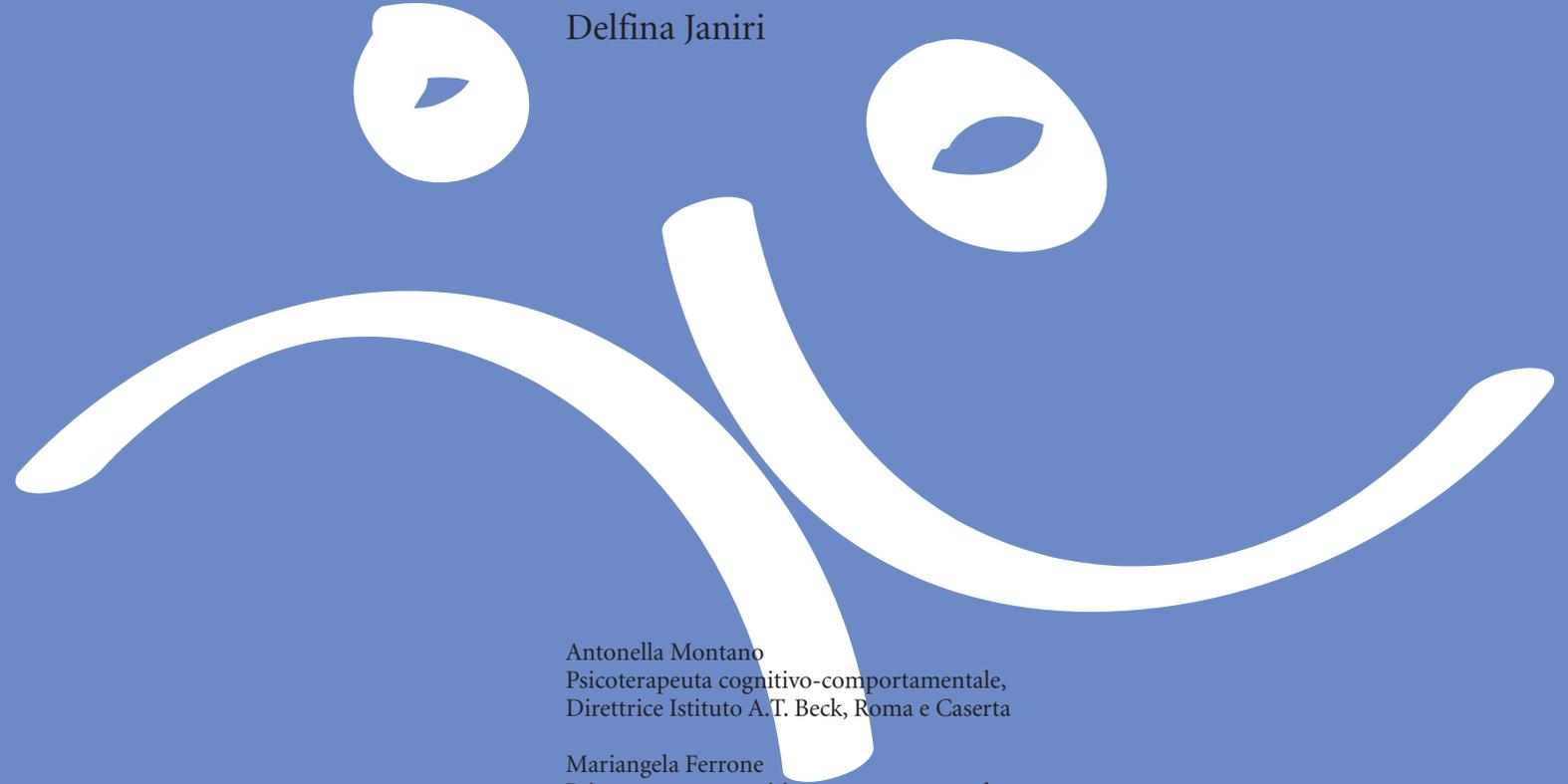


ISTITUTO A.T. BECK

# Il disturbo bipolare

A cura di  
Antonella Montano  
Mariangela Ferrone  
Gabriele De Gabrielis  
Delfina Janiri



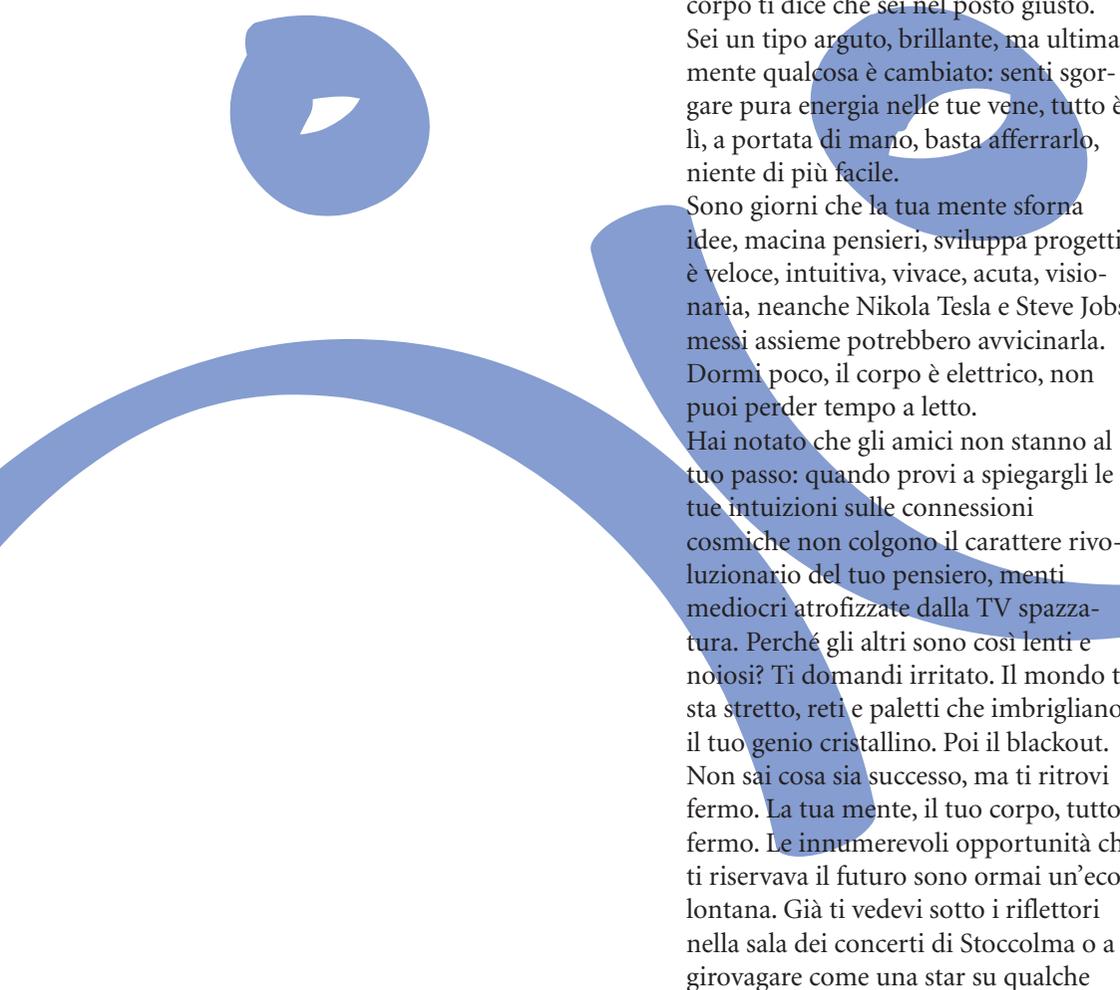
Antonella Montano  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Direttrice Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Mariangela Ferrone  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Docente interno Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Gabriele De Gabrielis  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Collaboratore Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Delfina Janiri  
Medico Psichiatra

## Presentazione



Hai vent'anni. Primo anno di università. Il profumo della libertà ti sale su per le narici. Un'inhalazione vitale quotidiana. Tutto ha il sapore delle cose nuove: i corsi, le serate con i colleghi di facoltà, la ragazza seduta in prima fila che hai invitato al concerto, le pause tra una lezione e l'altra sdraiato sul prato al tiepido sole di fine settembre.

Tutto questo ti piace, ogni cellula del tuo corpo ti dice che sei nel posto giusto.

Sei un tipo arguto, brillante, ma ultimamente qualcosa è cambiato: senti sgorgare pura energia nelle tue vene, tutto è lì, a portata di mano, basta afferrarlo, niente di più facile.

Sono giorni che la tua mente sforna idee, macina pensieri, sviluppa progetti, è veloce, intuitiva, vivace, acuta, visionaria, neanche Nikola Tesla e Steve Jobs messi assieme potrebbero avvicinarla. Dormi poco, il corpo è elettrico, non puoi perder tempo a letto.

Hai notato che gli amici non stanno al tuo passo: quando provi a spiegarli le tue intuizioni sulle connessioni cosmiche non colgono il carattere rivoluzionario del tuo pensiero, menti mediocri atrofizzate dalla TV spazzatura. Perché gli altri sono così lenti e noiosi? Ti domandi irritato. Il mondo ti sta stretto, reti e paletti che imbrigliano il tuo genio cristallino. Poi il blackout. Non sai cosa sia successo, ma ti ritrovi fermo. La tua mente, il tuo corpo, tutto fermo. Le innumerevoli opportunità che ti riservava il futuro sono ormai un'eco lontana. Già ti vedevi sotto i riflettori nella sala dei concerti di Stoccolma o a girovagare come una star su qualche

bizzarro mezzo nelle strade della Silicon Valley e, invece, ti ritrovi immerso nella periferia di Nairobi. Ristagni in un presente grigio. Tutto è perduto.

La mente, addormentata, non vede più sbocchi. Leggere un articolo di giornale pesa come un macigno.

Le idee non scorrono più. Alzarsi al mattino è una fatica enorme, i muscoli non ne vogliono sapere di contrarsi, così rimani a letto tutto il giorno. Perché vivere? Non ha più senso. Quella sorgente inesauribile di energia e idee è ormai prosciugata.

Lo stato dell'umore varia per lo stesso soggetto, da momento a momento, in base all'equilibrio somato-biologico, ai pensieri, alle situazioni esistenziali di volta in volta vissute. Il tono dell'umore, invece, occupa tutta la gamma che va dalla gioia alla tristezza, influenza l'attività intellettuale, volitiva, comportamentale nonché le funzioni vegetative e somatiche.

L'umore assume tratti patologici quando oscilla al di là della soglia compatibile con l'importanza delle situazioni di gratificazione o di frustrazione vissute dall'individuo.

Le oscillazioni patologiche dell'umore presentano delle caratteristiche come l'eccesso, la mancanza di una causa scatenante o l'indipendenza da fattori esterni, la persistenza nel tempo e la contemporanea presenza di sintomi somato-vegetativi o cognitivi (Cassano & Tundo, 2006).

Il disturbo bipolare è caratterizzato da profondi sbalzi d'umore patologici, dalla mania alla depressione, intervallati da periodi di sintomi subsindromatici (cioè sintomi insufficienti a costituire un episodio dell'umore maggiore) oppure da periodi di benessere psicopatologico.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (ora DSM-5) abilita un linguaggio clinico comune tra i professionisti, ma non è ancora in grado di comprendere completamente l'eziologia della malattia.

Il disturbo bipolare tende a peggiorare in particolari periodi dell'anno.

In genere, l'episodio depressivo maggiore insorge più facilmente in autunno (probabilmente, a causa della diminuzione della quantità di luce ambientale) mentre le fasi maniacali possono essere scatenate dal cambio di stagione primaverile o dall'arrivo dell'estate. In questi periodi, il paziente affetto da disturbo bipolare dovrà essere seguito con maggior attenzione e potranno essere necessarie modificazioni temporanee della terapia farmacologica.

# Modulo 1

## Inquadramento generale

Che cos'è il disturbo bipolare

Come si manifesta il disturbo bipolare

### Che cos'è il disturbo bipolare

I disturbi dello spettro bipolare sono costituiti da una serie di sindromi (insieme di segni e sintomi) e caratterizzato principalmente da rapide oscillazioni del tono dell'umore, per cui la persona passa dalle vette della mania agli abissi della depressione.

Tali oscillazioni sono non prevedibili, incontrollabili, prolungate, estreme, eccessive, accompagnate da altri cambiamenti associati, nei pensieri, nel modo di comportarsi e anche nei sistemi biologici, tutte modificazioni che compromettono il normale funzionamento quotidiano; inoltre sconvolgono il modo di vivere, causando problemi significativi personali e relazionali in colui che ne soffre e/o agli altri (Scott, 2001). Queste oscillazioni, dette episodi, possono essere intervallate da periodi asintomatici che prendono il nome di eutimia, normotimia o normoforia.

