostrano l'effetto antidepressivo della luce, soprattutto quella più viva del mattino, nei pazienti depressi (Terman et al., 1999); più recentemente è stato dimostrato che una più breve esposizione ad una luce ad elevata intensità produce gli stessi benefici.

Altri studi enfatizzano inoltre i benefici della fototerapia in pazienti che mostrano sensibilità al cambiamento stagionale e non solo.

Esporsi ad una luce ad ampio spettro per mezz'ora o due ore al giorno sembra dunque migliorare l'umore, ma ci teniamo a ribadire che l'uso di questo nuovo metodo di cura non può prescindere dalla terapia farmacologica, che sarà sicuramente rivisitata e corretta dal vostro medico qualora necessario.

## **Liberare i neurotrasmettitori cerebrali**

### **Terapia elettroconvulsivante (ECT)**

*"Le malattie divenute disperate si curano con i rimedi disperati,  
o non si curano affatto."*

*Shakespeare (Hamlet, IV, 3)*

Sebbene poche e non sempre documentate, ci sono persone che si sono sottoposte a cicli di ECT ottenendone dei risultati positivi tanto da richiederlo spontaneamente.

Demonizzare questo strumento solo perché in passato ne è stato fatto un abuso è sicuramente fuorviante circa la sua reale efficacia.

Ovviamente, oggi esistono dei trattamenti, primo fra tutti quello farmacologico, che sono più indicati nella cura della malattia bipolare, ma ci sono dei casi in cui l'utilizzo dell'ECT può essere una risorsa da tenere quantomeno in considerazione.

#### **L'uso della ECT può essere una strategia da utilizzare quando...**

...ci si trova di fronte a pazienti assolutamente resistenti alle cure o nel caso di episodi maniacali/depressivi particolarmente gravi.

L'ECT è indicato nel caso di episodi maniacali con presenza contemporanea di sintomi psicotici (quando cioè si arriva a vivere esperienze allucinatorie o si è in preda ad un vero e proprio delirio) o quando la persona ha concrete idee di suicidarsi.

L'effetto collaterale transitorio riguardante la perdita di memoria, il pregiudizio e la complessa procedura di autorizzazione, hanno reso questo tipo di trattamento desueto.

E, care donne, troviamo corretto informarvi che l'ECT, quando somministrato correttamente, non provoca rischi al feto.

## **Le medicine faranno male al mio bambino?**

### **Terapia farmacologica in gravidanza**

Un problema che sta molto a cuore alle donne che assumono una terapia per il disturbo bipolare, è quello relativo al trattamento farmacologico e la possibilità di affrontare una gravidanza.

La prima cosa che le donne che intendono diventare mamme chiedono al loro medico, è generalmente quella di interrompere il trattamento farmacologico sapendo che in gravidanza è sconsigliabile l'utilizzo di determinate medicine che potrebbero comportare dei problemi.

La questione diventa a questo punto molto complessa, tanto più che le modalità di trattamento adottate in genere, si basano principalmente sull'esperienza clinica anziché su dati derivati da rigorose ricerche scientifiche.

Il periodo di rischio maggiore per le ricadute della malattia, è il postpartum (l'incremento è del 50% e c'è anche un aumento dei sintomi), ma possibilità di ricaduta si trovano anche durante la gestazione.

Un dato certo è che una ricaduta può comportare gravi rischi sia per la mamma che per il feto dunque in un modo o nell'altro un rischio c'è.

Ma qualcosa si può fare:

il medico vi esporrà sicuramente le sue idee circa il problema in questione, ed in seguito vi proporrà di valutare i rischi e i benefici della somministrazione di una terapia per il DB in stato di gravidanza, e la possibilità o meno di interrompere il trattamento e il suo effetto.

La decisione di interrompere o meno il trattamento farmacologico, dipende in prevalenza dalla storia degli episodi avuti dalla donna: se non sono stati particolarmente severi, si può pensare (ma non fatelo mai autonomamente!) di ridurre l'assunzione gradualmente fino ad un periodo di quattro settimane senza farmaci prima del concepimento.

Negli ultimi anni le conoscenze in merito alla sicurezza dei farmaci sul feto, sono migliorate: ad esempio oggi si sa che il rischio di malformazioni cardiache nei figli di donne in trattamento con sali di litio, è più basso di quanto si pensasse (Dècina, 2003).

In ogni caso, per ogni donna che assuma un qualsivoglia trattamento psicofarmacologico in gravidanza, sono consigliati maggiori controlli.

La cosa più adeguata da fare in questa situazione sarebbe dunque una stretta collaborazione tra il proprio ginecologo e lo psichiatra al fine di prendere decisioni migliori per ciò che riguarda la sicurezza sia della donna che del feto.

