

## CAPIRE IL DISTURBO BIPOLARE

Francesca Allegria\*, Primiana Leonardini Pieri\*, Cecilia Lombardo\*,  
Carla Milanese\*, Antonella Rainone\*<sup>o</sup>

\* Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto

<sup>o</sup> Studio di Psicoterapia APC-SPC di Roma

### Riassunto

Il disturbo bipolare è un problema di salute mentale grave che insorge nella prima età adulta; nella maggior parte dei casi diventa cronico con episodi ricorrenti, ospedalizzazioni e rischio di suicidio. L'articolo intende fornire una panoramica su questo disturbo. Il primo aspetto considerato riguarda la sua definizione, cioè la diagnosi. I criteri diagnostici attuali sono di difficile attribuzione: molti degli stati mentali del disturbo bipolare descritti nei criteri sono comuni ad altri disturbi, possono essere sottovalutati o non riferiti dal paziente, che può considerarli non problematici. Si è pensato quindi di fornire, oltre alle linee guida tracciate dal DSM-IV, anche riferimenti tratti da esperienze cliniche, libri e film, al fine di rendere più chiara la corrispondenza tra criteri diagnostici ed esperienze vissute dai pazienti.

Il secondo aspetto affrontato riguarda le prospettive aperte dai sostenitori dell'ipotesi di spettro, che propongono una concettualizzazione unitaria dei disturbi dell'umore in cui esistono infinite sfumature tra il polo depressivo e quello maniacale.

Il terzo ed ultimo aspetto considerato riguarda i fattori di rischio per l'insorgenza e il mantenimento del disturbo bipolare, tradizionalmente ritenuti di natura genetica. Nell'ultima metà del secolo scorso, accanto a questa ipotesi dominante, è cresciuto l'interesse verso i fattori psicosociali e il ruolo che questi possono svolgere sull'esordio del disturbo in un'ottica di diatesi-stress. Molti studi hanno valutato come e quanto specifici fattori di rischio incidano sullo sviluppo o sulla recidiva del disturbo. Benché sussistano ancora molte incongruenze di natura metodologica, i risultati raggiunti hanno aperto la strada allo sviluppo di nuove terapie da utilizzare in associazione con il trattamento farmacologico. La Terapia Cognitiva si è rivelata molto efficace.

**Parole chiave:** disturbo bipolare, spettro, diagnosi, vulnerabilità, diatesi-stress

## UNDERSTANDING BIPOLAR DISORDER

### Abstract

Bipolar disorder is a severe mental health problem that occurs in the first adult age: in most of cases it becomes chronic and with recurring episodes, hospitalizations and risk of suicide. This article provides a panoramic prospective on this disease. First we have to consider the definition, in other words, the diagnosis. Present-day diagnostic criteria have a difficult recognition: a lot of mental states described by criteria of bipolar disorder are shared together with other disorders; they can be underrated or not referred

*Francesca Allegría et al.*

by the patient who can consider them as not problematic. Therefore, additionally with the guiding lines described from DSM-IV, we also choose to provide references from clinic experiences, books and movies, with the idea to clarify the correspondence between diagnostic criteria and patients' experience.

Secondly we discuss the new open perspective of spectrum hypothesis. It proposes a whole conceptualization of humour disorders in which infinitive shades exist between depressive and maniacal polarity.

Finally we consider the contribute of risk factors as far as the onset and maintenance of disorder is concerned, as they have been traditionally considered a genetic predisposition. In the last half of last century, beside this dominating hypothesis, the interest towards psychosocial factors and their role on the onset and expression of this disorder increased. A lot of studies have been considering how and when specific risk factors affect on development and relapses of disorder. Although there are still a lot of subsisting methodological limitations, the results reached opened the road to the development of new therapies which can be utilized in association with pharmacological treatment. The Cognitive Therapy turned out to be successful.

**Key words:** bipolar disorder, spectrum, diagnosis, vulnerability, diathesis-stress

## Introduzione

Nell'arco degli ultimi venti anni è cresciuta sensibilmente l'attenzione nei confronti di un particolare disturbo dell'umore, il Disturbo Bipolare (DB). I casi riportati in letteratura e dai centri di trattamento psicopatologico sono sensibilmente aumentati, circostanza questa non priva di rilievo, potendo infatti rappresentare la combinazione di almeno tre variabili:

- 1) un'accresciuta sensibilità professionale al riconoscimento del quadro sintomatologico;
- 2) un'accresciuta accessibilità dei servizi psichiatrici e psicologici che permette di rilevare con più facilità la richiesta di prestazioni e quindi offre migliori opportunità di venire in contatto con quanti soffrono del disturbo;
- 3) una maggior tendenza a diagnosticare il DB in tutti i casi di vulnerabilità emotiva.

Ciascuna di queste variabili ha una sua storia e un differente peso nel determinare l'incremento di casi all'attenzione del clinico, e impone al clinico un ripensamento del processo diagnostico per non incorrere nel rischio di sovradimensionare l'esistenza del DB o, al contrario, di sottodimensionarla. Allo scopo di contribuire a tale ripensamento, intendiamo proporre una serie di riflessioni e approfondimenti che hanno per oggetto i seguenti temi:

- criteri diagnostici;
- diagnosi differenziale;
- ipotesi di spettro bipolare;
- ipotesi diathesi-stress.

## Disturbo Bipolare: criteri diagnostici con esemplificazioni

Con il termine "diagnosi" ci si riferisce convenzionalmente al processo di identificazione e classificazione dei disturbi mentali sulla base di criteri descrittivi, spesso identificati da configurazione, frequenza e intensità con cui si esprimono determinati comportamenti, stati mentali o vissuti, isolati o esperiti insieme ad altri.

## Capire il Disturbo Bipolare

Riteniamo il DB un disturbo particolarmente difficile da diagnosticare per i seguenti motivi:

- riguarda le alterazioni dell'umore, che in una certa misura sono sperimentate dalla maggior parte delle persone, e che, quando sistematicamente indagate, possono essere sovrastimate;
- i criteri riguardano più stati mentali soggettivi (ad es. distraibilità, umore elevato, irritabilità sentimenti di autosvalutazione, etc.) da dedurre attraverso l'osservazione nel tempo e il racconto riferito dal paziente e da comportamenti direttamente osservabili;
- una parte dei criteri sono costituiti da stati mentali che il paziente non individua come problematici, lasciando al clinico la responsabilità di definirli tali in funzione di principi che non sono individuati univocamente ma dipendono dal suo sistema di rappresentazione, soprattutto nei casi in cui la dannosità con cui si esprimono non è evidente;
- la maggior parte dei criteri non è costituita da elementi discreti, ma da esperienze che appartengono a un continuum noto alla maggior parte delle persone.

Alla luce di queste osservazioni, iniziamo quindi col ripercorrere i criteri diagnostici individuati dal DSM-IV (APA 2002) per il DB. Per renderli quanto più possibile concreti e tangibili, i criteri saranno corredati di esempi tratti dalla letteratura, dalla filmografia e da esperienze cliniche.

### Disturbo Bipolare I

La caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare I è un *decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più Episodi Maniacali o Episodi Misti*. Spesso gli individui hanno presentato *anche uno o più Episodi Depressivi Maggiori*. Gli Episodi di Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (dovuti agli effetti diretti di un medicamento, ad altri trattamenti somatici per la depressione, a una droga di abuso o all'esposizione ad una tossina), o di Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale, non costituiscono un criterio utile per una diagnosi di Disturbo Bipolare I. Inoltre gli episodi non risultano meglio spiegati da un Disturbo Schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.

#### *Episodio Maniacale*

**A.** Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile, della durata di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione).