I disturbi dello spettro bipolare coinvolgono l'1% della popolazione mondiale. La prevalenza è dello 0,6% per il disturbo bipolare I, dello 0,4% per il disturbo bipolare II, dell'1,4% per le manifestazioni sottosoglia dei disturbi bipolari e del 2,4% quando si considera lo spettro dei disturbi bipolari (Merikangas et al., 2011).

Il disturbo bipolare rappresenta la sesta causa di invalidità nelle persone tra i 15 e i 44 anni, oltre a costituire la causa più comune di disabilità. La prevalenza della patologia è tra l'1 e l'1,5 %, equamente divisa nei due sessi (APA, 2013).

Non sono presenti differenze significative di prevalenza in rapporto alle culture e ai diversi gruppi etnici. La fascia d'età che va dai 15 ai 30 anni rappresenta il momento in cui l'insorgenza del disturbo bipolare raggiunge il suo picco; esistono casi di disturbo bipolare esordito nell'infanzia e dopo i 50 anni. L'insorgenza del disturbo in età infantile pone l'importante tema della diagnosi differenziale con il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Se è vero, infatti, che i due disturbi hanno in comune sintomi come inattenzione, impulsività, irritabilità o iperattività è vero anche che, in caso di ADHD, questi hanno un esordio molto precoce e sono costanti, mentre nel Disturbo Bipolare sono fluttuanti. Inoltre, il DB in età evolutiva è caratterizzato da grandiosità, fuga delle idee, ipersessualità, scarso bisogno di sonno: tutti sintomi che non sono presenti in caso di ADHD.

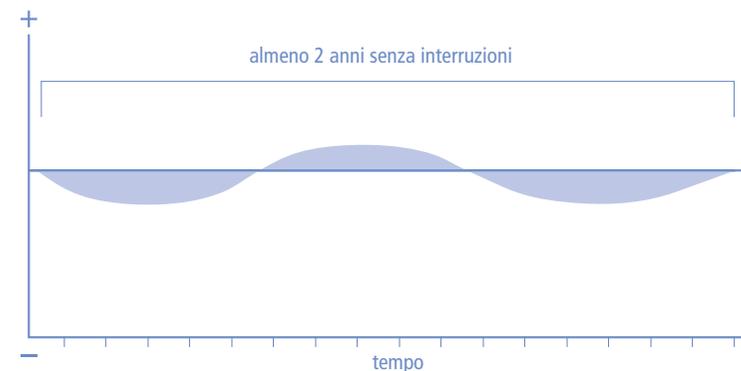
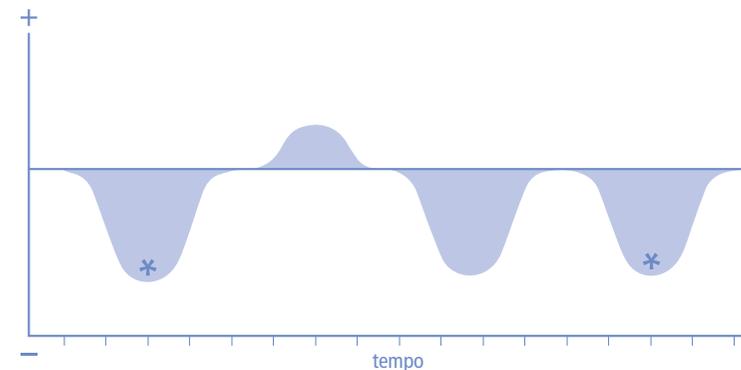
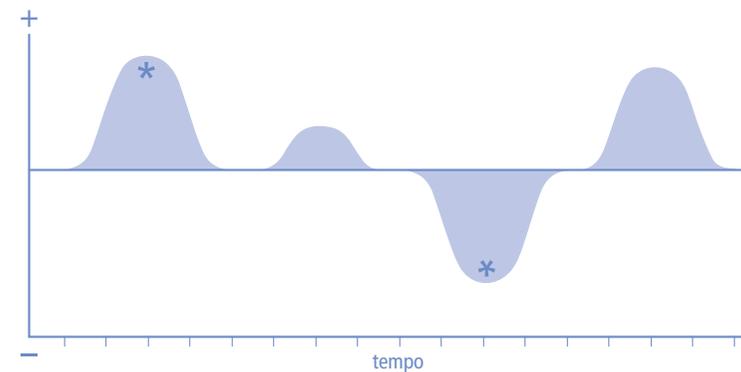
Il DSM-5 (2013) classifica il disturbo bipolare nel seguente modo:

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto ad un'altra condizione medica
- Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
- Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione

Nello specifico, il **disturbo bipolare I** è caratterizzato dall'alternanza di fasi depressive e maniacali o miste, o dalla sola presenza di ricorrenti episodi maniacali. Generalmente la fase maniacale e la fase depressiva si susseguono senza la presenza di un intervallo libero; in altre forme, al contrario, è presente un periodo di umore stabile (eutimia) tra una fase e l'altra.

Il **disturbo bipolare II** è caratterizzato da episodi di depressione maggiore e da stati qualitativamente simili alla mania, ma meno intensi, denominati ipomaniacali.

Il **disturbo ciclotimico** è caratterizzato da un'alterazione cronica dell'umore, presente consecutivamente per almeno due anni. Per porre diagnosi di disturbo ciclotimico è necessaria la presenza di numerosi periodi con sintomi ipomaniacali e depressivi, senza raggiungere i criteri di gravità e durata dell'Episodio Depressivo Maggiore e di quello Ipomaniacale.



Nel **disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci** l'alterazione umorale si sviluppa nel contesto di un'intossicazione o di un'astinenza da sostanze psicoattive oppure successivamente all'assunzione di un farmaco.

Nel **disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto ad un'altra condizione medica** l'umore appare anormalmente elevato, espanso o irritabile e ci sono evidenze che l'alterazione umorale è la conseguenza diretta di una condizione medica sottostante.

I clinici utilizzano la categoria del **disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione** quando i sintomi presentati dal paziente non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi precedentemente descritti, specificando la motivazione per cui i criteri non vengono soddisfatti.

Nel **disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione** non viene specificata la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo bipolare e disturbi correlati non sono soddisfatti. Alla luce di quanto detto, è fondamentale effettuare una corretta diagnosi che tenga conto sia dei disturbi in comorbilità che di quelli spesso confusi con il disturbo bipolare: disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), disturbo borderline di personalità, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze e alcol, schizofrenia e disturbo schizoaffettivo (APA, 2013; Miklowitz, 2019). Recentemente è stato esplorato il

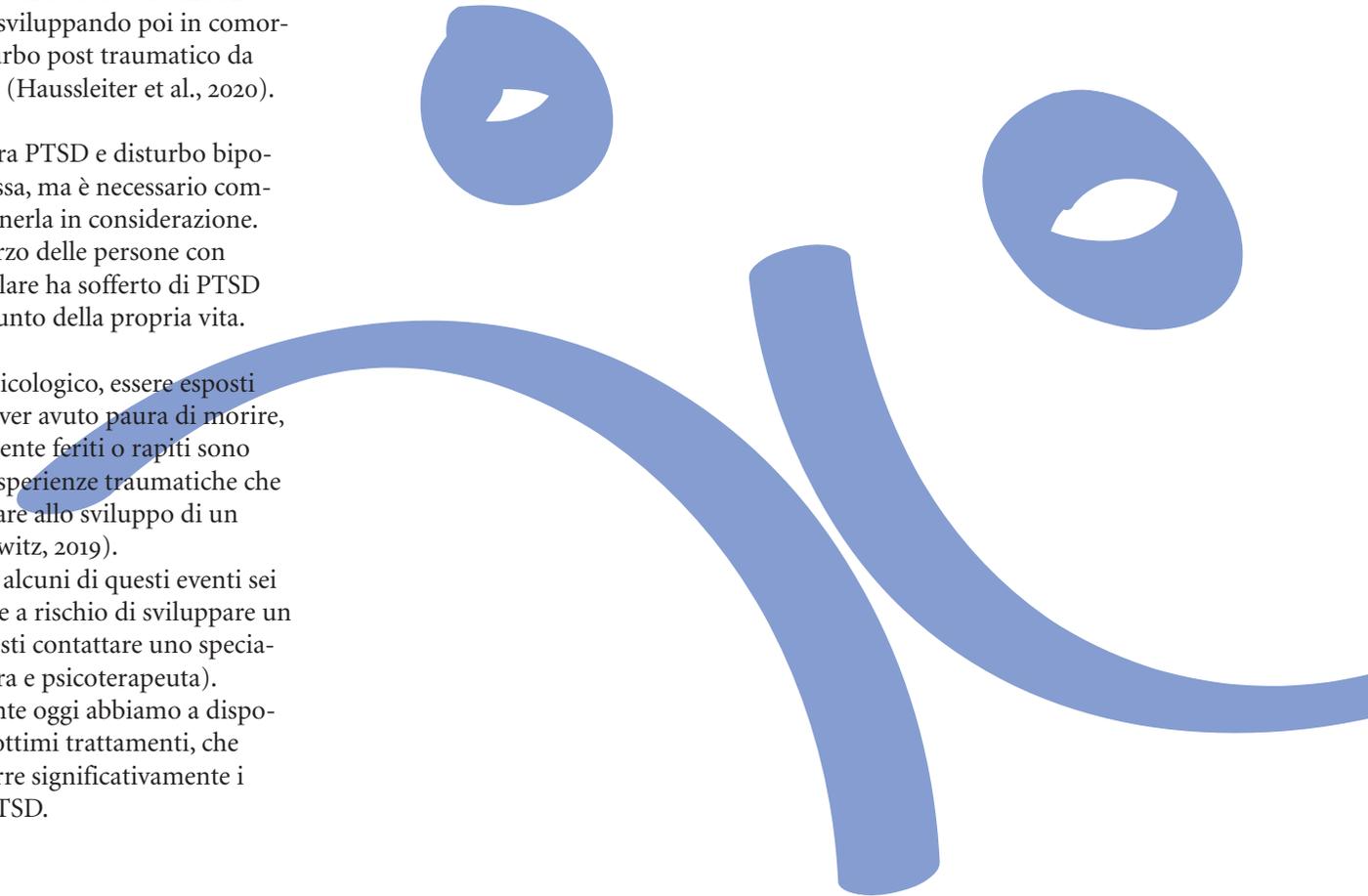
ruolo che il maltrattamento sui minori ha rispetto all'esordio di un disturbo bipolare: quello che è emerso è che queste esperienze avverse sono piuttosto comuni tra questi pazienti.

Circa la metà di loro, infatti, ha riportato esperienze di abuso e abbandono nell'infanzia, sviluppando poi in comorbilità un disturbo post traumatico da stress (PTSD) (Hausleiter et al., 2020).

La relazione tra PTSD e disturbo bipolare è complessa, ma è necessario comprenderla e tenerla in considerazione. Fino ad un terzo delle persone con disturbo bipolare ha sofferto di PTSD ad un certo punto della propria vita.

Un trauma psicologico, essere esposti alla morte o aver avuto paura di morire, essere gravemente feriti o rapiti sono alcune delle esperienze traumatiche che possono portare allo sviluppo di un PTSD (Miklowitz, 2019).

Se hai vissuto alcuni di questi eventi sei maggiormente a rischio di sviluppare un PTSD e dovresti contattare uno specialista (psichiatra e psicoterapeuta). Fortunatamente oggi abbiamo a disposizione degli ottimi trattamenti, che possono ridurre significativamente i sintomi del PTSD.



## Come si manifesta il disturbo bipolare

Le oscillazioni tipiche del disturbo bipolare, come abbiamo visto, possono assumere il volto della mania, dell'ipomania, della depressione e dello stato misto (Cassano & Tundo, 2006; Pancheri & Cassano, 1999).

### Episodio maniacale

*“La mania, beh, che dire, non è un caso che ci siano droghe che simulano il suo stato. Credo che tutti dopo aver provato per un solo giorno lo stato maniacale ne vorrebbero ancora. Senza dubbio.*

*Se non fosse che dopo un po' porta a paranoie, allucinazioni, incapacità a discernere la realtà dalle illusioni e ad esaurire i neuroni, quindi a un esaurimento e ad una depressione, penso che nessuno avrebbe mai ipotizzato di fermarlo.*

*È la perfezione: non si sente la fame, serve pochissimo sonno, fino ad un certo punto i pensieri sono lineari e brillanti, le forze fisiche si decuplicano.*

*Avviene che per le ingenti informazioni che si leggono e i collegamenti rapidissimi si giunge ad una conoscenza che potrebbe essere mondiale in pochi anni.*

*Persino imparare una lingua non è uno sforzo. L'amore è romantico e le storie dei film e dei libri fanno piangere.*

*C'è una sensibilità pazzesca.*

*Ci si innamora di miti, si diviene eroi.*

*È facile capire perché pochi accettano che questo venga interrotto.*

*Mentre per la depressione la fase successiva è un miglioramento a livello cognitivo, in questo caso dopo c'è la nostalgia e il desiderio di tornarci. Può anche essere che faccia paura talvolta, a causa delle illusioni.*

*Per questo ritengo che chi è bipolare sia stato scelto per vivere delle esperienze di beatitudine e tormento e sia per sempre legato agli stati che ha vissuto e alle rivelazioni derivanti” (Carlo, 30 anni).*

Secondo il DSM-5 (2013) l'episodio maniacale è caratterizzato da un umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e, parallelamente, da un aumento dell'attività finalizzata e dell'energia in maniera anomala e persistente.