In Italia è attivo un servizio gratuito, il **Telefono Rosso** (06/3050077), che permette di avere informazioni sui rischi in gravidanza e allattamento e l'assunzione di farmaci: se ne avete necessità consultatelo!

## Capitolo sesto

### Oltre il trattamento farmacologico

#### La Psicoterapia

#### Quali psicoterapie per il disturbo bipolare?

*"L'esagerazione delle differenze fra la psicoterapia e la farmacoterapia ha contribuito alla relativa disattenzione dei fattori biologici e dei farmaci da parte degli psicoterapeuti e ad una eccessiva enfasi degli stessi fattori da parte di quanti aderiscono al modello medico dei disturbi mentali"*

J. Frank

#### **Obiettivi del trattamento non farmacologico per persone affette da disturbo bipolare**

- Aiutare le persone a trovare **un senso agli episodi di malattia** presenti e passati
- **Discutere insieme** del piano di trattamento a lungo termine, vista la vulnerabilità a episodi futuri
- Aiutare le persone ad **accettare e ad adattarsi al regime terapeutico** a lungo termine
- **Trovare insieme al terapeuta strategie per affrontare gli stress**
- **Migliorare il funzionamento** sul lavoro
- Discutere del problema **"stigma sociale"** dato dal disturbo
- **Migliorare le relazioni** in famiglia e fuori.

Tocca ora alla psicoterapia.

Insieme alle medicine, la psicoterapia è il secondo passo del percorso di cura che intendiamo suggerire per migliorare l'esito della vostra malattia.

Innanzitutto la psicoterapia non è una pratica magica, e aspettarsi risultati come se lo fosse e come se il terapeuta fosse dotato di poteri eccezionali, è una credenza che va assolutamente modificata.

La psicoterapia è un impegno, un investimento che si fa sulla propria salute psichica e fisica, mettendosi in gioco in prima persona sotto la guida di un esperto.

Non ce ne vogliamo i rappresentanti di altre scuole, ma se vogliamo dividere la psicoterapia secondo le grandi categorie che escono dalla storia di questa disciplina, possiamo dire che esistono tre impostazioni (con relative specifiche e differenze al loro interno):

*La psicoterapia psicodinamica* (quella che si evolve dal pensiero di Freud per intenderci!)

*La psicoterapia comportamentale e/o cognitiva*

*La psicoterapia di impostazione relazionale e/o familiare*

Alle spalle di qualsivoglia impianto teorico, e metodo di psicoterapia al quale il vostro terapeuta fa riferimento, la seconda cosa importante è che la psicoterapia si propone **di aiutare il paziente ad acquisire una visione del mondo e delle cose che ne fanno parte, come se fosse sottoposta ad una lente di ingrandimento, fornendo delle indicazioni per sviluppare competenze più efficaci nella gestione della malattia stessa, della vita in generale, dei propri comportamenti e relazioni.**

In effetti chiunque potrebbe fare una psicoterapia, ma a qualcuno è francamente consigliata e a qualcun'altro realmente prescritta!

Non esiste una psicoterapia che vada bene più di un'altra, anzi, possiamo dire che ogni persona dovrebbe scegliere il metodo di trattamento che sente più vicino a sé, più adeguato al suo assetto psicologico, e dal quale pensa di poter trarre dei benefici.

Detto questo, possiamo comunque affermare che gli esperti sono concordi nel dire che alcune terapie hanno maggiore efficacia per una malattia e altre per altri disturbi.

Questa ultima affermazione si può ritenere valida anche per il trattamento del disturbo bipolare, almeno per il suo aspetto più strettamente sintomatologico.

È perciò fondamentale secondo il nostro punto di vista, chiedere allo specialista cui vi siete rivolti come intenderà procedere nel trattamento, qual è il metodo che grossomodo verrà utilizzato e, se possibile, fare una previsione dei tempi di trattamento.

Così facendo si stipula una sorta di contratto verbale che garantisce l'impegno e la serietà da ambo le parti.

## Psicoeducare

### Conoscere per non avere paura

Prima di descrivere le tecniche di psicoterapia sopra menzionate, dobbiamo necessariamente dedicare uno spazio alla spiegazione di cosa si intende per psicoeducazione quale tecnica condivisa e utilizzata dai vari approcci.

Innanzitutto, quanto avete letto fino ad ora può entrare di diritto nel termine psicoeducazione: siete stati di fatto psicoeducati!

Questo manuale nasce infatti, con l'obiettivo di "educare" le persone che hanno un disturbo bipolare: **si propone cioè di fornire chiarimenti, informazioni e spiegazioni circa la malattia** per la quale vi siete rivolti allo specialista o pensate di farlo.