*È questa la fase maniacale del disturbo bipolare. È come sniffare cocaina, ogni giorno. Ogni giorno sempre di più [...]. Avrei avuto lo stesso delirio euforico di Alberto, che alcuni mesi dopo, nella clinica psichiatrica, mi avrebbe guardato con non poca invidia: "beata te, tutto questo casino gratis. Io ci ho buttato milioni per comprare la coca". (p. 11) – (3)<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Le citazioni tratte dai testi sono così riconoscibili: (1) corrisponde a "Una mente inquieta", di K. Redfield Jameson; (2) corrisponde a "L'apparizione", di R. Carbone; (3) corrisponde a "Lunatica, storia di una mente bipolare", di A. Arachi. Le citazioni tratte dai film sono così riconoscibili: (4) corrisponde al film "Emma sono io", regia di Francesco Falaschi, e (5) a "Mr Jones", regia di Mike Figgis.

*Era in uno stato di eccitazione costante, che gli impediva di dormire di notte, di stare fermo in un posto, di non dire sempre tutto quello che pensava a chi gli stava intorno, di comunicare una verità che sentiva il dovere di rendere nota a tutti. (p. 37) – (2)*

*“Hai mai voglia di volare? Di spiccare il volo? Perché no? Trovare l’equilibrio, mantenere il volo? La senti questa forza?”... “faceva l’equilibrista su un tetto, lo ha portato la polizia, è arrivato qui molto agitato e aveva allucinazioni auditive” – (5)*

**B.** Durante il periodo di alterazione dell’umore, tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti ad un livello significativo (quattro se l’umore è solo irritabile).

1) Autostima ipertrofica o grandiosità.

*Quando sei su di giri è fantastico. Idee e sensazioni sono veloci e frequenti come stelle cadenti e tu le segui finché non ne trovi una migliore e più brillante. La timidezza scompare, all’improvviso ecco lì i gesti e le parole giuste e hai la certezza di avere il potere di accattivarti gli altri. Trovi interessante anche chi non lo è. Ti senti sensuale e il desiderio di sedurre ed essere sedotta è irresistibile. (p. 75) – (1)*

*“Sono una persona eccezionale, sono grandioso, sono un ragazzino... ve lo giuro, lo giuro sulla mia vita che avrei diretto meglio io quel pezzo dello stesso Bethoven” – (5)*

2) Diminuito bisogno di sonno (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno).

*La mia vita procedeva a ritmo frenetico. Lavoravo tantissimo e non dormivo quasi niente. La sera quando tornavo a casa, la trovavo in uno stato sempre più caotico: libri, alcuni appena comprati, sparsi ovunque, abiti ammucchiati in ogni stanza e dappertutto pacchetti ancora incartati e sacchetti ancora pieni. (p.85) – (1)*

*[...] non avrei sentito sonno o stanchezza. Non potevo sentirli. È come chi, non percependo il dolore, rischia di morire dissanguato per una ferita. Io sarei sopravvissuta per miracolo al crollo finale, che mi avrebbe lasciato senza un briciolo di energia. Senza nemmeno la forza di piangere. (p.12) – (3)*

3) Maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare.

*[...] ecco, sono cresciuta così...se avessi un figlio, meno male non ce l’ho, meno male, però mi piacerebbe tanto averlo, però delle volte non lo vorrei, sono molto in conflitto con me stessa, allora sarei uguale così, non dormirei più la notte, andrei alla neuro io, perché questo bambino, questo bambino, ‘che fai dormi? Dormi? Stai attento perché poi all’asilo ci sono i pedofili, e qui e là’...<sup>2</sup>*

4) Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.

*Le frasi mi giravano nella testa frammentandosi in proposizioni e poi in parole; alla fine rimanevano solo suoni. (p.86) – (1)*

5) Distraibilità (cioè, l’attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti).

*Pz: [...] Sì, è in quel momento che ho pensato di andare a trovare mio marito (al cimitero, n.d.r.) e... dottore ma chi ha fumato? C’è qualcuno che ha fumato? No, perché io sento tutto sa?*

*T: Non so se qualcuno ha fumato, ma torniamo a noi e/*

*Pz: (interrompe il terapeuta) Oddio dottore, sono tutta un dolore...lo vede? Qualcuno fuma e a me fa male la gola...sento tutto io! Devo andare da x (una figlia) poveretta, è sola, non lo so*

<sup>2</sup> Il brano è tratto da una seduta in cui una giovane paziente esprime un eloquio rapido e continuo, con pochissime pause, in questo caso seguendo il tema della maternità. Il discorso è serrato e assume le caratteristiche di un torrenziale monologo difficile da modulare.

come gli è andato il lavoro al marito, lei ne ha figli dottore? Devo andare subito, bisogna risolverla questa situazione [...].

T: Capisco la sua preoccupazione, ma proviamo a procedere con ordine. Mi stava dicendo che in quel momento ha pensato di andare al cimitero a trovare suo marito...

Pz: Ah, sì, è vero...mio marito...pover'uomo dottore, come faremo senza di lui! Come faremo!

T: Signora y, mi guardi per favore. Mi guardi (allo sguardo condiviso il T. annuisce) È uscita di casa dirigendosi verso il cimitero? Ricorda se si è vestita prima?<sup>3</sup>

6) Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure agitazione psicomotoria.

Correvo, correvo veloce e forsennata, sfrecciando avanti e indietro nel posteggio dell'ospedale, tentando di consumare quell'energia maniacale inesauribile e convulsa. Correvo veloce ma stavo lentamente diventando pazza. (Prologo) – (1)

[...] Ma il sesso diventa impellente e indescrivibile. Come l'amore. Che in quei momenti non è un sentimento. È una necessità. Devi amare. Semplicemente devi. E la realtà intorno diventa soltanto un impedimento fastidioso. L'avevo già vissuto senza saperlo. Avevo amato con la forza della follia. O forse farei meglio a dire con il bisogno della disperazione. Non saprei come definire altrimenti lo stato d'animo di quella volta che sono salita su un aereo per New York, senza avere comprato il biglietto prima. Senza soldi. Senza bagaglio. Quelli della sicurezza non volevano farmi salire: partivo lunedì, tornavo mercoledì mattina. Perché?

Per amore, ho spiegato all'addetta della sicurezza della compagnia aerea. Che era una donna, giovane e carina. Si è commossa. Io ero stata molto convincente. Io ero assolutamente convinta: dovevo andare a New York. Perché? Per ribadire a lui: ti amo. Mica potevo aspettare una settimana che tornasse. Non si può aspettare, in quei momenti. Qualsiasi cosa: tutto e subito. Meglio: prima di subito. E quelle emozioni lì ti inebriano. Ti riempiono. Sono le uniche che ti fanno sentire viva. Ancora non lo sapevo. (p.17) – (3)

“È come voler fermare un'astronave con un elastico” – (5)

7) Eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).

Quando sono su di giri non potrei preoccuparmi dei soldi nemmeno se provassi. Perciò non me ne preoccupo. Da qualche parte arriveranno, ne ho diritto, dio provvederà. Le carte di credito sono un disastro, gli assegni peggio. Sfortunatamente, almeno per chi è maniacale, la mania è un'espansione naturale dell'economia...così, in preda a un senso perentorio di necessità comprai dodici scatole di pronto soccorso contro il morso dei serpenti. Comprai pietre preziose, mobili eleganti di cui non avevo bisogno, tre orologi a distanza di un'ora l'uno dall'altro (e nella categoria dei rolex, non dei timex: con la mania i gusti raffinati vengono in superficie, sono la superficie) e vestiti da sirena del tutto inappropriati. (p.81) – (1)

“Buongiorno, vorrei chiudere il conto” “...ma l'ha aperto la settimana scorsa” “Sì, sono un tipo un po' incostante” – (5)

<sup>3</sup> Il brano è tratto da una seduta con una paziente di 56 anni, vedova con tre figli, che durante una crisi maniacale è stata trovata in camicia da notte nel paese di residenza, in stato confusionale. E' stata ricoverata presso i servizi psichiatrici e qui il terapeuta sta cercando di realizzare con la paziente, ancora molto agitata, una prima ricostruzione dei fatti.