Tale periodo dura almeno 1 settimana e i sintomi sono presenti per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni; vi è una grave compromissione del funzionamento socio-lavorativo e, in alcuni casi, è richiesto il ricovero.

L'episodio maniacale solitamente è preceduto, per 3-4 giorni, da una serie di sintomi detti prodromi: aumento dell'appetito, dell'energia, della sessualità, iperattività, loquacità inusuale, espansività, spese eccessive e riduzione del bisogno di sonno.

Durante la fase maniacale la persona si sente allegra, euforica, ottimista, al massimo delle proprie potenzialità fino a sperimentare, in casi estremi, sensazioni di intensa beatitudine.

Nonostante ciò, questo stato è instabile: minimi contrasti e frustrazioni, o modesti stimoli ambientali fanno sì che la persona sperimenti rabbia, irritazione, aggressività, o tristezza, pianto e ideazione suicidaria. Dopo qualche minuto, o al massimo qualche ora, l'umore torna ad essere euforico.

Talvolta il tono dell'umore prevalente è quello della disforia: il soggetto appare volubile, polemico, scontroso, intollerante e aggressivo nei confronti degli altri.

L'attività motoria e l'energia risultano aumentate: la persona appare vivace, irrequieta, piacevole, seduttiva, il tono della voce è alto, il linguaggio retorico e prolisso, lo sguardo è mobile, l'abbigliamento vistoso e bizzarro. Vi è un incremento delle attività lavorative e piacevoli che spesso risultano non finalizzate fino, nei casi estremi, ad essere disorganizzate e confuse, con perdita della capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati e forte diminuzione della produttività.

Nelle forme più gravi la persona sente che tutto è possibile, disponibile, senza limitazioni, le regole e i vincoli vengono meno, prevalgono disordine e scarsa igiene personale, le norme sociali e morali non vengono rispettate, può mettere in atto comportamenti rischiosi e/o illegali come guida spericolata, gioco d'azzardo, spese eccessive, atti osceni, aggressioni sia verbali che fisiche e, impulsivamente, tentativi di suicidio. Nonostante ci si senta più efficienti da un punto di vista cognitivo, vi è invece un calo dell'attenzione, della concentrazione, della sintesi e della riflessione: la persona si distrae facilmente, è incapace di mantenere l'attenzione costante su un argomento e un compito, tanto da non riuscire a portarlo a termine; il flusso del pensiero è accelerato e frammentato come se la mente fosse affollata da idee che si susseguono freneticamente senza riuscire a controllarne la concatenazione. Il contenuto del pensiero è focalizzato su idee di grandezza che possono riguardare la propria forza fisica, l'aspetto estetico, le capacità intellettuali

e la disponibilità economica fino alla manifestazione, nei casi più gravi, di veri e propri deliri: questi possono essere congrui o incongrui all'umore. I primi sono di natura megalomane o di grandezza: ad esempio, la persona ritiene di avere spiccate capacità scientifiche, artistiche o inventive, di appartenere a famiglie prestigiose, di disporre di grandi somme di denaro, di essere stato scelto per svolgere importanti missioni. I secondi sono di tipo persecutorio, danno, influenzamento e non sono correlati direttamente alle tematiche di grandezza. Inoltre, non sono rari disturbi psicosensoriali, come illusioni, allucinazioni di tipo uditivo e visivo, che in genere assumono caratteristiche di transitorietà.

Dal punto di vista neurovegetativo vi è una riduzione del senso di fatica, le ore totali di sonno diminuiscono drasticamente fino ad arrivare a non dormire affatto anche per diversi giorni. Si riscontra un'iperattività sessuale, un aumento dell'appetito (alimentazione disordinata a qualsiasi ora del giorno e della notte) e del consumo di alcol e caffè. Si riduce la sensibilità al caldo o al freddo e vi è un innalzamento della soglia del dolore.

Nella fase maniaca solitamente la persona non ha consapevolezza di malattia, anzi ritiene di stare bene, motivo per cui o rifiuta dal principio le cure oppure risulta poco aderente al trattamento farmacologico (può sospendere autonomamente e bruscamente l'assunzione di farmaci).

## Episodio ipomaniacale

*“La promozione a lavoro e l'aver conosciuto Giorgio... così brillante e affascinante... altro che quella palla al piede di Francesco, mi hanno veramente entusiasmata. Sono giorni che esco molto più spesso, non sto più tappata in quel buco di casa come una quarantenne sfigata. Ultimamente ho molta voglia di fare attività fisica, infatti vado a fare jogging dopo cena, l'ultima volta sono rientrata all'una. Mi sento energica, molto meno stanca... dormo poche ore, ma le occhiaie non si vedono... in fondo i quarant'anni non sono una seconda adolescenza?!”*

*È stupendo... le persone che conosco mi fermano per strada e mi dicono di non avermi mai vista stare così bene!”*  
(Alessandra, 45 anni).

Secondo il DSM-5 (2013) l'episodio ipomaniacale è caratterizzato da un umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e, parallelamente, da un aumento dell'attività finalizzata e dell'energia in maniera anomala e persistente.

Tale periodo dura almeno 4 giorni consecutivi e i sintomi sono presenti per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni. L'ipomania è caratterizzata da una modesta elevazione del tono dell'umore, chiarezza e positività dei pensieri, aumento dell'energia e delle attività. Rispetto alla mania la sintomatologia è meno grave, non vi è, solitamente, una particolare compromissione del funzionamento socio-lavorativo e non sono presenti sintomi psicotici.

La valutazione della realtà è compromessa solo in parte.

In questa fase la persona si sente allegra, vivace, euforica, sicura di sé, instancabile, iperproduttiva e con un ridotto bisogno di riposo e di sonno.

Come nella mania l'umore è instabile, emergono infatti aggressività o irritabilità se la persona viene contrariata.

In questo stato la persona ha scarsa consapevolezza di malattia in quanto, solitamente, ritiene che esso rappresenti una reazione ad un precedente momento di sofferenza. Per tale ragione spesso non si rivolge ad alcun professionista per chiedere aiuto.

## Episodio depressivo maggiore

*“Nella depressione il tempo si dilata e c'è una comprensione superiore delle parole e del significato dell'essere vivi.*

*C'è la spinta verso la morte, la voglia di chiudere i battenti per stanchezza e dolore, l'abbandono. Ma è tutto velato di fiaba” (Carlo, 30 anni).*

Secondo il DSM-5 (2013) l'episodio depressivo maggiore è caratterizzato dalla presenza di almeno 5 sintomi (umore depresso, perdita di interesse/piacere, perdita o aumento di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, faticabilità, autosvalutazione o colpa, ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, pensieri di morte o tentativo di suicidio) riscontrabili per un periodo di 2 settimane, per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni e che rappresentano un cambiamento rispetto al proprio funzionamento.

L'esordio può essere improvviso e spesso viene preceduto, per alcuni giorni o settimane, dai cosiddetti prodromi: cefalea, astenia, anedonia (difficoltà a provare piacere), diminuzione degli interessi, scarso appetito, insonnia, labilità emotiva, scarsa concentrazione, senza però che tali sintomi vadano a compromettere significativamente la persona da un punto di vista sociale e lavorativo. Durante la fase depressiva la persona si sente spesso disperata, angosciata, pessimista, triste, avvilita e demotivata; delle volte la tristezza è accompagnata da

malessere fisico descritto come un senso di peso o oppressione a stomaco o torace. Talvolta, prevale un senso di agitazione, irritabilità, tensione interna e ansia tanto da non riuscire a stare ferma. La realtà esterna viene percepita come priva di significato e si ha la sensazione dolorosa di essere diventati indifferenti sia rispetto al proprio mondo interno (emozioni e sentimenti) sia rispetto ai rapporti interpersonali, al punto da provare intensi sentimenti di colpa o indegnità. L'attività motoria è generalmente rallentata, i movimenti sono lenti e incerti, la persona appare trascurata, dimessa, gli angoli della bocca sono abbassati, lo sguardo è spento, il linguaggio è povero e poco fluido, il tono della voce flebile e monotono. Nei casi più gravi, la persona può rimanere a letto tutto il giorno tanto da non riuscire a svolgere le normali attività quotidiane che includono anche la cura della persona; in casi estremi si può verificare uno stato di arresto psicomotorio (stupor melancholicus).

Nella fase depressiva si verifica un rallentamento delle attività di pensiero a cui fa seguito una sensazione di confusione, spesso la persona riferisce la sensazione di “testa vuota”. Il contenuto dei pensieri è prevalentemente melanconico, gli argomenti sono pochi e ridondanti; è presente distraibilità, difficoltà di memoria, mancanza di concentrazione e di comprensione, fino al punto da avere difficoltà a scrivere, leggere, partecipare ad una discussione, ecc. La persona presenta indecisione, incer-

tezza, difficoltà a fare piani e a prendere iniziative. In alcuni casi, pur avendo sullo sfondo temi a contenuto depressivo, il flusso delle idee risulta disordinato e instabile. Le giornate iniziano pesanti, le attività da compiere ostacoli insormontabili, tutto appare svuotato, privo di senso. L'individuo ha delle aspettative negative su di sé, sul mondo e sul futuro (temi che Aaron T. Beck, padre della terapia cognitiva, definì “triade cognitiva” della depressione); si valuta negativamente, sbagliato, inadeguato, indesiderabile. Gli altri diventano una fonte di sofferenza e frustrazione, ritenendoli anche non disponibili nei suoi confronti.

Un'altra idea, che porta spesso a provare timidezza e ansia nei contesti di gruppo, è quella di essere oggetto di rifiuto e critica. L'individuo si sente isolato e solo. Il futuro perde la sua principale prerogativa, la potenzialità, ed è vissuto dal soggetto come negativo, infausto, prestabilito e non più come aperto, ricco di scelte e possibilità. Le preoccupazioni, in questa fase, possono diventare dei veri e propri deliri, che possono essere congrui alla tonalità depressiva (temi di colpa, povertà, indegnità, rovina, dannazione) o, non di rado, incongrui con tematiche di riferimento, persecuzione, influenza, inserzione e/o trasmissione del pensiero, veneficio. Nei casi più gravi possono essere presenti allucinazioni uditive, visive, olfattive e gustative. Nella fase depressiva può essere presente ideazione e propositi suicidari, nonché progettualità autolesiva.

Dal punto di vista neurovegetativo l'insonnia è uno dei sintomi più precoci: sono frequenti i ripetuti risvegli notturni, il risveglio può essere precoce, rendendo così il sonno non ristoratore; oltre a ciò, nella fase depressiva del disturbo bipolare è frequente in molti casi l'ipersonnia con un prolungamento del sonno mattutino. Non di rado è possibile riscontrare una diminuzione o perdita dell'appetito, ma più spesso è presente iperfagia con conseguente aumento del peso corporeo a causa dell'assunzione di cibi ad alto contenuto calorico e della ridotta attività motoria.

A livello sessuale si verifica una riduzione del desiderio: solitamente nelle donne è possibile riscontrare anorgasmia e negli uomini disfunzione erettile. Nella fase depressiva la persona tende a conservare la consapevolezza di malattia, ma nelle forme più gravi questa può essere del tutto assente.

## Stato misto

Lo stato misto è caratterizzato dalla compresenza di sintomi maniacali e depressivi che si combinano tra loro in base all'alterazione dell'umore, alle

cognizioni e al comportamento, tanto da raggiungere un livello di gravità tale da compromettere il funzionamento socio-lavorativo o da richiedere il ricovero. I sintomi sono presenti quasi tutti i giorni per almeno una settimana

e la durata spontanea di un singolo episodio misto varia da 3 mesi a 1 anno. Sintomi caratteristici di questa fase sono l'ansia, la confusione, la labilità dell'umore, l'irritabilità, i comportamenti ostili, l'impulsività.

Lo stato misto è più frequente tra le donne, è difficile da diagnosticare e da trattare e, solitamente, si associa ad un elevato rischio di suicidio (APA, 2013; Cassano & Tundo, 2006; Pancheri & Cassano, 1999).