Chiunque sia andato da un medico di qualsiasi disciplina, avrà sperimentato quella strana sensazione che si ha quando il professore sta per riportare il compito in classe della settimana precedente... l'attesa, quindi l'ansia, data dall'ignoto e la paura che si ha nel dover fronteggiare qualcosa che non si conosce. Ciò produce uno stato di tensione che nel tempo aggrava il decorso dei disturbi, specialmente quelli di natura psichiatrica.

Quindi, la psicoeducazione cura, di fatto, la non comprensione del paziente rispetto a quello che gli sta succedendo, e aiuta a non sentirsi colpevole ma accettato; il paziente psicoeducato diventa parte attiva del suo percorso terapeutico e in un clima di conoscenza dell'argomento e condivisione con altre persone, smette di sentirsi un alieno, per iniziare a pensare che la sua è una vera e propria malattia e per giunta ben conosciuta!

Questo percorso di conoscenza della malattia potrebbe essere fornito direttamente dal vostro medico curante in aggiunta alla terapia farmacologica, sottoforma di incontri preposti a questo obiettivo, oppure potreste essere coinvolti nella partecipazione di un gruppo psicoeducativo, generalmente organizzato in una serie di incontri ognuno con il suo argomento prestabilito, in compagnia di persone che soffrono del vostro stesso disturbo.

Primo obiettivo di un trattamento studiato appositamente per inse-

gnarvi qualcosa di più sulla vostra malattia è quello di ridurre il numero degli episodi di alternanza dell'umore e dei ricoveri: sarebbe scorretto infatti garantire a priori la guarigione in senso stretto, ma di certo aumentando le capacità di ricercare aiuto nei momenti di peggioramento dei sintomi, si può garantire un periodo maggiore di stabilità che può farvi sentire meno in balia della malattia, perché di fatto vi fornisce strumenti teorici e informazioni utili per gestirla.

Con il mantenimento e l'aumento dei periodi di benessere, si è visto che migliora anche l'aderenza al trattamento farmacologico: una medicina che si sa a cosa serve si prende con meno timori e dubbi!

La psicoeducazione è stata dunque declinata in tecniche specifiche di trattamento che integrano diversi approcci al fine di ottenere uno strumento capace di lavorare su tutte le variabili implicate nel DB (variabili personali, familiari e relazionali) (Colom & Vieta, 2006; Miller et al., 2004; Frank et al., 2005; Miklovitz & Goldstein 1997)

## Psicoterapie ...

### ...in pillole

*"Nel nuovo modo di prendersi cura del paziente, la nostra autoconsapevolezza critica di ciò che facciamo, la nostra valutazione intellettuale e immaginativa di come e perché lo facciamo in ogni singola circostanza... è un pre-requisito ovvio e assoluto"*

M. Masud R. Khan

### Counselling Psicodinamico

**Al contrario dei metodi fisici di cui abbiamo parlato nel capitolo dedicato ai farmaci, il counselling e la psicoterapia si affidano al parlare e alla relazione con il terapeuta nel trattamento dei disturbi emotivi e psichiatrici.**

Il counselling è una forma specifica di psicoterapia che si sviluppa intorno ad una richiesta di aiuto di coloro che sentono l'urgenza di risolvere un pressante conflitto o che si trovano in una condizione psichica di solito molto penosa e angosciante.

Non potendo affrontare una vera e propria psicoterapia in prima battuta si è andata consolidando la dimensione del counselling come strumento essenziale e privilegiato sia di coloro che lavorano nelle istituzioni, sia di coloro che devono rispondere a problematiche di diversa natura.

Il counselling si avvale della *motivazione del paziente* ad affrontare i suoi conflitti e a mettersi in gioco, e della *disponibilità del terapeuta* ad occuparsi di creare un adeguato contenitore affettivo ed emotivo per il paziente così da permettere a lui stesso di scoprire e utilizzare le sue personali risorse (Giannakoulas, Fizzarotti Selvaggi, 2004).

## Terapia cognitivo-comportamentale (TCC)

La TCC per il DB si basa sulla convinzione che il modo di pensare e di interpretare il mondo di un individuo può, insieme ad eventi stressanti, peggiorare e/o mantenere un disturbo.

Questo significa che un intervento sulle funzioni mentali e sul comportamento del paziente affetto da DB può avere un effetto positivo sul decorso della malattia (da Goodwin & Jamison, 2007).