Francesca Allegria et al.

**C.** I sintomi non soddisfano i criteri per l'Episodio Misto.

**D.** L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

*Ero rimasta per quasi quattro mesi tra le mura di una clinica psichiatrica. Era da un anno e mezzo che il mio lavoro e la mia vita avevano smarrito qualsiasi contorno di normalità. Avrei preferito partire per l'Uganda con il compito di contare tutti gli alberi dello Stato, piuttosto che rimettere piede nello stesso ufficio dove in un anno e mezzo mi avevano visto gridare e piangere, svenire, dar di matto, scappare. Dove tutti avevano saputo del mio tentativo di suicidio. (p. 79) – (3)*

**E.** I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco o altro trattamento) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).

Nota. Episodi simil-maniacali chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

### *Episodio Misto*

**A.** Risultano soddisfatti i criteri sia per l'Episodio Maniacale che per l'Episodio Depressivo Maggiore (eccetto per la durata), quasi ogni giorno, per almeno 1 settimana.

*[...] Ero in uno "stato misto". Così almeno mi avrebbero spiegato gli psichiatri.*

*Ero depressa in quei giorni, ma provavo in tutti i modi a reagire. Scoppiavo all'improvviso in pianti dirotti che cercavo subito di mascherare con risate visibili e rumorose. È in questo stato che si mettono in atto i suicidi. Quando sei soltanto depresso ci pensi, ma non hai la forza per ucciderti davvero. È uno stato pericoloso. Lo stesso che vivono le mamme vittime della depressione post partum. È lo stato psichico responsabile della morte di molti neonati. [...] Io volevo uccidere me stessa e non mi mancavano certo le energie. (p.45) – (3)*

**B.** L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

**C.** I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco o un altro trattamento), o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).

Nota. Gli episodi simil-misti chiaramente indotti da un trattamento somatico antidepressivo (per es., farmaci, terapia elettroconvulsivante, light therapy) non dovrebbero essere considerati per una diagnosi di Disturbo Bipolare I.

### Disturbo Bipolare II

La caratteristica essenziale del Disturbo Bipolare II è un decorso clinico caratterizzato da uno o più Episodi Depressivi Maggiori (Criterio A) accompagnati da almeno un Episodio Ipomaniacale (Criterio B). Gli Episodi Ipomaniacali non dovrebbero essere confusi con le gior-

nate di eutimia che seguono la remissione da un Episodio Depressivo Maggiore. La presenza di un Episodio Maniacale o Misto preclude la diagnosi di Disturbo Bipolare II (Criterio C).

### *Episodio Depressivo Maggiore*

*Ero esausta e al mattino non riuscivo quasi ad alzarmi dal letto. Per andare in qualsiasi posto impiegavo il doppio del tempo che sarebbe servito normalmente, indossavo sempre gli stessi vestiti, perché decidere cosa mettermi sarebbe stato uno sforzo troppo grande. Avevo il terrore di dover parlare con gli altri, se appena era possibile evitavo gli amici e la mattina presto o il pomeriggio tardi sedevo nella biblioteca della scuola completamente inerte, con il cuore morto e il cervello freddo come il marmo. (p.50) – (1)*

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un **periodo di 2 settimane** e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota. Non includere sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.

1) Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso). Nota. Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.

*[...] Non avevo più niente. Da fare. Da pensare. Da dire. Da immaginare. Da sognare. Da sperare. Non volevo morire, quel giorno. Ma non sapevo più come si faceva a vivere. (p. 28) – (3)*

*“...non riesco ad arginare questa tristezza...” – (5)*

2) Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri).

*Pz: [...] non ce la faccio a uscire dottoressa, lo so che sarebbe meglio, che mi farebbe bene. Ma quando sono lì, e sento questo...non so come dire...questo peso, e penso...non ce la faccio...*

*T: E quindi non esce. Quando sente questo peso, a cosa pensa?*

*Pz: Eh...che sono caduto proprio in basso, che...che non voglio vedere nessuno, mi dà fastidio, ecco.*

*T: In questi momenti, quando prova questo peso e pensa di essere caduto proprio in basso, le dà fastidio vedere qualcuno o farsi vedere da qualcuno?*

*Pz: Hm...non so ecco...forse farmi vedere...cioè, vedere nel senso che non so cosa possono pensare di me...<sup>4</sup>*

*“...quando sei giù diventa tutto lontano, diventa tutto grigio, diventa tutto duro” – (4)*

3) Significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. Nota. Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.

<sup>4</sup> Brano tratto da un colloquio con un pz di 36 anni; il terapeuta cerca di capire il motivo che spinge il paziente a ritirarsi dall'interazione sociale; spesso nel DB l'imbarazzo per quanto è accaduto nelle fasi maniacali gioca un ruolo importante nel mantenimento dei sintomi depressivi.

4) Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.

*Pz: No, non dormo bene.*

*T: In che senso non dorme bene? Si sveglia spesso durante la notte?*

*Pz: No, spesso no, però quando mi capita mi vengono tutti i pensieri e poi mi ci vuole un sacco di tempo per riaddormentarmi. Poi la sera vado a letto tardi, perché non mi addormento subito...*

Un altro paziente:

*Pz: [...] e allora vorrei solo dormire. Mi metto sotto le coperte e mi sembra che solo lì ci sia un po' di pace, perché non penso a niente, dormo e basta.*

5) Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato).

6) Faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno.

*[...] In quelle mattine mi succedeva di piangere se il caffè solubile era finito. Oppure se c'era una nuova confezione da aprire. (p.29) – (3)*

7) Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato).

*Pz: ...In quei momenti mi sembrava che tutti ce l'avessero con me, che fossero arrabbiati con me, e io mi sentivo così impacciato, come se avessi sbagliato tutto e non sapessi più fare niente, e anche uno sguardo mi sembrava minaccioso, e avevo paura, perché pensavo che tutti mi volevano punire per quello che avevo fatto...che poi ora lo so, non avevo fatto niente, però in quel momento non ce l'avevo chiaro, e avevo paura. (pausa). Anche lo psichiatra, io spero che non ce l'abbia con me...cioè, se ce l'ha con me lo capisco, però mi dispiace."*

*T: A cosa si riferisce?*

*Pz: Eh...al fatto che lui me l'aveva chiesto. Mi aveva detto 'mica farai qualche altra cavolata, vero?', e io gli ho detto di no, e invece poi l'ho fatta, ma io non volevo, mi dispiace se ce l'ha con me, ci sto male..."<sup>5</sup>*

8) Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri).

*Pz: Poi le cose di cui mi sto rendendo conto è che praticamente non riesco più a concentrarmi sulle cose, cioè...vuoti di mente...Faccio una cosa e poi, è come se sparisse, e dopo non mi ricordo, come quando leggo. Leggo, e poi non mi ricordo cosa ho letto...*

9) Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

*[...] Cominciai ad appuntare cose da comprare:*

- *corda per soffitto in legno*
- *veleno per topi*
- *gocce per dormire*
- *nastro isolante*

<sup>5</sup> Brano tratto dal colloquio con un paziente dopo le sue dimissioni per tentato suicidio durante un episodio di depressione maggiore con idee di riferimento. Il terapeuta cerca di ricostruire lo stato mentale del paziente nei momenti precedenti al tentato suicidio; emerge il vissuto di colpa, cui consegue l'aspettativa di punizione da parte degli altri e la percezione di minaccia, e la sensazione di essere sbagliato, inetto e indegno.