### Pensando a te nel **Passato**

ti riconosci in una o più di queste descrizioni?  SÌ  NO

Se sì, prova a descrivere:

● il tuo umore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo livello di energia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo modo di pensare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo comportamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● le attività che svolgevi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo modo di percepire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo sonno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Pensando a te nel momento **Presente**

ti riconosci in una o più di queste descrizioni?  SÌ  NO

Se sì, prova a descrivere:

● il tuo umore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo livello di energia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo modo di pensare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo comportamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● le attività che svolgi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo modo di percepire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● il tuo sonno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Ideazione suicidaria

Anche se molte persone affette da disturbo bipolare vivono a lungo e in maniera più o meno gratificante e produttiva è innegabile che esse possano, proprio a causa della psicopatologia, arrivare a mettere in atto tentativi di suicidio.

In generale, nei pazienti affetti da disturbo bipolare il rischio suicidario nell'arco di vita è di circa 15 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Circa il 15% dei pazienti con disturbi dell'umore (depressione maggiore e disturbo bipolare I e II) muore suicida e la metà di essi commette almeno un tentativo di suicidio nel corso della vita. L'episodio depressivo maggiore acuto e grave rappresenta la condizione clinica in cui più si manifesta il comportamento suicidario, risulta invece meno frequente durante un episodio affettivo misto o nella mania disforica, e molto raramente nel corso di mania euforica, ipomania ed eutimia.

In base a ciò è deducibile che il comportamento suicidario nei pazienti bipolari è collegato alla sintomatologia depressiva o ad uno stato misto, ma è possibile che si suicidino anche durante una fase psicotica o maniacale, in maniera accidentale o impulsiva.

L'ideazione suicidaria può assumere due forme:

1. Desideri di morte, fuggire o evitare il dolore psichico, accompagnati da angoscia e disperazione;
2. Pensieri ripetitivi di natura ossessiva, più simili a pensieri che solitamente passano per la mente e non legati all'angoscia. Questi pensieri vengono spesso visti come allarmanti, motivo per cui la persona inizia a sentirsi "giù".

Il suicidio è stato definito "*una soluzione permanente a un problema temporaneo*" (Fawcett et al., 2000, 147): il motivo per cui si tenta il suicidio è dato dal cercare sollievo dal dolore psicologico, carico di angoscia e da tutto ciò che, nella e della vita, sembra intollerabile e quindi permanente; la sofferenza del vivere, accompagnata alla perdita di speranza, portano la persona a vedere il suicidio come una liberazione. Questi sentimenti così dolorosi possono essere affrontati e tollerati attraverso vari strumenti di autogestione e fonti di supporto emotivo e pratico.

Di seguito ti elenchiamo quelli che possono essere i campanelli di allarme da tenere ben presenti. Se, leggendo, senti che uno o più di essi ti caratterizza, contatta subito il tuo psichiatra, psicoterapeuta, i familiari o altre persone per te significative.

### I campanelli d'allarme del suicidio

- Sentirsi senza speranza
- Sentirsi impotenti
- Evitare di socializzare
- Comportamenti avventati e pericolosi
- Sentirsi un peso per gli altri
- Abusare di alcolici e stupefacenti
- Repentini sbalzi d'umore
- Sentirsi fortemente agitati
- Avere desiderio di farsi del male
- Esprimere il desiderio di morire
- Scrivere un biglietto di addio
- Fare programmi per prepararsi alla morte (donazioni, testamento, eccetera)

La valutazione completa del rischio di suicidio dovrebbe avvenire ad ogni valutazione clinica.

Tra i pazienti affetti da disturbi dello spettro bipolare, circa il 43% riferisce ideazione suicidaria, il 21% descrive una pianificazione strutturata e il 16% riporta un tentativo di suicidio negli ultimi 12 mesi (Merikangas et al., 2011).

Alcune specifiche caratteristiche cliniche e sociodemografiche sembrerebbero associate ad una maggiore probabilità di tentativi di suicidio; tra queste il sesso femminile, la giovane età, la polarità predominante di tipo depressivo, i traumi infantili, la familiarità per disturbo dell'umore, i precedenti tentativi di suicidio da parte del paziente, la comorbidità con i disturbi d'ansia,

da uso di sostanze, del comportamento alimentare e di personalità.

I fattori di rischio che sembrerebbero associati ad una maggiore probabilità di portare a termine i tentativi di suicidio includono una storia familiare di suicidio nei parenti di primo grado e il sesso maschile (Schaffer et al., 2015).

# Modulo 2

## Cause del disturbo bipolare

Nel momento in cui viene diagnosticato il disturbo bipolare la persona, solitamente, si pone due interrogativi: “perché proprio a me?” e “che cosa attiva un episodio maniacale o depressivo?”.

Alla luce di numerosi studi condotti nel corso degli anni, si è visto come la componente biologica rappresenti la causa principale affinché il disturbo si manifesti, pur non conoscendo esattamente i meccanismi che ci sono alla base.

Di certo sappiamo che ad essere coinvolti sono le cellule del cervello, dette neuroni, e il modo in cui queste comunicano tra di loro. Il disturbo bipolare ha una componente genetica.

Avere un parente con disturbo bipolare, aumenta il rischio di ammalarsi dello stesso disturbo.

Sono stati individuati nel tempo alcuni geni candidati (quelli maggiormente coinvolti sembrerebbero essere BDNF, COMT, e geni che codificano per i recettori D2 della dopamina e del GABA).

Attualmente studi di associazione genome-wide (GWAS) hanno constatato che un gran numero di geni risulta essere implicato nella malattia (Vieta et al., 2018, Balestrini et al., 2007).

Associate ai fattori genetici potrebbero essere presenti determinate alterazioni nei circuiti cerebrali che modulano e regolano il tono dell'umore, l'affettività, gli impulsi e alcune tra le più importanti funzioni biologiche come l'appetito, il sonno, ecc. Queste alterazioni si verificano in seguito ad un cambiamento circa i livelli di alcuni neurotrasmetti-

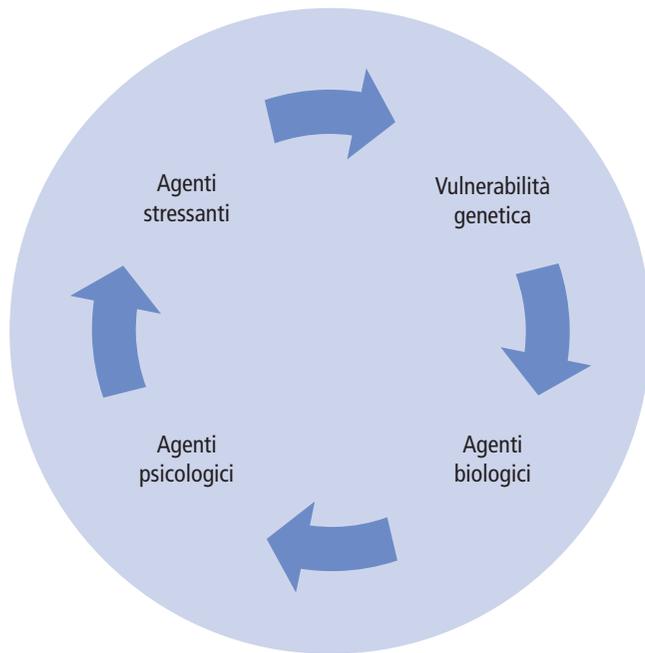
tori: nello specifico parliamo della serotonina, della noradrenalina e della dopamina.

La serotonina è il neurotrasmettitore implicato nella regolazione dell'umore, dell'appetito e del ritmo sonno-veglia. Alterazioni nei circuiti della serotonina risultano essere alla base dei disturbi dell'umore e sembrerebbero essere inoltre coinvolte nella patogenesi dei disturbi dello spettro ansioso e dei disturbi del comportamento alimentare (Brawman- Mintzer et Lydiard, 1997).

Anche la noradrenalina svolge un'azione regolatoria sul tono dell'umore (Nutt, 2002), modulando in particolare la capacità di provare piacere, la faticabilità e la libido. La noradrenalina è inoltre implicata nello sviluppo e il mantenimento di alcune funzioni cognitive, come la capacità attentiva. La dopamina, infine, è ritenuta avere un ruolo rilevante nella patogenesi dei disturbi dell'umore e nello specifico del disturbo bipolare. Una riduzione dell'attività dopaminergica sembrerebbe correlata allo sviluppo della sintomatologia depressiva mentre un suo aumento è potenzialmente associato a sintomi di tipo maniacale.

Rispetto alla patogenesi dei disturbi dell'umore è verosimile in realtà pensare al coinvolgimento non di un unico sistema di neurotrasmissione (serotonina, noradrenalina o dopamina) ma dei diversi sistemi integrati tra loro (Balestrini et al., 2007).

Molti studiosi ormai sostengono che la componente biologica, pur essendo un fattore determinante, è accompagnata anche da variabili psicosociali: l'ambiente può sicuramente favorire la comparsa dei sintomi, soprattutto in corrispondenza di situazioni stressanti come perdita del lavoro, lutto, insuccessi scolastici, problemi relazionali, traumi, ecc. Quanto detto può essere sintetizzato nello schema seguente.



Da ciò si può chiaramente comprendere quanto l'eziopatogenesi del disturbo bipolare sia multifattoriale: la predisposizione genetica, insieme agli elementi biologici si va ad intrecciare con le personali reazioni emotive e psicologiche agli eventi stressanti (Colom & Vieta, 2006; Miklowitz, 2011; Miklowitz, 2019).

Detto ciò non vanno sottovalutati quelli che vengono definiti fattori di rischio, i quali scatenano sia gli stati maniacali/ipomaniacali sia le manifestazioni depressive.

Alcuni farmaci come, ad esempio, anfetamine, sedativi, ipnotici, ansiolitici, ecc., l'alcol e sostanze stupefacenti come la cocaina, la fenciclidina e altri allucinogeni, possono influenzare i circuiti cerebrali che sono implicati nell'insorgenza del disturbo bipolare; nel caso specifico parliamo di una sotto-categoria diagnostica "Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci".

Esistono, poi, alcune condizioni mediche che possono far insorgere sintomi maniacali/ipomaniacali e raramente, sintomi depressivi tipici del disturbo bipolare; si tratta, prevalentemente, di malattie autoimmuni che interferiscono con l'attività neuronale (lupus eritematoso sistemico, sclerosi multipla, ecc.), della malattia Cushing e di alterazioni a carico della tiroide.

# Modulo 3

## Trattamenti per il disturbo bipolare

Trattamento farmacologico

Trattamento psicologico

### Trattamento farmacologico

La terapia farmacologica gioca un ruolo fondamentale nel trattamento del disturbo bipolare. Data la complessità di questo disturbo, è necessario che la terapia farmacologica sia prescritta da un medico specialista in psichiatria. È importante che il paziente effettui visite di controllo regolari affinché lo psichiatra possa verificare le condizioni cliniche ed eventualmente apportare le dovute modifiche terapeutiche.

Quando si inserisce una terapia farmacologica è indispensabile un'accurata anamnesi medica, che metta in luce l'eventuale controindicazione alla prescrizione di un preciso farmaco. Inoltre può rendersi necessaria la richiesta di appropriate indagini di laboratorio o strumentali per approfondire le condizioni cliniche del paziente. Le indagini di laboratorio e la valutazione obiettiva vengono eseguite prima di iniziare il trattamento farmacologico oppure, nel caso di una situazione clinica acuta, non appena sia possibile.

È compito del medico discutere con il paziente le potenziali preoccupazioni rispetto allo sviluppo di effetti collaterali legati alla terapia farmacologica, al fine di favorire la partecipazione attiva del paziente nella scelta del farmaco e di aumentare l'aderenza al trattamento. L'utilizzo dei farmaci è fondamentale non solo nella risoluzione della fase di malattia (depressione, ipomania e mania), ma anche nella stabilizzazione del tono umorale e nella prevenzione delle ricadute.

È fondamentale la fase della diagnosi e quella delle visite di controllo in modo da poter modificare la terapia nel tempo. Individuare precocemente il passaggio da uno stato dell'umore all'altro permette una tempestiva modifica della terapia farmacologica; i dosaggi o la tipologia di principi attivi prescritti in una determinata fase del disturbo bipolare potrebbero infatti non essere indicati in un diverso momento della malattia. L'obiettivo della terapia farmacologica è quello di ottenere una stabilizzazione clinica minimizzando il numero, la gravità e la durata degli episodi affettivi e garantendo così al paziente una condizione di eutimia e un buon funzionamento socio-lavorativo negli intervalli liberi.

Uno dei problemi principali del disturbo bipolare è l'alta incidenza di ricadute: dopo un anno dalla guarigione il 50% dei pazienti presenterà un secondo episodio (Solomon et al., 1995). Una corretta gestione farmacologica serve a ridurre il rischio di nuove fasi di malattia.