Le fasi della terapia cognitivo-comportamentale sono ben definite e concordate tra il paziente e il curante in termini di contratto terapeutico, tanto che possono essere elencate e sintetizzate come segue:

- 1 – **Psicoeducazione e individuazione precoce dei sintomi;**
- 2 – **Migliorare l'aderenza al trattamento** farmacologico e aderire alle indicazioni trattamentali che il curante propone;
- 3 – **Controllo dei sintomi prodromici di depressione e mania;** vale a dire fare attenzione ai campanelli di allarme che anticipano l'arrivo di un nuovo episodio di malattia.  
Questa parte della psicoterapia è forse quella che rientra maggiormente nei canoni classici di una tecnica cognitivo-comportamentale: vengono, infatti, usate varie modalità di intervento, che spaziano da quelle più strettamente cognitive, a quelle immaginative e corporee fino alle tecniche classiche di tipo comportamentale tra cui gli interventi atti a regolare i cicli sonno-veglia.  
Il terapeuta aiuta il paziente a pensare e ad agire in maniera più adattiva riducendo così i suoi problemi psicologici e i suoi sintomi.
- 4 – **Riduzione dei fattori di stress:** aiutare, cioè, le persone a gestire i problemi psico-sociali che si sono accumulati nel corso degli anni e della malattia.  
Qualsiasi problema può, infatti, essere un ulteriore fattore di stress che contribuisce al mantenimento o addirittura al peggioramento della malattia.

## **Terapie Relazionali e/o Familiari**

Ultime ma non meno importanti sono le psicoterapie di tipo relazionale che allargano l'intervento al sistema familiare del paziente che chiede aiuto.

Questo tipo di cura psicologica utilizza delle strategie per ridurre il livello di stress all'interno della famiglia che può nascere o essere aggravato dal dover affrontare la malattia della persona che già soffre di un disturbo mentale.

Si è visto, infatti, che dove c'è una famiglia con un alto livello di ostilità espressa, conflittuale e critica nei confronti della malattia, c'è un livello più alto di ricadute in episodi di malattia per la persona che soffre anche di disturbo bipolare.

Predisposizione positiva della famiglia, comunicazione, comprensione e un atteggiamento teso alla risoluzione dei problemi, sono gli obiettivi principali di questo tipo di trattamento.

Una nuova forma di psicoterapia che potremmo includere in questa categoria è la psicoterapia interpersonale che cerca di collocare i problemi relazionali all'interno del vostro disturbo per determinarne l'effettivo impatto (IPSRT; Frank, 2000).

## Capitolo settimo

### Cosa non è il Disturbo Bipolare

*"Sappiamo cosa siamo,  
ma non sappiamo che cosa possiamo essere."*

*Shakespeare (Hamlet, IV, 3)*

**Non è una sentenza di follia.  
Non è una condanna ad una vita di dolori.  
Non è una vergogna,  
non è una colpa da tenere nascosta.  
Non è contagioso!**

Quando si inizia un percorso di studi alla facoltà di psicologia o si entra alla specializzazione di psichiatria, capita spesso di dover fornire la solita spiegazione al curioso di turno che chiede chiarimenti su queste "strane" discipline.

La confusione, poi, tra cosa sia uno psicologo e uno psichiatra è decisamente comune tra le gente che non ha mai avuto incontri ravvicinati con questi "alieni".

Per non parlare poi della psicoterapia... impossibile frenare la curiosità! Un incessante flusso di domande e di spiegazioni per arrivare sempre alla stessa conclusione "...allora curate i matti!..."

È giunta l'ora di sfatare questo mito!

Innanzitutto, lo psichiatra è un medico che cura i disturbi (appunto psichiatrici!) e che tra le altre cose vi darà delle medicine; lo psicologo, è un terapeuta-professionista che insieme al medico si può occupare del vostro percorso di cura attraverso interventi di vario genere, tra cui la psicoeducazione di cui abbiamo parlato nel capitolo precedente; infine, entrambi possono essere specializzati nel fare la psicoterapia.

**Dunque come vedete non siete soli ad affrontare la vostra malattia ma ci sono numerosi professionisti, che conoscono di cosa stiamo parlando e che hanno gli strumenti teorici e pratici per darvi una mano!**

## **Essere una vittima della stigmatizzazione**

### **...e di chi non conosce la realtà di questa malattia**

Che cos'è questa strana parola?

*"...la stigmatizzazione definisce il fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità in modo da declassarlo a un livello inferiore.*

*Oggetto di studio della sociologia e dell'antropologia a partire dagli anni Sessanta, la stigmatizzazione è uno strumento utilizzato dalla comunità per identificare i soggetti devianti..."* (www.wikipedia.it).

**Questo ci impone di rivedere profondamente le nostre credenze circa che cosa sia la follia, se un marchio da tenere nascosto o una malattia della quale non ci si deve né vergognare, né sentire colpevoli.**

Questo scomodo fenomeno però esiste e non è neanche tanto inusuale; di fatto sono spesso i malati stessi a negare di avere un disturbo dell'umore nel nostro caso, per paura di svelare una realtà che li metterebbe in cattiva luce con i familiari, con i colleghi di lavoro o con gli amici.