*Ma quando stavo per scrivere "lamette da barba", decisi di strappare il foglio. Quelle cose tutte così insieme di fila avrebbero sì potuto destare sospetti. In fondo mica avevo bisogno di segnalarlo. Me le ricordavo. Avevo ben chiaro il programma dei miei possibili tentativi di suicidio. (p. 50) – (3)*

**B.** I sintomi non soddisfano i criteri per un Episodio Misto.

**C.** I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

**D.** I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., un abuso di droga, un medicamento) o di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo).

**E.** I sintomi non sono meglio giustificati da Lutto, cioè, dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di 2 mesi o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

Manifestazioni e disturbi associati: facilità al pianto, irritabilità, tendenza a rimuginare, ruminazione ossessiva, ansia, fobie, preoccupazioni eccessive per la salute fisica e lamentele di dolori, abuso di alcool o altre sostanze, difficoltà nelle relazioni strette, difficoltà nel funzionamento sessuale. Nei bambini si può avere ansia da separazione, irritabilità, ritiro sociale e lamentele somatiche; negli adolescenti rallentamento psicomotorio, ipersonnia, spesso accompagnati da disturbi del comportamento dirompente, disturbi da deficit dell'attenzione, disturbi d'ansia, disturbi correlati a sostanze e disturbi dell'alimentazione. Negli anziani possono essere più evidenti i sintomi cognitivi (disorientamento, perdita della memoria, apatia e distraibilità), che si possono confondere con i sintomi della demenza; per distinguere si debbono approfondire le condizioni premorbuse, i tempi del declino cognitivo (molto rapidi nel caso della depressione) e le reazioni al trattamento.

#### *Episodio Ipomaniacale*

Un episodio ipomaniacale si identifica con gli stessi criteri per l'episodio maniacale, e da quest'ultimo si distingue per la minor intensità dei sintomi e per l'inferiore compromissione funzionale; per questo è assai difficile, per il clinico, riconoscerne l'occorrenza.

L'ipotesi dello spettro, di cui parleremo in seguito, suggerisce l'importanza di elaborare strumenti diagnostici più sensibili, in grado di rilevare le oscillazioni dell'umore verso il basso o verso l'alto, cogliendo anche i sintomi sottosoglia.

## Diagnosi differenziale

Può essere difficile distinguere il disturbo bipolare da altri disturbi: per prima cosa, il tono dell'umore può variare per diverse ragioni, quali patologie ormonali, stress, disturbi di personalità, disturbi biologici del cervello o ingestione di alcol e droghe. Le persone affette dal disturbo possono avere problemi nel descrivere agli altri i loro stati d'animo e nel dar loro un'accurata anamnesi della propria malattia. Tali difficoltà riguardano sia le capacità introspettive che la tendenza a non riportare come sintomatiche talune variazioni dell'umore, perché piacevoli. Nell'approccio al paziente bipolare possono verificarsi particolari difficoltà in relazione a specifiche fasi del disturbo: nelle fasi depressive, è possibile che il paziente tenda a dissimulare la propria sofferenza, attraverso la negazione dei sintomi e dei vissuti depressivi. Nelle fasi di euforia, il paziente potrebbe non riportare come sintomatici alcuni stati mentali e comportamenti poiché egli stesso non li individua come tali; in questi casi, deve essere aiutato a riconoscere

tutte le variazioni del proprio umore e riferirle. In fase maniacale, la disinibizione e la distraibilità possono rendere difficoltosa l'intervista su argomenti specifici.

Talvolta, poi, i professionisti della salute mentale non sono adeguatamente addestrati a riconoscere le forme più sottili del disturbo; certi sintomi, infatti, sono caratteristici di più disturbi.

### *Disturbo Bipolare e altri Disturbi Psichiatrici*

Il DB può essere confuso con il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD); le persone con ADHD hanno problemi costanti di attenzione e impulsività, ed anche le persone con disturbo bipolare possono diventare impulsive, ma per lo più durante la crisi maniacale, l'episodio misto o depressivo. L'ADHD non è accompagnato da euforia, aumentata spinta motivazionale, ipersessualità, diminuito bisogno di sonno o grandiosità oppure non è sperimentato insieme a profonde depressioni alternate a periodi di umore stabile.

Il DB può poi essere confuso con il Disturbo Borderline di Personalità, poiché anch'esso è costituito da variazioni significative del tono dell'umore; tuttavia, nel disturbo borderline di personalità il cambiamento del tono dell'umore è solitamente a breve termine e costituisce spesso la reazione ad un rifiuto da parte dei propri conoscenti o comunque a stimoli interpersonali. Le persone con Disturbo Borderline di Personalità spesso diventano depresse e possono rientrare nei criteri per un episodio depressivo maggiore; ma non sviluppano mai una reale sindrome maniacale o mista, a meno che non siano affetti anche da un disturbo bipolare.

Anche il Disturbo Ciclotimico presenta aspetti simili al DB, ma la ciclotimia è contrassegnata da un'alternarsi di brevi periodi di ipomania e lievi periodi di depressione per almeno due anni, i periodi asintomatici non devono essere superiori a due mesi alla volta; rispetto al disturbo bipolare II gli episodi depressivi e ipomaniacali risultano meno gravi, non richiedono ospedalizzazione e sono meno compromettenti. Ci sono pochi studi in merito al trattamento ideale per il disturbo bipolare II versus ciclotimia. Gli psichiatri hanno la tendenza a trattarli nella medesima maniera, con stabilizzanti dell'umore.

Un'altra patologia psichiatrica da cui deve essere distinto il DB è la Schizofrenia. Le persone con schizofrenia presentano deliri e allucinazioni, possono sperimentare depressioni severe, ma spesso il loro problema più grande è l'ottundimento emotivo. Anche le persone con disturbo bipolare possono avere allucinazioni o deliri ma queste sono tipicamente di tipo maniacale grandioso, paranoico o depressivo, sono circoscritti nel tempo e compaiono con l'instaurarsi dei cambiamenti del tono dell'umore. La prognosi a lungo termine della schizofrenia è peggiore che nel disturbo bipolare.

Nonostante esista un recente dibattito sull'esistenza o meno delle depressioni unipolari, attualmente risulta comunque utile distinguere il DB da Episodi depressivi maggiori ricorrenti. La situazione più comune è la persona che ha avuto ripetuti episodi depressivi, e che dopo sviluppa brevi periodi (pochi giorni) in cui si sente "elettrizzato", "su"; una persona che semplicemente si sente bene dopo essersi sentita depressa, ma non ha nessuno degli altri sintomi elencati nel gruppo di quelli classificati come ipomaniacali è probabilmente un paziente affetto da depressione unipolare. In caso di incertezza tra depressione unipolare o bipolare, va prescritto uno stabilizzante dell'umore prima di introdurre un antidepressivo, poiché l'antidepressivo, in caso di DB, potrebbe facilitare l'insorgenza di un episodio ipomaniacale.