Il trattamento farmacologico del disturbo dell'umore si avvale di diverse classi di farmaci che, a seconda dei casi specifici e delle fasi di malattia, possono essere utilizzati in monoterapia o in politerapia a seconda della risposta individuale del paziente (Balestrini et al., 2007; Cassano & Tundo, 2006; Yatham et al., 2018).

### Stabilizzanti del tono dell'umore

A questa classe appartengono farmaci eterogenei sia per struttura molecolare che per meccanismo di azione che condividono la caratteristica di modificare il tono dell'umore, riducendo le oscillazioni tipiche del disturbo bipolare.

All'interno di questa classe di farmaci un ruolo di rilievo è sicuramente svolto dai **Sali di litio**, che sono ancora oggi un presidio di elezione nella terapia di questo disturbo. L'efficacia del litio è dimostrata non solo nel trattamento degli episodi maniacali, ma soprattutto nel trattamento a lungo termine, data la sua capacità di prevenire le recidive maniacali e depressive. Questo ione sembrerebbe capace di modificare l'eccitabilità delle cellule neuronali modulando quindi i circuiti di neurotrasmissione. Se si inserisce una terapia con litio è indicato effettuare accertamenti clinici e di laboratorio da ripetere ogni 6-12 mesi ponendo particolare attenzione ai parametri che evidenziano la funzionalità renale, tiroidea, cardiaca e la crasi ematica, per escludere la presenza di eventuali controindicazioni o l'insorgenza di effetti collaterali.

La dose di litio da assumere deve essere attentamente controllata attraverso la misurazione della concentrazione sierica, il range terapeutico è infatti compreso tra 0,4 e 1,0 mEq/l. La litiemia deve essere effettuata ogni 1-2 mesi durante il primo periodo di assunzione, per accertarsi che le concentrazioni si mantengano stabili, e successivamente ogni 3-6 mesi a meno che non si ren-

dano necessari aggiustamenti della posologia.

Alla categoria degli stabilizzanti dell'umore si aggiungono alcune molecole appartenenti alla classe degli antiepilettici (Acido Valproico, Carbamazepina, Ox-Carbamazepina, Lamotrigina). Gli effetti sull'umore di questi farmaci, correntemente usati in neurologia per le crisi epilettiche, sembrerebbero anch'essi riconducibili alla capacità di queste molecole di modificare a diversi livelli e con diverse modalità la trasmissione neuronale. Anche in questo caso risulta indicato effettuare prima e durante il trattamento dei controlli ematochimici e strumentali per valutare periodicamente l'eventuale presenza di controindicazioni o l'insorgenza di effetti collaterali. Sebbene questa categoria farmacologica è spesso utilizzata nel trattamento degli episodi depressivi o maniacali, gli stessi farmaci sono correntemente impiegati nella terapia di mantenimento del disturbo bipolare con lo scopo di prevenire le ricadute (Balestrini et al., 2007; Cassano & Tundo, 2006; Yatham et al., 2018).

### Antipsicotici

Spesso il loro utilizzo è associato a quello degli stabilizzanti del tono dell'umore. Nei pazienti affetti da disturbo bipolare questa classe di farmaci si è dimostrata efficace nel trattamento degli episodi maniacali, nel trattamento della sintomatologia aggressiva e nei sintomi psicotici. Alcuni farmaci appartenenti a

questa categoria vengono anche prescritti nelle fasi depressive e in quelle di mantenimento (Balestrini et al., 2007; Cassano & Tundo, 2006; Yatham et al., 2018). I farmaci antipsicotici si suddividono in antipsicotici di prima generazione (o tipici) e antipsicotici di seconda generazione (o atipici) in base alla loro affinità e attività recettoriale.

Gli antipsicotici di prima generazione agiscono modificando l'attività di alcuni neurotrasmettitori (dopamina, acetilcolina, noradrenalina, istamina). Le loro caratteristiche antipsicotiche sembrerebbero essere legate al blocco dei recettori dopaminergici in alcune aree specifiche del cervello (strutture mesolimbiche e mesocorticali). Sono principalmente utilizzati nella gestione delle fasi del disturbo bipolare in cui si possono presentare sintomi psicotici (deliri e allucinazioni).

Oltre agli antipsicotici di prima generazione (tipici), gli antipsicotici di seconda generazione (atipici) vengono sempre più frequentemente impiegati nella pratica clinica in quanto associati a un basso rischio di effetti indesiderati (Dunner, 2005). Per queste loro caratteristiche gli antipsicotici atipici sono spesso utilizzati non solo nelle fasi acute di malattia, ma anche nella prevenzione delle ricadute. È in ogni caso importante che lo psichiatra curante programmi controlli ematochimici e strumentali periodici per valutare l'eventuale presenza di controindicazioni o l'insorgenza di effetti collaterali.

## Antidepressivi

Questa classe di farmaci comprende molecole eterogenee accomunate dall'azione a vari livelli sulla trasmissione neuronale. La loro azione sull'umore viene svolta principalmente attraverso il coinvolgimento del sistema serotoninergico, noradrenergico e in alcuni casi dopaminergico. Per poter apprezzare l'effetto terapeutico di questi farmaci sono necessarie generalmente 2-4 settimane. I primi antidepressivi descritti appartengono alle classi degli inibitori delle monoaminossidasi (IMAO) e degli antidepressivi triciclici (TCA), a cui è seguita la scoperta degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI) e gli inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (NARI).

La valutazione clinica ed internistica da parte di un medico specialista psichiatra è fondamentale per la prescrizione di questi farmaci nel disturbo bipolare. L'utilizzo di questa classe di farmaci per il trattamento della sintomatologia depressiva, nel contesto di un disturbo bipolare, è sempre molto rischioso, per la possibilità di uno "switch" verso la mania o l'ipomania e la possibile accelerazione dei cicli. Gli antidepressivi nel disturbo bipolare dovrebbero essere quindi prescritti con cautela, cercando di utilizzare la dose minima efficace e sempre comunque in associazione a uno stabilizzante dell'umore (Licht et al., 2008).

## Benzodiazepine

Questa classe farmacologica presenta un'azione ansiolitica e ipnoinducente, questa azione si esplica attraverso l'interazione di queste molecole con i recettori dell'acido gamma-ammino-butirico (GABA). Il GABA agisce come neurotrasmettitore inibitorio del sistema nervoso centrale e le benzodiazepine agiscono facilitando questa azione sedativa legandosi a un sito specifico del recettore. Sono farmaci considerati relativamente sicuri e sono dotati di una ridotta tossicità.

Le benzodiazepine sono farmaci utilizzati per numerose condizioni psichiatriche spesso in associazione con molecole di altre classi. In alcuni casi particolari possono essere associate alla tendenza all'abuso e alla dipendenza, per cui il loro dosaggio deve essere sempre monitorato da un medico. Nel disturbo bipolare possono essere prescritte spesso in associazione ad altri farmaci per controllare l'insonnia, l'agitazione e l'eventuale sintomatologia ansiosa (Balestrini et al., 2007; Cassano & Tundo, 2006; Yatham et al., 2018).

## Trattamento psicologico

### Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)

Carlo, affetto da disturbo bipolare di tipo I, a fine terapia rispondendo alla domanda “*Che cos’è per te il disturbo bipolare?*” dice: “*Il disturbo bipolare è una capacità eccezionale che si apprende in cambio di sofferenza e solo se muniti di pazienza e con la fortuna di essere con qualcuno che ne abbia ancor di più [...] è necessario che qualcuno gli stia vicino [...] gli serve un contatto umano, sincero, paziente, che gli offra la possibilità di parlare, poiché la prima reazione all’individuazione del disturbo è la negazione convinta*”.

Il disturbo bipolare è un grave disturbo dell’umore con un decorso permanente ed è caratterizzato da episodi ricorrenti di mania, depressione o una miscela di entrambe le fasi. Abbiamo visto come possa causare disturbi cognitivi, declino funzionale e un’alta frequenza di comportamento suicidario. Le relazioni interpersonali di pazienti con disturbo bipolare sono anche fortemente influenzate dalla drammatica alternanza di cicli dell’umore maniacale/ipomanico e depressivo. Data la base biologica ed ereditaria della disturbo, la farmacoterapia è il trattamento di prima linea; tuttavia, un corpus crescente di letteratura suggerisce che la farmacoterapia e la psicoterapia combinate sono più efficaci nel trattamento dei pazienti con disturbo bipolare rispetto ai soli farmaci. Come terapia adiuvante, la psicoterapia aiuta i pazienti a migliorare la

loro conformità, consapevolezza e capacità di adattamento rispetto ai vari eventi di vita, il che si traduce collettivamente in una risposta migliore alla farmacoterapia.

Tra le terapie psicologiche che, in parallelo ai farmaci, vengono utilizzate con i pazienti bipolari, la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) è un’opzione di trattamento promettente: la TCC è efficace nel ridurre il tasso di ricaduta e nel migliorare i sintomi depressivi, la gravità della mania e il funzionamento psicosociale con un effetto da lieve a moderato. La letteratura indica che i miglioramenti, dopo un trattamento TCC, nella depressione o nella mania sono più significativi rispetto ad altri approcci e il tasso di recidiva è molto più basso tra i pazienti con disturbo bipolare di tipo I.

Un percorso di terapia cognitivo-comportamentale (TCC) fornisce informazioni al paziente e ai suoi familiari sul disturbo bipolare, oltre che spiegazioni rispetto al trattamento farmacologico e alle difficoltà alla compliance al trattamento. Durante il percorso di psicoterapia il paziente impara a riconoscere precocemente i segnali d’allarme (l’inizio di un episodio sintomatico) e le abilità di fronteggiamento preventive che possano far diminuire la gravità e la durata dei sintomi. Un altro punto di forza della TCC per il disturbo bipolare è far riconoscere le credenze disfunzionali tipiche del disturbo, in particolare rispetto alla terapia farmacologica, in modo da migliorare la compliance al

trattamento; in parallelo, si lavora per favorire abilità di problem-solving, di regolazione emotiva e di risposta adattiva per poter fronteggiare gli stressors psico-sociali incrementando, così, un senso di potere personale, migliorando la qualità di vita, riducendo in particolare le ospedalizzazioni e il rischio di suicidio (Beck, 1978; 1987; 2009; 2013). Il modello caratteristico della depressione, così come formulato da Beck negli anni '60, tiene conto di tre schemi, ossia di costrutti mentali stabili a carattere soggettivo, ognuno dei quali va ad influenzare il modo in cui la persona legge e interpreta la realtà circostante, come una sorta di filtro. Queste tre tipologie di schemi sono state riassunte da Beck nel concetto di triade cognitiva e nel disturbo bipolare essa assume le seguenti caratteristiche.

### Triade cognitiva in MANIA

**Sé**  
Estremamente amabile, potente  
e con illimitate possibilità

**Mondo**  
Pieno di opportunità ed occasioni.  
Tutto è positivo

**Futuro**  
Colmo di speranze  
e di occasioni illimitate

Il senso di disperazione e di impotenza sono due stati d'animo centrali della depressione cronica nel disturbo bipolare. L'impotenza potrebbe non essere una caratteristica centrale di un singolo episodio di depressione, o di due episodi distribuiti in 20 anni, ma nel tempo quasi tutti coloro che sperimentano ripetuti episodi di depressione sviluppano un senso di impotenza e disperazione. La persona intrappolata nell'impotenza della depressione cronica vive il mondo come una serie di minacce da evitare piuttosto che come un insieme di sfide da affrontare e superare. C'è, quindi, un passaggio da un approccio proattivo al problema a un approccio reattivo. Cicli ripetuti di depressione portano anche a profondi sentimenti di disperazione, la paura che nulla cambierà mai.

### Triade cognitiva in DEPRESSIONE

**Sé**  
Rifiutato, inadeguato,  
diverso, fallimentare

**Mondo**  
Pericoloso, insidioso  
e oppositivo

**Futuro**  
Incontrollabile  
e senza speranza

Il primo passo per affrontare l'impotenza cronica è riconoscere cosa stia succedendo. Infatti, molti dei problemi apparentemente irrisolvibili che si affrontano nelle relazioni, al lavoro e in altre parti della vita sarebbero probabilmente molto più gestibili riuscendo ad abbandonare il pensiero reattivo. Questo è più facile a dirsi che a farsi: sei gradualmente sprofondato in uno stato di impotenza nel corso dei mesi, o addirittura anni, in cui hai lottato con la depressione ciclica, quindi è improbabile che tu possa cambiare le cose dall'oggi al domani. Ma puoi cambiare le cose gradualmente. Quando diventi consapevole del pensiero "sono senza speranza" mentre si manifesta, puoi valutarlo rispetto a quanto esso sia basato sulla realtà e chiederti se effettivamente ha senso che occupi, che colonizzi, tutto il tuo spazio mentale (Forster, 2018).