Questo innesca una spirale di non conoscenza e diffidenza che non aiuta di certo ad affrontare con serenità una malattia ma che contribuisce a creare dei dissapori e delle incomprensioni tra il malato e l'ambiente sociale che lo circonda.

Le persone che vi stanno intorno, non conoscendo quanto voi il problema, potrebbero dare dei giudizi circa i vostri comportamenti, attribuire a voi la colpa di non riuscire a migliorare, quasi di non volerlo fare, minando così i rapporti e la vostra stessa immagine... chissà che facendogli leggere queste poche pagine non si rendano conto che state male veramente, che non vi comportate così volontariamente, e che con il loro aiuto potreste effettivamente migliorare la qualità della vostra vita, e delle relazioni che ne fanno parte.

## Schede Appendice

*Nelle pagine seguenti troverete alcune schede di auto valutazione: provate a rispondere alle domande prima e dopo aver letto il manuale, se non capite il significato di alcune affermazioni provate a tornare indietro, a rileggere un paragrafo e poi provate di nuovo... questo esercizio dovrebbe potervi aiutare ad individuare i sintomi specifici che più avete sperimentato nella vostra storia di malattia e a dare significato a quanto vi è accaduto.*

*Qualora sorgano dubbi e perplessità, non esitate a chiedere spiegazioni e chiarimenti al vostro curante, lui saprà sicuramente approfondire e far luce su ciò che vi resta difficile da comprendere per collocare la vostra storia di malattia in una cornice comprensibile e ci auguriamo sempre più gestibile.*

## **Autodiagnosi dei sintomi del disturbo bipolare**

### ***Criteria per la valutazione di un Episodio depressivo***

*Se c'è stato un periodo significativo (almeno due settimane) in cui avete sperimentato cinque o più dei seguenti sintomi potreste aver avuto un episodio depressivo. È importante notare se e come questi sintomi sono stati la causa (o la conseguenza?) di problemi di altra natura, come tensioni familiari o lavorative... Se così fosse contattate il medico. Provate ora a identificare questi sintomi:*

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Vi siete sentiti giù di umore?  | Si | No |
| 2. Vi è capitato di sentirvi apatici o di aver perso il piacere di fare le cose (anedonici)? | Si | No |
| 3. Avete dormito troppo o troppo poco?   | Si | No |
| 4. Vi siete sentiti senza forze, tanto da rallentare i movimenti?                            | Si | No |
| 5. Vi siete sentiti stanchi?   | Si | No |
| 6. Avete avuto difficoltà nel concentrarvi? Nel prendere decisioni?                          | Si | No |
| 7. Avete pensato di uccidervi o fatto piani a tal riguardo?                                  | Si | No |
| 8. Avete avuto sentimenti di colpa?  | Si | No |
| 9. Vi siete sentiti ansiosi o preoccupati senza motivo?                                      | Si | No |

***Criteria per la valutazione di un Episodio maniacale  
o ipoamaniacale***

*Siate onesti con voi stessi e pensate se c'è stato un periodo in cui avete avuto un umore un po' sopra le righe...*

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Vi siete sentiti troppo fiduciosi in voi stessi?   | Si | No |
| 2. Vi siete sentiti così nervosi tanto da urlare o litigare?  | Si | No |
| 3. Vi siete sentiti così tanto bene e "super", avventati, da mettervi nei guai?   | Si | No |
| 4. Vi siete sentiti logorroici e/o parlavate più velocemente del solito?  | Si | No |
| 5. Avete avuto pensieri così veloci da avere l'impressione che gli stessi sfuggissero?  | Si | No |
| 6. Avete avuto molta più energia del solito?  | Si | No |
| 7. Vi siete sentiti più socievoli del solito: ad esempio avete telefonato a amici nel bel mezzo della notte?                          | Si | No |
| 8. Siete stati così distratti da non riuscire a concentrarvi?   | Si | No |
| 9. Vi siete mostrati molto più interessati del solito al sesso?   | Si | No |
| 10. Avete fatto cose che sia voi che gli altri avrebbero giudicato eccessive, stupide o rischiose?                                    | Si | No |
| 11. Se avete risposto affermativamente a più di una delle domande poste sopra, tali situazioni si sono verificate contemporaneamente? | Si | No |

*Come usare la prossima scheda:*

Innanzitutto fatene delle copie.

Poi compilatela dopo aver riflettuto sui fattori che ritenete abbiano avuto un ruolo significativo nella vostra personale storia di malattia (**Eventi Critici**): abbiamo parlato di fattori biologici, psicologici, situazionali e relazionali... quello che dovete fare è individuare quali sono stati per voi i fattori che hanno determinato lo stato di malattia, e quale (**Tipo di episodio**).