Significative alterazioni dell'umore possono essere indotte dall'abuso di sostanze, ed in questo caso non è possibile fare diagnosi di DB. Sintomi maniacali o depressivi possono anche

### Capire il Disturbo Bipolare

essere simulati dall'assunzione di certe droghe (cocaina, amfetamina, eroina, LSD, alcol). I disturbi dell'umore indotti da sostanze hanno vita breve e svaniscono più rapidamente dei disturbi dell'umore non indotti da sostanze; sono solitamente trattati con la disintossicazione e un programma di disassuefazione. Le sostanze possono contribuire all'insorgenza del primo episodio bipolare; i cambiamenti del tono dell'umore rendono predisposti all'abuso di droghe o sostanze e queste a loro volta possono peggiorare i cambiamenti di umore.

Abbiamo fatto riferimento fino a questo momento alla Diagnosi di Disturbo Bipolare così come definita dal sistema di classificazione dei disturbi mentali più usato all'interno della comunità scientifica, il DSM IV. Si tratta, come noto, di un approccio categoriale alla malattia mentale, che suddivide le deviazioni dalla norma statistica in compartimenti separati, ciascuno con una propria etichetta. Secondo alcuni autori (Angst e Cassano 2005), però, nella pratica clinica le sfumature rappresentate dai molteplici fenotipi di disturbo dell'umore non vengono adeguatamente descritte da questa nosografia. Nella sfera dei disturbi dell'Umore infatti, i sistemi di classificazione attuali si esprimono attraverso dicotomie: "Disturbo Depressivo" o "Disturbo Bipolare", "Bipolare I" o "Bipolare II", "episodio singolo" o "ricorrente". Dal punto di vista del trattamento farmacologico queste distinzioni così nette hanno avuto una loro utilità nell'individuare cure diversificate a seconda del disturbo ma, secondo gli studiosi sopraccitati, ignorare quello che sta tra un estremo e l'altro delle oscillazioni dell'umore può portare a fare diagnosi errate. Per questo, per poter inquadrare meglio le complesse sfaccettature dei disturbi dell'umore è stato introdotto il concetto di spettro.

### L'ipotesi di spettro

Il termine *spettro* è stato usato per la prima volta da Kety et al. (1968) nella loro descrizione dei disturbi dell'ambito della schizofrenia e più tardi da Akiskal et al. (1977) per identificare lo spettro ciclotimico/bipolare, che descrive un continuum di sintomi comprendenti una gamma complessa di sottotipi bipolari. La figura 1 illustra il modello dello spettro bipolare mostrando un continuum dai sintomi della depressione pura a quelli della mania pura lungo il piano orizzontale e un gradiente della gravità dei sintomi lungo il piano verticale. Il modello riconosce vari sottotipi di disturbo bipolare:

- la Mania pura (M);
- aspetti prevalentemente Maniacali con lieve depressione (Md);
- Mania grave combinata con Depressione grave (MD);
- i disturbi bipolare II caratterizzati da episodi di Depressione maggiore e ipomania (mD).

Secondo Angst e Cassano (2005), il concetto di spettro non rinnega le categorie diagnostiche del DSM IV (APA 2002) e dell'ICD-10 (WHO 1992), ma offre una più ampia scala di sintomi e per questo tende a ridurre il problema della comorbilità presente quando si usano i sistemi di classificazione categoriale. A loro avviso il mancato riconoscimento dei disturbi dello spettro bipolare potrebbe ritardare il trattamento e peggiorare la prognosi, come accade quando ad un paziente bipolare si somministrano antidepressivi. Al contrario, l'identificazione precoce di una sintomatologia lieve preverrebbe l'occorrenza di manifestazioni gravi che hanno un impatto pesante sulla vita del soggetto.

Gli autori enumerano diverse ragioni dello scarso riconoscimento di sintomi maniacali sottosoglia rispetto ai sintomi depressivi sottosoglia. Alcuni esempi:

Psicotico (umore incongruente o congruente)	D	Dm	MD	Md	M
Sottosoglia	D d		md		m
Normale M Non psicotico	dsx			Md	
mdsx	msx	Dm		Md	

Figura 1. M: mania; m: ipomania; D: episodio depressivo maggiore; d: episodio depressivo minore, distimia; depressione breve ricorrente; dsx: sintomi depressivi sottosoglia; mdsx: sintomi depressivi e maniacali sottosoglia; msx: sintomi maniacali sottosoglia (Tabella ripresa da Angst e Cassano, 2005)

- Assenza di sofferenza soggettiva.
  - Aumentata produttività.
  - Egosintonia.
  - Fasi persistenti o prolungate di eccitazione sottosoglia dell'umore che aumentano il senso di benessere e l'autostima e rendono le esperienze di vita più piacevoli.
  - Carisma personale e attitudine alla leadership possono trarre beneficio da un innalzamento leggero dell'umore; queste lievi esperienze maniacali sono socialmente desiderabili e sono raramente interpretate dai professionisti come entità cliniche minori (Cassano et al. 2004).
  - Ritmicità diurna e stagionale associata a sintomi maniacali e ipomaniacali.
  - Tendenza degli psichiatri ad attribuire sintomi persistenti o periodici ai disturbi di personalità.
  - Centralità diagnostica dell'alternanza dell'umore che distrae i clinici da altri sintomi più sottili ma clinicamente significativi, come i cambiamenti nell'energia, sintomi neurovegetativi e cognizioni disfunzionali.
- Angst e Cassano (2005) sostengono che i disturbi dello spettro bipolare siano sottodiagnosticati a causa della disattenzione ai sintomi ipomaniacali, considerato anche l'impatto positivo sull'ambiente di un umore più espanso e di più alti livelli di energia. In aggiunta, tenuto conto che per porre diagnosi di disturbo bipolare II occorrono almeno un episodio depressivo maggiore e un episodio ipomaniacale, attualmente non vengono considerati sintomi o segni lievi che stanno al di sotto dei criteri soglia.

### *Capire il Disturbo Bipolare*

Cassano et al. (2004) rilevano inoltre che la distinzione tra bipolare e unipolare è stata messa in discussione negli ultimi decenni da studi di diversa natura:

- Studi clinici hanno dimostrato che il disturbo bipolare è frequentemente sottodiagnosticato e scambiato per disturbo depressivo maggiore unipolare, e conseguentemente trattato farmacologicamente in modo inadeguato (Ghaemi et al. 1999; Ghaemi et al. 2001);
- Studi teoretici mettono in guardia rispetto ai limiti di una diagnosi categoriale di disturbo bipolare o unipolare (Blacker e Tsuang 1992; Kendler e Gardner 1998);
- Studi epidemiologici supportano un ampliamento dei confini dello spettro bipolare fino ad includere ipomania, ciclotimia e disturbo bipolare non altrimenti specificato (Angst 1998);
- Studi familiari e genetici indicano che la correlazione familiare del disturbo bipolare e della depressione grave unipolare è in parte dovuta a cause genetiche (Duffy 2000; McGuffin e Katz 1989).

#### *La depressione unipolare ricorrente rientra nello spettro bipolare: lo studio di Cassano et al.*

Cassano e collaboratori affermano che esiste un significativo numero di pazienti cosiddetti unipolari che presenta leggeri sintomi ipomaniacali (2004). Sulla base di questa concettualizzazione unitaria dei disturbi dell'umore, viene ipotizzato che quasi tutte le depressioni ricorrenti sono in qualche misura bipolari e che il numero di sintomi maniacali/ipomaniacali è in relazione al numero di sintomi depressivi esperiti nell'arco di vita, ovvero che i sintomi maniacali/ipomaniacali sono associati ad indicatori di una maggiore gravità della depressione.

Gli studiosi hanno testato queste ipotesi su 223 pazienti con disturbi dell'umore (117 con depressione unipolare ricorrente e 106 con disturbo bipolare I). Inoltre sono stati reclutati due gruppi di controllo composti da pazienti ambulatoriali con problemi gastrointestinali e studenti universitari.