Alla luce di ciò, intraprendere un percorso di psicoterapia può rivelarsi solo che utile, ma di certo ci possono essere altre ragioni per cui avere un sostegno psicoterapeutico può risultare una scelta vincente. Oltre a voler discutere dell'impatto che il disturbo bipolare ha nella vita del paziente per cui si necessita di un punto di riferimento professionale e di uno spazio di ascolto empatico e non giudicante, è comprensibile voler essere aiutati nel comprendere episodi del passato dolorosi quali, abusi, trascuratezza, morte/suicidio di un genitore, tutti

eventi traumatici che possono assumere una maggiore rilevanza in base all'oscillazione del tono dell'umore e spesso volte portare a sintomi prodromici. Di fondamentale importanza è trovare uno psicoterapeuta che non solo conosca a fondo il disturbo bipolare, ma che sia anche capace di stabilire una solida alleanza terapeutica fatta di fiducia, rispetto e obiettivi specifici concordati con il paziente (Beck, 1978; 1987; 2009; 2013).

## Obiettivi del trattamento TCC

- Psicoeducazione e individuazione precoce dei sintomi
- Migliorare l'aderenza al trattamento farmacologico e alle indicazioni del medico
- Controllo dei sintomi prodromici di depressione e mania
- Riduzione dei fattori di stress

Il protocollo TCC per il disturbo bipolare prevede 20 sedute suddivise in 5 fasi per la sintomatologia, oltre a un numero variabile di sedute aggiuntive per gli aspetti correlati:

1. Psicoeducazione del paziente e dei familiari sul disturbo bipolare (1<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> seduta)
2. Investigazione sui sintomi (5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> seduta)
3. Intervento sulla compliance (7<sup>a</sup> seduta)
4. Insegnamento delle TCC skills per il controllo dei sintomi (8<sup>a</sup>-13<sup>a</sup> seduta)
5. Sviluppo delle abilità di problem solving (14<sup>a</sup>-20<sup>a</sup> seduta)

Per ogni seduta sono previsti degli *Homework* che il paziente dovrà svolgere a supporto della terapia come, ad esempio, la lettura di materiale specifico rispetto a quello di cui si è discusso, la compilazione di schede volte a migliorare l'automonitoraggio (Basco & Rush, 2005; Colom & Vieta, 2006; Forster, 2018; Miklowitz, 2011; Miklowitz, 2019). Quanto detto finora serve a farti comprendere quanto sia importante accettare il disturbo, seguire il trattamento farmacologico e psicoterapeutico e le linee guida fornite da chi ti ha in cura per riuscire a condurre una vita che sia per te soddisfacente, gratificante e piena.

Per spiegartelo ancora meglio voglio raccontarti una storia: Luca ha 23 anni, soffre di disturbo bipolare da 5 e da poco ha conseguito la laurea triennale in informatica. Durante il percorso di studi all'università ha avuto una battuta d'arresto: due episodi depressivi hanno compromesso la sua carriera accademica per due semestri. Con grande fatica e impegno Luca riesce a laurearsi e ad iscriversi al corso di laurea specialistica, ma poco prima dell'inizio ha avuto il suo primo episodio maniacale particolarmente grave e significativo per cui è stato costretto a ricoverarsi per una settimana.

Alla dimissione Luca inizia una psicoterapia cognitivo-comportamentale: sin da subito è stato chiaro come non fosse pronto ad accettare la diagnosi, né tantomeno i suggerimenti dello psichiatra che venivano visti come delle limitazioni della vita sociale.

La tendenza era quella di sminuire ogni cosa, dalla gravità del disturbo, all'importanza di assumere i farmaci, eccetera, inoltre non aveva alcun ricordo di quanto fosse accaduto durante l'episodio maniacale. Luca era un ragazzo vitale, energico e aveva una cerchia di amici che si divertivano, di settimana in settimana, a fare feste a base di alcol e marijuana. Dopo la dimissione Luca ha ripreso lo stesso stile di vita, ha interrotto l'assunzione dei farmaci (mentendo a familiari e specialisti) e in poco meno di due settimane ha avuto una brutta ricaduta maniacale: è stato trovato mentre vagava in un centro commerciale sotto l'effetto dell'alcol ed è stato nuovamente ricoverato.

Alla dimissione Luca sembra avere assunto un nuovo e più propositivo atteggiamento, infatti nelle settimane dopo il ricovero ha cercato di non assumere alcuna sostanza, ha seguito con regolarità la terapia farmacologica, ma il fatto di avere dentro casa ancora degli alcolici (per non sentire il senso di limitazione) si è rivelato un errore fatale: Luca riprende a bere e a fumare, ha una nuova ricaduta, si schianta con la macchina contro un semaforo e viene arrestato per guida in stato di ebbrezza e quindi nuovamente ricoverato.

Luca aveva ben chiaro cosa e come fare per stare bene, semplicemente non era pronto, non era ancora giunto il momento. Dentro di lui c'era un solo ed unico grande desiderio "*essere normale... voglio fare quello che voglio e quando voglio*" senza l'aiuto dei farmaci per controllare che l'umore fosse il più stabile

possibile. Tra varie manie e ricoveri ha perso l'occasione di essere ammesso alla specialistica in informatica e ci sono voluti circa 10 mesi prima che Luca riuscisse ad accettare di avere un problema e ad assumersi la responsabilità di cambiare il corso delle cose dando un senso alla sua vita.

**Diario del sonno**

Da compilare ogni mattina 15 minuti dopo il risveglio

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
A che ora ti sei alzato/a questa mattina?							
A che ora sei andato/a a letto ieri sera?							
Quanto tempo hai impiegato per addormentarti? Indicalo in minuti							
Quante volte ti sei svegliato/a durante la notte?							
Quanto tempo sei rimasto/a sveglio/a durante la notte? Totale in ore/minuti							
Quanto tempo hai dormito in tutto? Indicalo in ore/minuti							
Quanto ti senti riposato/a questa mattina? Per nulla/abbastanza/molto							
Quanto sei soddisfatto/a del sonno di questa notte? Per nulla/abbastanza/molto							

## Diario dell'umore

Da compilare quotidianamente. A fine mese unisci i puntini per ottenere il tuo grafico dell'umore

Umore		Giorno																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
MANIACALE	<b>Grave</b> Mi sento euforico e/o aggressivo, faccio fatica a stare fermo, i pensieri sono velocissimi e non riesco a concentrarmi e a seguire gli altri quando mi parlano; non riesco più a portare a termine le mie attività quotidiane, dormo pochissimo o per nulla senza sentirmi stanco, credo di avere poteri e doti speciali, mi sento estremamente irritabile e mi sono scontrato (verbalmente/fisicamente) con gli altri.																																
	<b>Moderato</b> Mi sento eccitato e i pensieri corrono velocemente, faccio fatica a concentrarmi e a portare a termine le mie attività quotidiane, dormo poche ore senza sentirmi stanco, il mio livello di irritabilità e ansia è particolarmente elevato: gli altri mi dicono che il mio umore è fuori luogo.																																
	<b>Lieve</b> Mi sento pieno di energia e con più idee, dormo poche ore, il mio livello di irritabilità e ansia è più alto del solito, però riesco a svolgere le mie attività quotidiane e a rapportarmi agli altri in maniera normale.																																
NORMALE	<b>Umore stabile</b> Il mio umore non è né maniaco né depresso. Il sonno e il mio livello di energia sono normali e riesco a svolgere la mia routine quotidiana.																																
DEPRESSIVO	<b>Lieve</b> Mi sento un po' triste, rallentato e affaticato, ho pensieri negativi, sono più auto-critico e mi chiedo se valga la pena vivere; vorrei dormire più del solito, ho difficoltà ad addormentarmi e/o mi sveglio frequentemente durante la notte; riesco a svolgere le mie attività quotidiane e a rapportarmi agli altri in maniera normale anche se mi sento poco efficace e le cose mi appaiono meno interessanti.																																
	<b>Moderato</b> Mi sento molto triste, irritabile, disperato e particolarmente rallentato, le cose mi appaiono ancor di più meno interessanti; dormo più del solito, ho più difficoltà ad addormentarmi e/o mi sveglio frequentemente durante la notte; ho serie difficoltà a concentrarmi e a portare a termine le mie attività quotidiane, penso costantemente ai miei fallimenti e penso al suicidio e a come metterlo in atto.																																
	<b>Grave</b> Mi sento estremamente triste, angosciato e sento di non avere energie; ho perso interesse per quasi tutte le cose e il desiderio di morire è costante e intenso: ho pensato e/o messo in atto un tentativo di suicidio. Passo la maggior parte del tempo a letto e/o non riesco a dormire, trascuro l'igiene e la cura personale. Ho estrema difficoltà a concentrarmi, a portare a termine le mie attività lavorative e a interagire con gli altri.																																
È accaduto qualcosa di rilevante durante la giornata?																																	

**Diario delle attività**

Da compilare nel corso della giornata

Ore	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
7/8							
8/9							
9/10							
10/11							
11/12							
12/13							
13/14							
14/15							
15/16							
16/17							
17/18							
18/19							
19/20							
20/21							
21/22							
22/23							
23/24							
24/1							
1/2							
2/3							
3/4							
4/5							
5/6							
6/7							

### Terapia interpersonale e dei ritmi sociali (IPSRT)

La terapia interpersonale e dei ritmi sociali (IPSRT; Frank, 2005) è un intervento che si focalizza sulla risoluzione della crisi interpersonale, sulla stabilizzazione dell'umore e sulla regolarizzazione dei ritmi circadiani. Tale intervento si suddivide in 4 fasi: inizialmente, vengono raccolte una serie di informazioni sul paziente per mettere in correlazione gli eventi di vita, le alterazioni dei ritmi circadiani e dell'umore oltre a una psicoeducazione per migliorare la conoscenza della persona rispetto al disturbo bipolare. Nella seconda fase si affrontano le crisi socio-relazionali e la regolarizzazione dei ritmi circadiani per poi passare, nella fase successiva, a rafforzare le abilità sociali acquisite e mantenere una regolarità giornaliera. Infine, l'ultima fase è finalizzata alla autonomizzazione del paziente attraverso la riduzione della frequenza delle sedute.

### Terapia focalizzata sulla famiglia (FFT)

A volte per il trattamento del disturbo bipolare è più indicato un contesto familiare o di coppia. Come vedremo più avanti, problemi con i familiari o con altre persone significative sono frequenti nella vita della persona affetta da disturbo bipolare e, dunque, i trattamenti familiari possono essere d'aiuto nel migliorare i rapporti interpersonali.

A tal proposito, Miklowitz e Goldstein (1997) hanno sviluppato il family-focused treatment (FFT), una terapia della durata di 9 mesi in cui pazienti e familiari prendono inizialmente conoscenza delle caratteristiche del disturbo: sintomi, cause, prognosi e trattamento. Poi, nel corso della terapia, ci si focalizza sulla comunicazione familiare o della coppia, sulle strategie per migliorarla e sulle strategie di risoluzione dei problemi (problem-solving).

### Psicoeducazione

Nel trattamento del disturbo bipolare la psicoeducazione ha un ruolo molto importante in quanto parte integrante del piano terapeutico complessivo. Non conoscere e non comprendere i sintomi che caratterizzano il disturbo genera un senso di impotenza: la persona non sa cosa aspettarsi e si sente totalmente in balia del proprio umore. La psicoeducazione, quindi, aiuta ad avere una maggiore consapevolezza del disturbo, una migliore gestione dei sintomi e aderenza al trattamento farmacologico, favorendo un'adeguata assunzione di responsabilità e una riduzione del senso di colpa rispetto alla malattia. Il risultato ultimo è, quindi, quello di ottenere una migliore qualità di vita.

Esistono vari programmi di psicoeducazione che prevedono sessioni individuali o di gruppo (per soli pazienti o per pazienti e familiari), che solitamente si focalizzano su:

- Conoscenza del disturbo bipolare
- Cause e fattori scatenanti degli episodi maniacali e depressivi
- Sintomi prodromici e loro gestione
- Strumenti (diario dell'umore, del sonno, delle attività) per monitorare l'andamento del disturbo
- Farmaci, effetti e rischi connessi alla loro interruzione
- Aderenza al trattamento
- Supporto per evitare l'assunzione di sostanze (droghe e alcol)
- Stabilire una regolarità nello stile di vita
- Affrontare l'insonnia o l'ipersonnia
- Gestione dello stress
- Prevenzione dei comportamenti suicidari
- Relazioni interpersonali ed eventuali difficoltà
- Problem solving
- Benessere e miglioramento della qualità di vita

Prendersi cura di se stessi e di alcuni aspetti della propria vita permette alla persona di migliorare la propria salute generale e di gestire il disturbo in maniera più semplice ed efficace. Uno stile di vita regolare e una buona capacità di gestione dello stress risultano fondamentali per un buon decorso del disturbo bipolare.