Se necessario potete ripetere l'operazione per ogni episodio di malattia che avete sperimentato. Alla fine avrete un quadro più chiaro dei vostri "punti deboli" che hanno compromesso definitivamente il vostro umore determinando gli episodi di depressione o euforia; alla fine sarete in grado di individuare dei sintomi *prodromici* ovvero che precedono l'insorgenza del disturbo (si può ad esempio fare un elenco dei sintomi prodromici della mania o ipomania e della depressione).

La prossima volta sarete sicuramente più preparati a fronteggiare tali situazioni di stress.





## Bibliografia

**Akiskal H.S. (1996).** *The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM –IV.* Journal of Clinical Psychopharmacology 16 (Suppl. 1), 4-14.

**Akiskal H.S., Akiskal K. (1992).** *Cyclotymic, Hypertymic, and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders.* In A. Tasman e M.B Riba (Eds.), American Psychiatric press review of psychiatry (pp. 43-62). American psychiatric press, Washington, DC.

**Akiskal H.S., Bourgeois M.L., Angst J., Post R., Moller H., Hirschfeld R. (2000).** *Reevaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders.* Journal of Affective Disorders 59, suppl. 1, 5-30.

**Akiskal H.S., Pinto O. (1999).** *The evolving bipolar spectrum.* The Psychiatric Clinics of North America 22, 3, September.

**Alda M., Grof E., Cavazioni P., Duffy A., Martin R., Ravindran L., Grof P. (1997).** *Autosomal recessive inheritance of affective disorders in families of responders to lithium prophylaxis.* Journal of Affective Disorders 44, 153-157.

**Angst J. (1995).** *Epidemiologie du spectre bipolaire.* Encephale 21, suppl. 6, 37-42.

**Angst J. (1998).** *The emergine epidemiology of hypomania and bipolar II disorder.* Journal of Affective Disorders 50, 143-151.

**American Psychiatric Association (2002).** *DSM IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali.* Tr. it. Masson, Milano.

**Baldessarini R.J., Pompili M., Tondo L. (2006a).** *Suicide in bipolar disorder: risks and management.* CNS Spectr, 11(6), 465-471.

**Baldessarini R.J., Tondo L., Davis P., Pompili M., Goodwin F.K., Hennen J. (2006b).** *Decreased risks of suicides and suicides attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review.* Bipolar disorder, 8, 625-639.

**Baldessarini R.J., Tondo L. e Hennen J. (1999).** *Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic- depressive disorders.* Journal of Clinical Psychiatry 60 (Suppl. 2), 77-84.

**Basco M. R. e Rusch A.J. (1996).** *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder.* Guilford Press, New York.

**Bauer M.S. e McBride L. (1996).** *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: The life goals program.* Springer, New York.

- Bauer M.S., Whybrow P.C. (1990).** *Rapid cycling bipolar affective disorder II: treatment of refractory rapid cycling with high-dose levothyroxine: a preliminary study.* Archives of General Psychiatry 47, 435-440.
- Carlson G.A., Goodwin F.K. (1973).** *The stages of mania : A longitudinal analysis of the manic episode.* Archives of general Psychiatry 28,221-228.
- Cassano G.B., Akiskal H.S., Perugi G., Musetti L. e Savino M. (1992).** *The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders.* Journal of Psychiatric Research 26, 257-268.
- Cochran S.D. (1984).** *Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders.* Journal of Consulting and Clinical Psychology 52, 873-874.
- Colom F., Vieta E. (2006).** *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare.* Giovanni Fioriti Editore.
- Colom F., Vieta E., Martínéz-Aran A., Reinares M., Benabarre A. e Gastò C. (2000).** *Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients.* The Journal of Clinical Psychiatry 61, 549-554.
- Colom F., Vieta E., Martínéz- Aran A., Reinares M., Torrent C., Goikolea J.M. e Gastò C. (2003-b).** *Psychoeducation Efficacy In Bipolar Disorders Beyond Compliance Enhancement.* The Journal of Clinical Psychiatry 64, 1101-1105.
- Colom F., Vieta E., Martínéz-Aran A., Reinares M., Goikolea J.M., Benabarre A., Torrent C., Comes M., Corbella B., Parramon G. e Corominas J. (2003-a).** *A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission.* Archives of general Psychiatry 60, 402-407.
- Coryell W., Endicott J., Keller M. (1992).** *Rapidly cycling affective disorder: demographics, diagnosis, family history and course.* Archives of General Psychiatry 49, 126-131.
- Dècina P. (2002).** *Farmacoterapia in psichiatria.* II edizione. Idelson-Gnocchi.
- Dècina P. (2003).** *A cura di. Manuale illustrato del litio.*
- Dore G. e Romans S.E. (2001).** *Impact of bipolar affective disorder on family and partners.* Journal of Affective Disorders 67, 147-158.
- Dunner D.L. (1980).** *Unipolar and bipolar depression: recent findings from clinical and biologic studies.* In *The psychobiology of affective disorders.* Pfizer Symp. Depression (pp.11-24). Karger Basel.
- Ehlers C.L., Frank E., Kupfer D.J. (1988).** *Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression.* Archives of General Psychiatry 45, 948-952.