Sia ai gruppi sperimentali che a quelli di controllo è stata somministrata un'intervista clinica strutturata per lo spettro dei Disturbi dell'Umore (*The Structured Clinical Interview for the Spectrum of Mood Disorders*, Cassano et al. 1999), strumento che rileva sulla base di item dicotomici sintomi maniacali e depressivi nell'arco di vita, tratti e stili di vita che caratterizzano episodi dell'umore sindromici o sottosoglia e aspetti temperamentali legati alla disregolazione affettiva.

Da questo studio emergono diverse prove significative.

- I sintomi quali ideazione paranoide, allucinazioni uditive e tentativi di suicidio sono significativamente più frequenti nel disturbo bipolare rispetto ai pazienti unipolari.
- Esiste una relazione lineare tra il numero di item sui sintomi maniacali/ipomaniacali e il numero di item depressivi contrassegnati da entrambe le categorie di pazienti. In particolare, nei pazienti con depressione unipolare ricorrente, maggiore è il numero di item maniacali/ipomaniacali contrassegnati, più alta è la probabilità che vengano riportate ideazioni suicidarie. Quest'ultimo risultato corrobora l'osservazione che la presenza di sintomi maniacali, benché lievi, possa cambiare uno stato depressivo in uno stato misto e aumentare la probabilità di sintomi psicotici.
- Il numero e la gravità degli aspetti depressivi vissuti dai pazienti sia bipolari che unipolari sono collegati all'entità dei sintomi maniacali/ipomaniacali sperimentati nell'arco di vita, quindi una sintomatologia maniacale anche sottosoglia è correlata a depressioni più severe.
- Riferire sintomi di tipo paranoico, come ad esempio "sentire come se gli altri fossero la

*Francesca Allegría et al.*

causa di tutti i tuoi problemi” o “sentirsi circondati da ostilità”, e allucinazioni uditive, è collegato a sintomi maniacali/ipomaniacali sia nei pazienti con depressione unipolare ricorrente che nei pazienti con disturbo bipolare, nonostante generalmente tali sintomi si riscontrino con maggiore frequenza nella popolazione di pazienti bipolari di tipo I.

Nell’insieme questi dati suggeriscono che nei pazienti con depressione ricorrente gli aspetti maniacali/ipomaniacali non sono benigni, anzi aggravano il quadro psicopatologico perché correlati ad un esordio precoce della malattia, a maggiore probabilità di sviluppare sintomi psicotici e ad un aumentato rischio di suicidio attuale e nell’arco di vita.

Alla luce di questi risultati e di altri studi affini (Angst 1998; Ghaemi 1999), gli Autori confermano l’esistenza di un continuum dell’esprimersi dello stato dell’umore. Lo spettro bipolare ha però bisogno di essere collocato all’interno di una prospettiva longitudinale, che tenga quindi conto della storia del disturbo. Infatti è solo sul lungo termine che all’interno di un quadro depressivo si possono rilevare sintomi della sfera maniacale lievi o sottosoglia.

Concludiamo osservando che sebbene da anni la bipolarità venga considerata una tara genetica che produce una disregolazione emotiva, e ciò è comprovato dall’efficacia del litio e dei farmaci anticonvulsivanti nel controllare i cicli del disturbo bipolare (Goodwin e Jamison 1990), attualmente il ruolo dei fattori ereditari è stato almeno in parte ridimensionato. Infatti, considerando che la genetica non può spiegare completamente i processi e le differenze di espressione del disturbo, e avendo visto che gli effetti del litio si sono rivelati limitati, si è ampiamente allargato l’interesse per le condizioni psicosociali come fattori di rischio per l’insorgenza e il mantenimento del disturbo (Alloy et al. 2005); il che ha supportato anche lo sviluppo di nuove terapie in aggiunta a quella farmacologica. I modelli di vulnerabilità allo stress, così come l’ipotesi di spettro, costituiscono una strada interessante per evidenziare i potenziali fattori che possono influire e mediare tra le differenze individuali e gli eventi di vita.

## L’ipotesi Diathesi-Stress

L’ipotesi diathesi-stress inquadra la manifestazione del disturbo mentale come espressione di una combinazione complessa di elementi interagenti sia biologici che esperienziali, suddivisi tra fattori di vulnerabilità e fattori di resilienza.

Il modello di vulnerabilità proposto da Perris et al. (2001) sostiene l’importanza fondamentale delle interazioni dialettiche tra le predisposizioni del soggetto e il suo contesto di vita, che si influenzano reciprocamente. Questo approccio si rifà a concetti già utilizzati in letteratura e presenta alcune similarità con il concetto di determinismo reciproco di Bandura (1978) e di interazione dinamica di Magnusson ed Endler (1977), fondandosi sul ruolo dinamico del soggetto che dà significato e orienta le proprie conoscenze che si espandono nel corso dello sviluppo. In quest’ottica, il disturbo patologico risulta essere uno sviluppo alterato del normale adattamento dell’individuo, determinato dall’interazione tra eventi traumatici e vulnerabilità individuale, che a sua volta è influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali, anch’essi in rapporto di reciproca interazione. Il tutto avviene all’interno di una matrice culturale nella quale il soggetto è immerso, e lungo una dimensione temporale della vita nel corso della quale il grado di vulnerabilità cambia continuamente (Perris et al. 2001). Questa ipotesi non riguarda soltanto una patologia specifica, ma vuole spiegare la vulnerabilità di tutte le manifestazioni psicopatologiche. A supporto di tale ottica è stato dimostrato che la vulnerabilità aumenta la reattività degli individui agli eventi stressanti (Brown e Harris 1978; Perris 1984; Paykel 1982).

Gli eventi stressanti, però, non sono gli stessi per diverse persone, né per la stessa persona in diversi momenti di vita; ogni persona è vulnerabile in modo specifico e differente ad eventi particolari in particolari momenti. Perris parla di “importanza cruciale dell’interpretazione soggettiva degli eventi” e di “influenza dei fattori genetici sull’esperienza acquisita”, concetto espresso anche da Zubin e Spring e da Ciompi (Zubin e Spring 1977; Ciompi 1994).

La vulnerabilità individuale è dunque il frutto di interazioni continue nel corso dello sviluppo tra fattori biologici e psicosociali, in quanto le funzioni cognitivo-affettive si sviluppano attraverso le esperienze sensoriali. Risulta pertanto fondamentale anche l’interazione tra il bambino e il caregiver, sistematizzata e studiata nella teoria dell’attaccamento (Bowlby 1969, 1973, 1980).

La letteratura risulta concorde nel suggerire che gli eventi percepiti stressanti precedono gli episodi sintomatici del DB e che il supporto sociale negativo e l’alta emotività espressa degli altri significativi conducono ad un decorso peggiore del disturbo (Alloy et al. *in press*; Alloy et al. 2005; Johnson e Kizer 2002; Rosenfarb et al. 2001; Johnson et al. 1999; Johnson e Roberts 1995; Priebe et al. 1989; Miklowitz et al. 1988).

Molti studi suggeriscono che, come nel caso della depressione unipolare, l’occorrenza di eventi stressanti nella vita dei pazienti bipolari aumenta il rischio prossimale di esordio e ricadute (Christensen et al. 2003; Hunt et al. 1992).