### I campanelli d'allarme della mania e dell'ipomania

- Maggiore livello di energia
- Ridotto bisogno di dormire
- Autostima esagerata
- Sentirsi euforici e in forma come mai nella vita
- Avere molteplici idee nuove ed eccitanti
- Fare continuamente cambiamenti e progetti
- Saltare da un pensiero all'altro
- Ridotta concentrazione
- Irritabilità
- Prendere decisioni rapide senza riflettere
- Spese eccessive
- Aumentata libidine
- Bere troppi alcolici e abusare di sostanze stupefacenti
- Parlare molto di più e più velocemente del solito
- Aumento della conflittualità nelle relazioni familiari ed extrafamiliari

### I campanelli d'allarme della depressione

- Sentirsi tristi, ansiosi, nervosi, irritabili, vuoti
- Sentirsi stanchi per la maggior parte del tempo
- Ipersonnia e/o stare a letto tutto il giorno
- Non riuscire ad addormentarsi facilmente e svegliarsi prima del solito
- Trascurare l'igiene e l'immagine personale
- Difficoltà nella memoria e nella concentrazione
- Difficoltà ad affrontare le situazioni e a prendere decisioni
- Perdita di piacere o interesse per la maggior parte delle attività
- Perdere o accumulare molto peso
- Scarso o maggiore appetito
- Avere pensieri suicidi
- Pensieri più lenti
- Aumento dell'autocritica e del senso di colpa

(Colom & Vieta, 2006; Forster, 2018; <https://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/1855-la-vita-a-due-velocita.html>).

Al fine di una maggiore comprensione di ciò che porta allo sviluppo del disturbo bipolare, oltre che di tutti gli elementi facilitanti uno switch, è possibile riassumere i vari fattori nel modello delle “4 P” che mette in luce anche gli aspetti che tutelano il paziente dalla possibilità di una ricaduta.

Le abitudini quotidiane sono molto importanti per le persone con disturbo bipolare. Attualmente, come ti stai prendendo cura di te stesso? Una routine regolare del ritmo sonno-veglia, una dieta adeguata e un regolare esercizio fisico svolgono un ruolo chiave nella stabilità dell’umore, ma rappresentano spesso una sfida difficile da mantenere.

### Modello delle 4 P

#### Fattori predisponenti

ciò che predispose al disturbo

- Familiarità per disturbo bipolare
- Attaccamento disorganizzato
- Esperienze di rifiuto e criticismo
- Eventi traumatici (lutti in età precoce, abusi, neglect)

#### Fattori precipitanti

ciò che scatena il disturbo

- Deprivazione di sonno
- Eventi di vita stressanti
- Abuso di alcol e sostanze
- Alta conflittualità interpersonale e familiare

#### Fattori perpetuanti

ciò che mantiene il disturbo

- Assunzione discontinua dei farmaci
- Stile di vita caotico e non regolare
- Criticismo da parte di familiari e partner
- Isolamento e ritiro sociale

#### Fattori protettivi

ciò che tutela dal disturbo

- Avere abitudini di vita notturna e diurna regolari
- Osservare il proprio umore e cogliere quello che porta ad un’oscillazione
- Avere un buon sostegno familiare e sociale
- Essere costanti nel trattamento farmacologico e psicoterapeutico
- Frequentare gruppi di supporto

Adattato da: Miklowitz, 2011

### Stile di vita

Prendersi cura di sé significa occuparsi della propria salute psicofisica a tutto tondo, senza procrastinare, ma affrontando attivamente le difficoltà che di volta in volta incontri.

Dai uno sguardo alle domande che seguono e rifletti sullo stile di vita che conduci.

#### Cura di sé

Hai difficoltà ad occuparti dei bisogni di base da solo? Hai problemi a tenere il passo con la doccia e il lavaggio? Per molte persone depresse, questi compiti “semplici” diventano opprimenti e sembrano impossibili.

#### Quotidianità

Hai difficoltà a svolgere i lavori domestici di base, lavare i vestiti, fare la spesa e preparare il cibo? Ancora una volta, la depressione tende ad avere un impatto maggiore su questi aspetti del funzionamento. Mantenere la casa in ordine, anche rifare il letto regolarmente, può aumentare notevolmente l’umore e ridurre l’ansia.

#### Sonno

Stai mantenendo orari di sonno regolari consoni ai tuoi ritmi di lavoro e di studio? Le persone con disturbo bipolare spesso restano sveglie fino a tardi. Questa abitudine può sembrare naturale e normale, ma può contribuire a un peggioramento dell’umore.

#### Dieta

Com’è la tua dieta? Come e cosa mangi?

Una dieta sana rende il tuo corpo più forte, incrementando e rinforzando le tue riserve naturali di energia, ma molte persone con bipolarismo sono

attratte da una dieta con troppi zuccheri e carboidrati semplici come la farina bianca. Segui una dieta il più variegata possibile, ricca di pesce, frutta e verdura: ciò contribuirà a migliorare la stabilità dell’umore.

#### Sostanze

Fai uso di alcolici e/o droghe? L’uso di queste sostanze influisce negativamente sul tuo umore e sulla tua salute in generale.

#### Sport

Fai attività fisica? Al solo pensiero di andare a correre ti senti già stanco? Se sei depresso, potresti non alzarti dal letto per fare esercizio fisico. Quando il tuo umore è basso impegnati in un’attività aerobica. Se, invece, stai notando sintomi ipomaniacali, potrebbe esserti più d’aiuto impegnarti in esercizi calmanti, come lo yoga.

#### Salute

Stai affrontando adeguatamente il tuo bisogno di assistenza sanitaria? Hai un medico di base? Ti sei impegnato per vedere uno specialista? Le persone con disturbo bipolare tendono ad avere più problemi di salute psicofisica, ma hanno difficoltà a fissare gli appuntamenti dal medico e dallo specialista.

Alla luce di ciò, pensa in maniera specifica ai vari obiettivi di salute psicofisica che puoi prefissarti per questa settimana.

Cura di sé \_\_\_\_\_

Quotidianità \_\_\_\_\_

Sonno \_\_\_\_\_

Dieta \_\_\_\_\_

Sostanze \_\_\_\_\_

Sport \_\_\_\_\_

Salute \_\_\_\_\_

Adattato da: Forster, 2018

## Modulo 4

# Prevenzione delle ricadute nel disturbo bipolare

### Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

La Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal, Williams & Teasdale, 2002) è nata dall'analisi dei processi cognitivi che rendono i soggetti depressi vulnerabili alle ricadute. Essa combina, infatti, aspetti della terapia cognitivo-comportamentale per la depressione con l'addestramento alla meditazione mindfulness acquisito dal programma MBSR di Kabat-Zinn.

La meditazione mindfulness è nata per opera di Jon Kabat-Zinn nel 1979, nella Stress Reduction Clinic dell'University of Massachussetts Medical Center. Egli insegnò ai suoi pazienti, quasi tutti affetti da disabilità e malattie fisiche gravi e croniche, la pratica della meditazione del buddhismo theravada (samatha e vipassana), introducendo degli adattamenti, per renderla più facilmente praticabile.

La mindfulness consiste nel *“porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, al momento presente e in modo non giudicante, non critico e di accettazione”* (Jon Kabat-Zinn, 2003).

I 7 pilastri da coltivare nella pratica della consapevolezza sono: pazienza, non-giudizio, mente del principiante, fiducia, non cercare i risultati, accettazione, lasciar andare.

Segal e Williams, nel 1995, hanno constatato che le persone con alle spalle uno o più episodi depressivi, manifestano una maggiore vulnerabilità alle recidive in ogni momento in cui percepiscono un tono dell'umore leggermente più basso del normale.

Tale modalità di interpretazione può riattivare le modalità di pensiero disfunzionale, facendolo precipitare in un ulteriore episodio. Secondo gli autori, la pratica della Mindfulness, attraverso un apprendimento del controllo dell'attenzione, poteva aiutare a prevenire le ricadute in pazienti in trattamento per questo disturbo.

Ciò che si è osservato soprattutto in pazienti depressi è lo sviluppo di una nuova capacità a considerare i pensieri come tali e a percepire la propria mente come un qualcosa che non risulta limitata esclusivamente al pensiero negativo ripetitivo.

L'efficacia della MBCT nella prevenzione delle ricadute consiste nel favorire, nei pazienti, l'apprendimento esperienziale a coltivare una relazione decentrata e non giudicante con i propri pensieri e conseguenti sentimenti negativi, guardandoli come semplici eventi mentali che arrivano e poi se ne vanno, piuttosto che come aspetti appartenenti a sé o come un rispecchiamento fedele di ciò che accade nella realtà.

Trasportando la propria mente dalla modalità del “fare”, volta a ridurre qualsiasi discrepanza tra lo stato desiderato e quello reale, alla modalità dell’“essere”,

volta ad accogliere ogni esperienza, interna ed esterna, così com'è, non ci si pone come obiettivo di eliminare tutti gli stati mentali negativi, ma di saperli “lasciar andare” ogni qualvolta si presentino.

È ormai noto come chi soffre di disturbo bipolare possa beneficiare di un percorso mindfulness, inserito all'interno di un percorso psicoterapeutico. Il disturbo bipolare è ad alto tasso di ricaduta, come tutti i disturbi dell'umore, e il protocollo MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2013) rappresenta una metodica efficace al fine di sviluppare un atteggiamento di accettazione radicale di sé. Diversi studi hanno messo in evidenza come l'MBCT abbia un effetto positivo su ansia, depressione residua, regolazione dell'umore e controllo dell'attenzione (Lovas & Schuman-Olivier, 2018; Weber et al., 2017).

# Modulo 5

## Il disturbo bipolare nelle relazioni interpersonali

Affrontare gli alti e bassi del disturbo bipolare può essere difficile, e non solo per la persona con la malattia.

Gli stati d'animo e i comportamenti di una persona con disturbo bipolare colpiscono tutti intorno, in particolare i familiari e gli amici intimi:

*“la madre che non può smettere di sperare e lottare per il figlio alienato, nel quale spesso lei sola continua a intravedere delle risorse che altri mai conobbero; il padre sfibrato, incredulo che qualcuno sia in grado di fargli mettere da parte il proprio scetticismo; il fratello, che non riconosce più il suo compagno d'infanzia [...]; l'amico, che vive l'imbarazzo di non sapere più a che distanza tenersi, se fare valere l'intimità o la discrezione [...]”*  
(Nicotra, 2018, 11).

Durante un episodio maniacale, si potrebbe dover far fronte a condotte spericolate, richieste oltraggiose, comportamenti esplosivi e decisioni irresponsabili. E una volta che il vortice della mania è passato, spesso bisogna occuparsi delle conseguenze.

Durante gli episodi di depressione, invece, potrebbe essere necessario tenere per mano la persona cara che non ha l'energia per affrontare le responsabilità a casa o al lavoro.

La buona notizia è che la maggior parte delle persone con disturbo bipolare può stabilizzare i propri stati d'animo con trattamenti, farmaci e supporto adeguati, e i familiari e gli amici intimi giocano un ruolo significativo nel recupero della persona. Spesso, avere qualcuno

con cui parlare può fare la differenza per la loro prospettiva e motivazione. Vivere con una persona che ha il disturbo bipolare può causare stress e tensioni in casa.

Oltre alla sfida di affrontare i sintomi della malattia e le sue conseguenze, i membri della famiglia spesso lottano con sentimenti di colpa, paura, rabbia e impotenza e questo può causare seri problemi di relazione.

Ma ci sono diversi modi per affrontare la cosa. Il primo passo per affrontare con successo il disturbo bipolare è che le famiglie imparino ad accettare la malattia e le sue difficoltà.

Quando ci si sente frustrati o colpevoli bisogna sempre ricordare che il disturbo bipolare non è colpa di nessuno: accettare il disturbo bipolare implica riconoscere che le cose potrebbero non essere mai più “normali”; il trattamento può fare un'enorme differenza per la persona, ma potrebbe non curare completamente tutti i sintomi. Per evitare delusioni e risentimenti è importante avere aspettative realistiche. Aspettarsi troppo dal proprio familiare è una ricetta per il fallimento. D'altra parte, aspettarsi troppo poco può anche ostacolare il recupero, quindi è fondamentale cercare di trovare un equilibrio tra incoraggiare all'indipendenza e fornire supporto (Granek et al., 2016; Mondimore, 2014).