- Ehlers C.L.**, Kupfer D.J., Frank E., Monk T.H. (1993). *Biological rhythms and depression: the role of zeitgebers and zeitstorers*. Depression I, 285-293.
- Falloon I.R.H.**, Boyd J.L., McGill C.W. (1984). *Family care of schizophrenia: a problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.
- Fava G.A.**, Bartolucci G., Rafanelli C. e Mangelli L. (2001). *Cognitive- behavioral management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis*. The Journal of Clinical Psychiatry 62, 556-559.
- Frances A.**, First M.B. (1998). *Il libro della salute mentale: per riconoscere i disturbi della psiche*. Pratiche Editrice.
- Frank E.**, Kupfer D.J., Ehlers C.L., Monk T.H., Cornes C., Carter S. e Frankel D. (1994). *Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder. Integrating interpersonal and behavioural approaches*. Behavior Therapy 17, 153-156.
- Frank E.**, Swartz H.A. e Kupfer D.J. (2000). *Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder*. Biological Psychiatry 48, 593-604.
- Frank E.**, Kupfer D.J., Thase M.E., Mallinger A.G., Swartz H.A., Fagiolini A.M. et al. (2005). *Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder*. Arch Gen Psychiatry 62, 996-1004.
- Giannakoulas A.**, Fizzarotti Selvaggi S. (2003). *Il counselling psicodinamico*. Edizioni Borla Roma.
- Gitlin M.J.**, Swendsen J., Heller T.L., Hammen C. (1995). *Relapse and impairment in Bipolar Disorder*. Am J Psychiatry 152, 1635-1640.
- Giupponi G.**, Pycha R., Tomasi R., De Paoli C., Erfurth A. (2006). *Trattamenti psicoeducativi nei disturbi bipolari*. Quaderni italiani di psichiatria XXV, 95-101.
- Goldberg J.F.**, Harrow M. (2002). *I disturbi bipolari decorso clinico e outcome*. Raffaello cortina Editore.
- Goodwin F.K.**, Jamison K.R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. II edition. Oxford University press
- Hantouche E.G.**, Angst J., Akiskal H.S. (2003). *Factor structure of hypomania: interrelationship with cyclothymia and the soft bipolar spectrum*. J Affect Disord, 73, 39-47.
- Jamison K.R.** (1994). *Toccati dal fuoco*. Tr it. Longanesi, Milano.
- Jamison K.R.** (1996). *Una mente inquieta*. Tr. it. Longanesi, Milano.
- Keller M.B.**, Lavori P.W., Coryell W., Endicott J., Mueller T.I. (1993). *Bipolar I: A five year prospective follow up*. Journal of nervous and mental disease 181, 238-245.

- Kessler** R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshelman S., Wittchen H.U., Kendler K.S. (1994). *Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry 51, 8-19.
- Koukopoulos** A., Reginaldi D., Laddomada P., Floris G., Serra G., Tondo L. (1980). *Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment*. Pharmacopsychiaty and Neuropsychopharmacology 13, 156-167
- Lam** D.H., Bright J.A., Jones S.H., Hayward P., Schuck N., Chisholm D. e Sham P. (2000). *Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention*. Cognitive Therapy and Research 24, 503-520.
- Lam** D.H., Watkins E.R., Hayward P., Bright J. A., Wright K., Kerr N., Parr-Davis G. e Sham P. (2003). *A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder. Outcome of the first year*. Archives of general Psychiatry 60, 145-152.
- Marneros** A., Röttig S., Wenzel A., Bloink R., Brieger P. (2004). *Affective and schizoaffective mixed states*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 254, 76-81.
- McDonald** C., Schulze K., Murray R.M., Tohen M. (2007). *Disturbo bipolare: attualità nella ricerca e nella terapia*. CIC Edizioni internazionali.
- Miklowitz** D.J. (2005). *Il disturbo bipolare: una guida per la sopravvivenza. Ciò che voi e la vostra famiglia avete bisogno di conoscere*. Giovanni Fioriti Editore.
- Miklowitz** D.J., George E.L., Richards J.A., Simoneau T.L. e Suddath R.L. (2003). *A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder*. Archives of General Psychiatry 60, 904-912.
- Miklowitz** D.J., Goldstein M.J. (1997). *Bipolar disorder: a family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- NIMH** (2006). *A story of bipolar disorder (manic-depressive illness). Does this sound like you?* NIH Publication n° 06-5085
- NIMH** (2006). *Bipolar Disorder*. NIH Publication n° 06-3679
- Pancheri** P., Cassano G.B. (2002). *Trattato italiano di psichiatria: seconda edizione* (edizione elettronica). Masson
- Perugi** G., Ruffolo G. (2006). *Depressione Bipolare. Domande risposte e casi clinici*. Centro Scientifico Editore.
- Robins** L.N., Locke B.Z., Regier D.A. (1991). *An overview of psychiatric disorders in America*. In L.N. Robins e D.A. Regier (Eds) Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment Area study (pp. 328-366).