Ehlerr et al. (1988) e Healy e Williams (1998) hanno avanzato l’ipotesi secondo cui gli eventi di vita che alterano i ritmi circadiani giornalieri possono contribuire a destabilizzare l’umore, ipotesi verificata in diversi studi (Ashman et al. 1999; Malkoff-Schwartz 1998, 2000). In particolare, aumenta il rischio di episodi maniacali e ipomaniacali (Alloy et al. *in press*; Alloy et al. 2005; Johnson e Roberts 1995), ma non depressivi (Johnson e Sandrow 2000). Anche gli eventi positivi possono essere attivanti e condurre a sintomi maniacali e ipomaniacali, alti livelli di energia, pensiero veloce e comportamenti a rischio (Johnson et al. 2000; Urosevic et al. 2005).

Il supporto sociale di amici e familiari può fare da muro agli effetti deleteri degli stressors e ridurre i tempi di remissione. Come hanno dimostrato alcuni studi i depressi tendono ad essere maggiormente supportati rispetto ai maniacali (Bauwens et al. 1991; Kulhara et al. 1999). Gli studi di Johnson et al. (2000) e di Johnson (2005) hanno riscontrato che i pazienti con scarso sostegno sociale e parenti con alta emotività espressa o stile affettivo negativo hanno più probabilità di ricadute, subiscono ricoveri più lunghi e sono più deteriorati. I sintomi bipolari vengono predetti anche dall’alta emotività espressa, autostima, supporto sociale, stili cognitivi, interruzione del sonno, farmaci ed età dell’episodio (Johnson e Meyer 2004).

I modelli cognitivi della depressione unipolare ipotizzano che i pattern cognitivi disfunzionali, come gli stili negativi di inferire cause e conseguenze, gli schemi del sé negativi, le abitudini disfunzionali e la personalità sociotropica e autonoma (Beck 1967, 1987), agiscono come fattore di vulnerabilità quando le persone esperiscono eventi stressanti di vita (Alloy et al. *in press*; Alloy et al. 1999; Hammen e Gitlin 1997; Newman et al. 2002; Alloy et al. 1999). Questo stile maladattivo accentua la probabilità che gli eventi vengano esperiti negativamente, sollecitando o amplificando una visione disperata del mondo e di sé, dando luogo ai sintomi depressivi. Tale principio, esteso al disturbo bipolare, porta a due ipotesi: secondo la prima, i bipolari possiedono anche stili cognitivi e schemi di sé positivi che accrescono il rischio mania/ipomania quando vengono attivati da eventi percepiti positivamente; in base alla seconda, le persone bipolari esperiscono e ostentano la propria vulnerabilità attraverso episodi maniacali/ipomaniacali. Una formulazione psicodinamica suggerisce che la grandiosità degli stati maniacali è una difesa o una controreazione per scongiurare la tendenza depressiva (Klein 1994; Rado 1928; Abraham 1911, 1927; Dooley 1921). In una prospettiva cognitivista, Neale (1988) sostiene che gli eventi di vita percepiti come confermantici la bassa autostima, quando gli individui non

riescono a sostenere il senso di disperazione e di bassa autostima, portano alla depressione; invece la mania si presenta per reazione all'insostenibilità della disperazione e porta a pensieri grandiosi che servono ad evitare che i pensieri depressivi diventino consapevoli. L'episodio maniaco sarebbe quindi un atto estremo per riguadagnare controllo e mastery rispetto ai pensieri depressivi.

Rispetto a quanto visto finora si può concludere che i fattori psicosociali contribuiscono ad un rischio reale per l'esordio, il decorso e l'espressione del disturbo sia per la depressione bipolare che per quella unipolare. Inoltre, specifici eventi di vita in interazione con supporto sociale scarso, e l'alterazione dei ritmi sociali possono costituire fattori di rischio specifici per lo sviluppo di episodi bipolari. Invece, gli stili cognitivi, che sembrano essere negativi quanto quelli degli unipolari costituiscono un fattore di rischio per le ricadute, soprattutto quando in associazione con eventi di vita rilevanti. Un parenting problematico e le storie di maltrattamento sembrano essere anch'essi associati ad un peggiore decorso della malattia, ma sono necessarie ancora altre ricerche per confermare questo dato.

La vulnerabilità genetica può essere associata a particolari stili cognitivi, comportamentali ed esposizioni ad avvenimenti negativi. Tuttavia le prove che i fattori ambientali destabilizzanti dell'umore siano di natura genetica non sono ancora confermate da nessuno studio, i pochi che ci sono riguardano i disturbi associati con ambienti familiari in cui ci sono parenti con predisposizione genetica al disturbo (Goodwin e Jamison 1990; Nurnberger e Gershon 1992).

Concludendo, l'eziologia, la vulnerabilità, lo compenso ed il decorso del DB risentono dell'interazione complessa e reciproca tra fattori genetici e fattori psicosociali e cognitivi. A sua volta, il DB incide sul decorso e sulla vulnerabilità alla ricaduta: molti bipolari hanno vite caotiche a seguito della loro patologia, il che accresce l'esacerbarsi di elementi negativi e stressanti all'interno del loro ambiente di vita, quali scarso supporto sociale, scarsa capacità di coping e di valutazione, scarse capacità genitoriali, uso di alcol e sostanze (Alloy 1999; Hammen 1991; Johnson e Roberts 1995).

## Bibliografia

- Abraham K (1911/1927). *Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and a Uied conditions*. In E Jones (Ed.), *Selected papers of Karl Abraham*. London: Hogarth.
- Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK (1977). Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in bipolar affective group. *American Journal of Psychiatry* 134, 1277-1233.
- Alloy LB, Abramson LY (in press). History of parenting and bipolar spectrum disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Alloy LB, Abramson LY, Neeren AM, Walshaw PD, Urosevic S, Nusslock R (2006). Psychosocial risk factors for bipolar disorder: Current and early environment and cognitive styles. In S Jones, R Bentall (Eds.), *The psychology of bipolar disorder: New developments and research strategies*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Alloy LB, Abramson LY, Raniere D, Dyller IM (1999). Research methods in adult psychopathology. In PC Kendall, JN Butcher, GN Holmbeck (Eds.) *Handbook of research methods in clinical psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Alloy LB, Abramson LY, Tashman NA, Berrebbi DS, Hogan ME, Whitehouse WG (2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy and Research* 25, 397 - 423.

*Capire il Disturbo Bipolare*

- Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM (2005). The Psychosocial context of bipolar disorders: environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review* 25, 1008-1027.
- Alloy LB, Reilly-Harrington N, Fresco DM, Whitehouse WG, Zechmeister JS (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 13, 21-40.
- Alloy LB, Reilly-Harrington NA, Fresco DM, Flannery-Schroeder E (2005). Cognitive vulnerability to bipolar spectrum disorders. In LB Alloy, JH Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 93-124). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, IV ed. Text Revision* (DSM IV-TR). APA Press, Washington DC. Tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV edizione, Text revision. APA Masson S.p.a., Milano.
- Angst J (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders* 50, 143-151.
- Angst J, Cassano G (2005). The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 7, 2, 1-9.
- Arachi A (2006). *Lunatica*. Rizzoli Editore.
- Ashman SB, Monk TH, Kupfer DI, Clark CN, Myers FS, Frank E (1999). Relationship between social rhythms and mood in patients with rapid cycling bipolar disorder. *Psychiatry Research* 86, 1-8.
- Bandura A (1978). The self system in reciprocal determinism. *The American Psychologist* 33, 4, 344 - 358.
- Bauwens F, Tracy A, Pardoën D, Van der Elst M, Mendlewicz L (1991). Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients: A comparison with age- and sex-matched controls. *British Journal of Psychiatry* 159, 239-244.
- Beck AT (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck AT (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy - An International Quarter* 1, 5-37.
- Bentall RP, Thompson M (1990). Emotional Stroop performance and the manic defense. *British Journal of Clinical Psychology* 29, 235-237.
- Blacker D, Tsuang MT (1992). Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 149, 1473-1483.
- Bowlby J (1973). *Attachment and Loss*. Vol. 2: *Separation*. New York: Basic Books. Tr. It. *Attaccamento e perdita*. Vol. 2: *La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications. Tr. It. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1982.
- Bowlby J (1980). *Attachment and Loss*. Vol. 3: *Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books. Tr. It. *Attaccamento e perdita*. Vol. 3: *La perdita della madre*. Boringhieri, Torino 1983.
- Brown GW, Harris TO (1978). *The Bedford college life events and difficulty schedule: Directory of contextual threat ratings of events*. London: Bedford College, University of London.
- Carbone R (2002). *L'apparizione*. Piccola Biblioteca, Oscar Mondadori.
- Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E (1999). The Bipolar Spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *Journal of Affective Disorder* 54, 319 - 328.
- Cassano GB, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear MK, Kupfer DJ (2004). The mood spectrum in Unipolar and Bipolar Disorder: Arguments for a Unitary Approach. *American Journal of Psychiatry* 161, 7, 1264 - 1269.
- Christensen EM, Gjerris A, Larsen JK, Bendtsen BB, Larsen BH, Rolff H (2003). Life events and onset of a new phase in bipolar affective disorder. *Bipolar Disorders* 5, 356-361.