Le oscillazioni del tono dell'umore tipiche del disturbo bipolare mettono a dura prova qualunque tipo di relazione interpersonale, facendo aumentare il

livello di conflittualità (a prescindere dalla fase che la persona stia vivendo). Sia dopo una fase depressiva che maniacale o ipomaniacale è necessario provare a ricostruire le relazioni, ecco perché è importante avere almeno una persona su cui si sa di poter contare e con cui potersi confidare. Soprattutto per familiari e partner è importante seguire gruppi di psicoeducazione in quanto la conoscenza del disturbo ne facilita la gestione, anche da un punto di vista farmacologico. Per le famiglie, partecipare ai gruppi di psicoeducazione aiuta a restare uniti, conservando la consapevolezza rispetto alla malattia.

Per coloro che vivono accanto ad una persona affetta da disturbo bipolare può essere utile:

- Avere un'adeguata conoscenza del disturbo
- Essere in grado di riconoscere i sintomi tipici premonitori delle varie fasi
- Contribuire a diminuire i fattori di stress
- Astenersi da giudizi e critiche
- Chiedere come si può essere d'aiuto
- Incoraggiare il paziente ad assumere la terapia farmacologica
- Aiutare il paziente nella compilazione del diario dell'umore
- Mantenere attiva la comunicazione con il paziente e il personale medico
- Avere chiari i disturbi associati e monitorarli (paure, compulsioni, uso di alcol e droghe)

- Tenere sotto controllo il rischio di suicidio
- Parlare anche dei propri stati d'animo
- Avere un supporto personale
- Concedersi del tempo per se stessi

Avere nella vita una persona amata affetta da disturbo bipolare può mettere a dura prova la relazione e compromettere tutti gli aspetti della vita familiare, ma la pazienza, l'amore e il supporto possono fare davvero la differenza nel corso del trattamento e nella fase di recupero.

Si può aiutare imparando tutto il possibile sulla malattia, offrendo speranza e incoraggiamento e tenendo traccia dei sintomi. Ma prendersi cura di una persona con disturbo bipolare avrà un costo se si trascurano le proprie esigenze, quindi è importante trovare un equilibrio tra il sostenere la persona e il prendersi cura di se stessi (Forster, 2018).

La ricerca (Granek et al., 2016) ha evidenziato che pazienti e partner lottano allo stesso modo con l'enorme impatto del disturbo bipolare sulle loro vite e sulle loro relazioni.

Dati gli alti tassi di divorzio in queste relazioni, i professionisti del settore sanitario possono fornire supporto emotivo e pratico sia ai pazienti che ai coniugi da soli e in coppia.

## Relazioni intime

Le relazioni intime sono spesso condizionate dagli alti e bassi del tuo umore. Il tuo partner può spesso vedere cose che tu, invece, potresti non notare. Le sue osservazioni possono servire come sistema di allarme precoce per segnalare che il tuo umore inizia ad essere instabile. A causa del tuo disturbo potresti avere difficoltà ad andare d'accordo con le persone che ti sono vicine: pensa a quanto stress hanno subito le tue relazioni intime a causa del bipolarismo e a quante relazioni sono finite, almeno in parte, a causa dei tuoi sbalzi d'umore e di altri sintomi.

Per aiutarti a fare chiarezza, rispondi alle domande che trovi di seguito:

Le conseguenze dei tuoi alti e bassi dell'umore ti creano delle difficoltà nelle relazioni intime?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Il partner ti è stato d'aiuto?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
I sintomi dell'umore hanno provocato discussioni?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Hai avuto difficoltà nell'iniziare delle relazioni?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Hai avuto molti problemi a mantenere relazioni intime?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
I rapporti sono finiti a causa del disturbo bipolare?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Hai avuto rapporti con persone che non si sono rivelate una buona scelta?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sei in grado di chiedere aiuto al tuo partner quando ne hai bisogno?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Riesci a parlare con il tuo partner delle tue paure, dei sintomi legati all'umore e delle tue difficoltà in generale?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sei soddisfatto della qualità delle tue relazioni intime nel corso del tempo?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

Adattato da: Forster, 2018

## Relazioni familiari

Essere affetti da disturbo bipolare può comportare rapporti familiari burrascosi che, frequentemente, vanno incontro a rotture. I membri della famiglia spesso non comprendono appieno la diagnosi di disturbo bipolare. Non avendo mai visto alcun comportamento maniaco, potrebbero non capire il danno che può derivare da uno sbalzo d'umore più lieve. Prenditi un momento per riflettere e chiediti se ci sono tensioni nelle tue relazioni familiari e se i membri della tua famiglia hanno idee sbagliate sulla tua diagnosi.

Per aiutarti a fare chiarezza, rispondi alle domande che trovi di seguito:

Gli effetti dei tuoi alti e bassi dell'umore creano difficoltà nelle tue relazioni familiari?

 SÌ

 NO

I membri della tua famiglia ti sono di supporto?

 SÌ

 NO

Hai litigato a causa dei tuoi sbalzi umorali?

 SÌ

 NO

Hai avuto problemi a mantenere i rapporti familiari?

 SÌ

 NO

Sei in grado di parlare con i tuoi familiari delle tue paure, dei sintomi legati all'umore e delle tue difficoltà in generale?

 SÌ

 NO

Sei soddisfatto della qualità delle tue relazioni familiari nel corso del tempo?

 SÌ

 NO

Adattato da: Forster, 2018

## Relazioni sociali

Le amicizie e una forte rete di supporto sono importanti fondamenti per la salute di tutti noi, ma queste relazioni possono anche essere influenzate negativamente dalla presenza del disturbo bipolare. Quando, periodicamente, ti senti angosciato a causa del disturbo bipolare le tue relazioni sociali possono risentirne, andare incontro a tensioni o addirittura interrompersi. Considera quanto bene stai conducendo la tua vita sociale e se hai una buona rete di supporto. Pensa se c'è qualcuno con cui puoi parlare di argomenti difficili come la depressione e la sensazione di impotenza.

Per aiutarti a fare chiarezza, rispondi alle domande che trovi di seguito:

Le conseguenze dei tuoi alti e bassi dell'umore ti creano delle difficoltà nelle tue amicizie o in altre relazioni sociali?

 SÌ

 NO

Hai litigato con degli amici a causa dei tuoi sbalzi d'umore?

 SÌ

 NO

Hai avuto problemi a mantenere le relazioni sociali?

 SÌ

 NO

Le tue relazioni sociali si sono allentate o sono terminate a causa degli effetti del bipolarismo?

 SÌ

 NO

Otteni supporto dalle tue relazioni sociali quando sei in difficoltà?

 SÌ

 NO

Nella tua cerchia di amici hai qualcuno con cui parlare delle tue paure, dei sintomi legati all'umore, di come ti senti e delle tue difficoltà in generale?

 SÌ

 NO

Sei soddisfatto della qualità delle relazioni sociali e dei tuoi amici nel corso del tempo?

 SÌ

 NO

Adattato da: Forster, 2018

## Conclusioni

Siamo arrivati alla fine di questo viaggio tra placide calette e mari burrascosi. Abbiamo visto come il disturbo bipolare si insidia tra le pieghe della vita quotidiana sconvolgendone gli equilibri. Ne abbiamo illustrato le cause, descritto le manifestazioni e delineato le conseguenze intrapersonali e interpersonali.

Ci auguriamo di averlo fatto in modo chiaro e di esser riusciti a trasmettere l'essenza del disturbo, così come ci è stata svelata da tutti i pazienti bipolari con cui, nel corso degli anni, ci siamo confrontati e da cui ancora oggi continuiamo ad apprendere.

Ciò che è certo è che il disturbo bipolare pone molte sfide tanto alla persona che ne è affetta quanto a coloro che le sono accanto.

È fondamentale non identificarsi con esso o, all'opposto, sottovalutarlo: esserne affetti non significa dover rinunciare alla propria identità, ai propri sogni e progetti.

Imparare a conoscerlo, seguire una terapia farmacologica e psicologica in maniera costante e continuativa, affidarsi ad una rete di supporto, sono ingredienti indispensabili per gestire al meglio il disturbo e per riuscire a condurre una vita che sia il più possibile piena, degna e appagante.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association, (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Balestrini, M., Bellantuono, C., Berardi, D., Di Giannantonio, M., Rigatelli, M., Siracusano, A., Zoccali, R.A. (2007). *Manuale di Psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Basco, M.R. (2006). *The bipolar workbook - Tools for Controlling Your Mood Swing*. The Guilford Press, New York.
- Basco, M.R. & Rush, A.J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*, Second Edition. The Guilford Press, New York.
- Beck, A.T. (1978). *La depressione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Beck, A.T. & Alford, B.A., (2009). *Depression: causes and treatment*. Second edition. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press, New York. Trad.it. *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Beck, J.S. (2013). *La terapia cognitivo-comportamentale*. Edizione Italiana a cura di A. Montano. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R.B. (1997). Biological basis of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 58(Suppl 3):16-25.
- Cassano, G.B. & Tundo, A. (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. UTET, Torino.
- Colom, F. & Vieta, E. (2006). *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Dunner, D.L. (2005). Atypical antipsychotics: efficacy across bipolar disorder subpopulations. *J Clin Psychiatry*, 66(Suppl 3):20-7.
- Eisner, L. et al. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy*, 48(4):557-566.
- Fast, J.A. & Preston, J.D. (2012). *Loving someone with bipolar disorder. Understanding & helping your partner*, Second Edition. New Harbinger Publications, Oakland.
- Fawcett, J. et al. (2000). *New hope for people with bipolar disorder*. Prima Health, Roseville.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. The Guilford Press, New York.
- Forster, P. (2018). *The Bipolar Disorder Workbook*. Althea Press, Emeryville.
- Granek, L. et al. (2016). Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar Disorder*, 18(2):192-199.
- Hausleiter, I.S. et al., (2020). Role of child maltreatment and gender for bipolar symptoms in young adults. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8:10.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 10:144-156.
- Lovas, D.A. & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 240:247-261.

- Merikangas, K.R., Jin, R, He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A., Viana, M.C., Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E.G., Ladea, M., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J.E., Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 68:241-51.
- Miklowitz, D.J. (2011). *The Bipolar Disorder. Survival Guide*. Second Edition. The Guilford Press, New York.
- Miklowitz, D.J. (2019). *The Bipolar Disorder. Survival Guide*. Third Edition. The Guilford Press, New York.
- Miklowitz, D.J. & Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. The Guilford Press, New York.
- Mondimore, F.M. (2014). *Bipolar Disorder: A Guide for Patients and Families*, Third Edition. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Nicotra, L. (2018). *Malattia mentale. Libretto di istruzioni per familiari*, Bonanno Editore, Acireale-Roma.
- Nutt, D.J. (2002). The neuropharmacology of serotonin and noradrenaline in depression. *Int Clin Psychopharmacol*, Jun; (17 Suppl 1):S1-12.
- Pancheri, P. & Cassano, GB. (1999). *Trattato Italiano di Psichiatria*, Seconda Edizione. Masson, Milano.
- Redfield Jamison, K. (2006). *Una mente inquieta*, TEA, Milano.
- Schaffer, A., Isometsä, E.T., Azorinm J.M., Cassidym F., Goldsteinm T., Rihmerm Z., Sinyorm M., Tondo, L., Moreno, D.H., Turecki, G., Reis, C., Kes-sing, L.V., Ha, K., Weizman, A., Beaudrais, A., Chou, Y.H., Diazgranados, N., Levitt, A.J., Zarate, C.A. Jr, Yatham, L. (2015). A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 49: 1006-20.
- Scott, J. (2001). Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 178(41): 164-168.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. The Guilford Press, New York.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, Second Edition. The Guilford Press, New York.
- Solomon, D.A., Keitner, G.I., Miller, I.W., Shea, M.T., Keller, M.B. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 56(1):5-13.
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T.G., Carvalho, A.F., Suppes, T., Calabrese, J.R., Gao, K., Miskowiak, K.W., Grande, I. (2018). *Bipolar disorders*. *Nat Rev Dis Primers*, 4:18008.
- Weber, B. et al. (2017). Self-Reported Long-Term Benefits of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(7): 534-540.
- Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S.V., Schaffer, A., Bond, D.J., Frey, B.N., Sharma, V., Goldstein, B.I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R.V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R.W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R.S., Kozicky, J., Kanba, S., Lafer, B., Suppes, T., Calabrese, J.R., Vieta, E., Malhi, G., Post, R.M., Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. Mar;20(2):97-170.
- <https://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/1855-la-vita-a-due-velocita.html>



# Istituto A.T.BECK

Terapia Cognitivo - Comportamentale

Direttore

Dott.ssa Antonella Montano

[antonellamontano@istitutobeck.it](mailto:antonellamontano@istitutobeck.it)

piazza San Bernardo 109, 00187 Roma

telefono 06 4819817

fax 06 4828665

via Gioberti 54, 00185 Roma

telefono 06 44703820

fax 06 49382241

corso Trieste 33, 81100 Caserta

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

Istituto A.T.Beck, 2020