**Sonne S.C., Brady K.T. (1999).** *Substance abuse and bipolar comorbidity.* Psychiatric Clinics of North America 22, 609-627.

**Strakowski S.M., McElroy S.L., Keck P.E., West S.A. (1996).** *Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder.* Am J Psychiatry, 153, 674-676.

**Suppes T., Solan Manning J., Keck P.E., Jr. (2007).** *Decoding Bipolar Disorder; Practical Treatment and Management.* Compact Clinicals.

**Swann A.C., Bowden C.L., Morris D., et al. (1997).** *Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex.* Arch. Gen. Psychiatry. 54(1), 37-42.

**Tafuro M., Ferrara M., Carratelli T.J. (2006).** *Il disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti.* Giovanni Fioriti Editore.

**Terman M., Terman J.S. (1999).** *Bright light therapy: side effects and benefits across the symptom spectrum.* Journal of Clinical Psychiatry 60, 799-808.

**Vieta E., Rosa A.R. (2007).** *Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder.* The World Journal of Biological Psychiatry 8(1), 4-11.

**Zaretsky A.E., Sakina Rizvi, Sagar V. Parikh (2007).** *How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder?* The Canadian Journal of Psychiatry, 52(1).

#### **Siti web consultabili:**

[www.bipolar-health.com/](http://www.bipolar-health.com/)

[www.disturbobipolare.net](http://www.disturbobipolare.net)

[www.ibipolari.splinder.com](http://www.ibipolari.splinder.com)

[www.mentalhealth.com/](http://www.mentalhealth.com/)

[www.msdl-italia.it/altre/manuale/sez15/1891638.html](http://www.msdl-italia.it/altre/manuale/sez15/1891638.html)

[www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/complete-publication.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/complete-publication.shtml)

[www.psicologiapsicoterapia.com/umore/index.htm](http://www.psicologiapsicoterapia.com/umore/index.htm)

[www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)

[www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)



## **GLI AUTORI**

### **Aristotele Hadjichristos**

è laureato in medicina e chirurgia; psichiatra, psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico e membro della American Psychiatric Association dal 2007.

Presidente regionale della S.I.Psi "Società Italiana di Psicologia e Psichiatria" sezione Lazio e Dirigente medico presso il CSM "Boccea" UOC XVIII della AZ. ASL RME, utilizza presso il CSM Boccea, il metodo della psicoeducazione per la cura del disturbo bipolare tramite attività di gruppi terapeutici rivolti a pazienti e familiari. Docente incaricato in psicofarmacologia presso la scuola di specializzazione di Psichiatria della Università Cattolica del Sacro Cuore.

Il prof. Aristotele Hadjichristos è autore di oltre 60 lavori scientifici, ha collaborato con il prof. Paolo Decina alla stesura e alla realizzazione della seconda edizione del testo "Farmacoterapia in Psichiatria" ed è docente a corsi di aggiornamento professionale.

Esperto in psicofarmacologia e nella clinica dei disturbi psichiatrici, in particolare dell'umore partecipa a trials di ricerca clinica, sia sperimentali che osservazionali.

### **Ilaria Bandini**

è laureata in psicologia; master di secondo livello in psicologia giuridica e specializzanda in psicoterapia cognitivo-comportamentale presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Roma. Attiva nel campo della clinica dei disturbi dell'umore; ha partecipato a trials di ricerca clinica e collabora alla realizzazione del gruppo di psicoeducazione per la cura del disturbo bipolare.

Membro della S.I.Psi e consigliere regionale della SIPsi sezione regionale del Lazio.

Socio sostenitore CHI onlus.

Link: [www.disturbobipolarecosasapere.it](http://www.disturbobipolarecosasapere.it)

Mail: [aristotele.md@gmail.com](mailto:aristotele.md@gmail.com)