- Ciampi L (1994). *Logica affettiva*. Feltrinelli, Milano.
- Dooley L (1921). A psychoanalytic study of manic-depressive psychosis. *Psychoanalytic Review* 8, 32-72.
- Duffy A, Grof P, Robertson C, Alda M (2000). The implications of genetic studies of major mood disorders in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 61, 630-637.
- Dunner DL, Patrick V, Fieve RR (1979). Life events at the onset of bipolar affective illness. *American Journal of Psychiatry* 136, 508-511.
- Ehlers CL, Frank E, Kupfer DL (1988). Social zeitgebers and biological rhythms. *Archives of General Psychiatry* 45, 948-952.
- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK (2001). The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *Journal of Psychiatric Practice* 7, 287 - 297.
- Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin FK (1999). Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders* 52,135-144.
- Goldberg, LF, Harrow M, Grossman L (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 152, 379-384.
- Goodwin FK, Jamison KR (eds) (1990). *Manic-Depressive Illness*, pp. 373-401. New York: Oxford University Press.
- Hammen C (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 555-561.
- Hammen C, Gitlin M (1997). Stress reactivity in bipolar patients and its relation to prior history of disorder. *American Journal of Psychiatry* 154, 856-857.
- Healy D, Williams LMG (1988). Dysrhythmia, dysphoria, and depression: The interaction of learned helplessness and circadian dysrhythmia in the pathogenesis of depression. *Psychological Bulletin* 103, 163-178.
- Hunt N, Bruce-Lones W, Silverstone T (1992). Life events and relapse in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 25, 13-20.
- Hyman SE (2000). Goals for research on bipolar disorder: The view from NIMH. *Biological Psychiatry* 48, 436-441.
- Johnson SL (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical Psychology Review* 25, 1008-1027.
- Johnson SL, Kizer A (2002). Bipolar and unipolar depression: A comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors. In Gotlib IH, Hammen CL (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 141-165). New York, NY: Guilford Press.
- Johnson SL, Meyer B (2004). Psychosocial predictors. In SL Johnson, RH Leahy (Eds.), *Psychological treatments of bipolar disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Johnson SL, Roberts JR (1995). Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories. *Psychological Bulletin* 117, 434-449.
- Johnson SL, Sandrow D, Meyer B, Winters R, Miller I, Keitner G (2000). Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 721- 727.
- Johnson SL, Winett C, Meyer B, Greenhouse W, Miller I (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 108, 558-566.
- Kendler KS, Gardner CO (1998). Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry* 155, 172-177.
- Kety SS, Rosenthal D, Winder PH, Schulsinger F (1968). The Types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In Rosenthal D, Kety SS (eds.), *The transmission of Schizophrenia*. Oxford: Pergamon Presse, pp. 345-362.
- Klein M (1994). Mourning and its relation to manic-depressive states. In Frankiel RV (Ed.), *Essential*

### Capire il Disturbo Bipolare

- papers on objectloss. Essential papers in psychoanalysis*, pp. 95-122. New York: State University of New York Press.
- Kulhara P, Basu D, Mattoo SK, Sharan P, Chopra R (1999). Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: Long-term outcome and its psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders* 54, 87-96.
- Magnusson D, Endler NS (1977). *Interactional psychology: present status and future prospects*. In: D Magnusson, NS Endler (eds.), *Personality at the crossroads: current issues in interactional psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson BP, Hlastala SA, Luther LF, Shenill LT (2000). Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychological Medicine* 30, 1005-1010.
- Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson BP, Shenill LT, Siegel L, Patterson D (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry* 55, 702-707.
- McGuffin P, Katz R (1989). The genetics of depression and manic-depressive disorder. *British Journal of Psychiatry* 155, 294-304.
- Miklowitz DL, Goldstein ML, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz L (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 45, 225-231.
- Neale JM (1988). *Defensive function of manic episodes*. In: TF Oltmanns, BA Maher (Eds.) *Delusional beliefs* (pp. 131-148). New York: Wiley.
- Newman CF, Leahy RL, Beek AT, Reilly-Harrington NA, Gyulai L (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: APA Books.
- Nurnberger JI, Gershon ES (1992). Genetics. In: Paykel ES (ed) *Handbook of Affective Disorders, Second Edition*, pp 131-148. United Kingdom, Churchill Livingstone.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, 10th revision. Geneva: World Health Organisation; ed. it. A cura di D Kemali et al., *ICD-10. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche. Sindromi e disturbi psichici e comportamentali*. Masson, Milano.
- Paykel ES (1982). *Life events and early environment*. In: ES Paykel (Eds), *Handbook of affective disorders*. Guilford press, New York.
- Perris C (1984). Life events and depression: Part 2. Results in diagnostic subgroups, and in relation to the recurrence of depression. *Journal of Affective Disorders* 7, 25-36.
- Perris C, Arrindell E, Vali de Ende JV, Knorr L (1986). Perceived depriving parental rearing and depression. *British Journal of Psychiatry* 148, 170-175.
- Perris C, McGorry PD (2001). *Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*. Masson, Milano.
- Priebe S, Wildgrube C, Muller-Oerlinghausen B (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry* 154, 396-399.
- Rado S (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psychoanalysis* 9, 420-438.
- Redfield JK (1995). *An Unquiet Mind*. A. Knopf, Inc. Tr.it. *Una Mente Inquieta*, Longanesi & C. 1996.
- Rosenfarb IS, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Harmon L, Nuechterlein KH, Rea MM (2001). Family transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process* 40, 5-14.
- Urosevic S, Abramson LY, Harmon-Jones E, Donovan PM, Van Voorhis LL, Hogan ME (2005). The Behavioral Approach System B.A.S and bipolar spectrum disorders: Relationship of BAS and Behavioral Inhibition System (BIS) sensitivities to bipolar spectrum diagnoses and hypomanic personality. *Motivation and Emotion* 30, 2, 143-155.

*Francesca Allegria et al.*

Zubin J, Spring B (1977). Vulnerability, a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 88, 103-126.

*Indirizzo per la corrispondenza:*

Dott.ssa Antonella Rainone, Studio di Psicoterapia APC-SPC, V.le Castro Pretorio, 116A - 0185 – Roma, Tel 0644704193, Fax 0644360720 – email [rainone@apc.it](mailto:rainone@apc.it)