

Gianfranco Graus

# **LA DEPRESSIONE BIPOLARE**

**CONOSCERE E AFFRONTARE  
IL DISTURBO BIPOLARE:  
UNA GUIDA PER PAZIENTI E FAMILIARI**

ECLIPSI

**LA DEPRESSIONE BIPOLARE  
CONOSCERE E AFFRONTARE IL DISTURBO BIPOLARE:  
UNA GUIDA PER PAZIENTI E FAMILIARI**  
di **Gianfranco Graus**

Editing: Marco Tagliaferri  
Videoimpaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2007      Eclipsi di Mindgest srl  
Via Mannelli 139  
50132 Firenze  
Tel. 055-2466460 – Fax 055-2008414

ISBN: 978-88-89627-09-9

*I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i micro-film e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.*

*A mia moglie Susanna  
con amore e gratitudine*



# SOMMARIO

Prefazione del prof. Giorgio Rezzonico	1
1. Che cos'è il disturbo bipolare?	7
2. Difficoltà diagnostiche e difficoltà generali	27
3. Trattamenti farmacologici	39
4. L'aiuto professionale	49
5. Il trattamento psicologico	59
6. I fattori biologici	71
7. I fattori psicologici	93
8. Ansia e stress	107
9. Raccomandazioni per familiari e amici	115
10. Aspetti critici	129
RISORSE	139



# RINGRAZIAMENTI

Desidero esprimere la mia riconoscenza a tutti coloro che, con il loro aiuto, hanno reso possibile la stesura di questo libro. Innanzitutto all'editore e amico Gabriele Melli, che, accordandomi piena fiducia, mi ha convinto a scriverlo. Ringrazio poi Giorgio Rezzonico che ha gentilmente accettato di scriverne la prefazione; Michele Conte per la revisione del terzo capitolo e Alessandro Rotondo per gli argomenti di genetica; Marco Tagliaferri che ha curato l'editing; Stefania Nobili ed Erica Zanoni per le rielaborazioni dei manoscritti e le ricerche bibliografiche; Sandra C. Finzi per il supporto morale e le frequenti riflessioni comuni.

Desidero, inoltre, ringraziare alcuni medici psichiatri con cui ho condiviso esperienze di lavoro nel campo dei disturbi dell'umore: Giovanni B. Cassano, Marco Crosina, Elena Di Nasso, Mario Savino, Enrico Giuliani, Maurizio Maggioni, Mario Miniati, Laura Musetti, Matteo Pacini, Alessandro Rotondo, Luca Teoni e Maria Chiara Travierso.

Infine, un ringraziamento particolare va a tutti i pazienti che ho incontrato nel corso della mia esperienza clinica. Grazie a loro, infatti, è nata l'idea di trattare qui quegli argomenti che non sempre si ha modo di affrontare nella pratica clinica di routine.



## PREFAZIONE

La conoscenza del modo di funzionare di un individuo è di fondamentale importanza nella vita di tutti: conoscere le proprie emozioni, costruire consapevolmente i propri progetti, valutare i pro e contro di alcune decisioni, sapere affrontare le difficoltà che si frappongono al conseguimento dei nostri obiettivi, eventualmente modificandoli di conseguenza, sono tutte abilità che attendono al nostro funzionamento e ci consentono di vivere adeguatamente la nostra vita.

La nostra storia individuale e i percorsi di vita con cui ci costruiamo tali abilità sono molteplici e rendono conto delle differenze individuali. Ci saranno pertanto persone più o meno sagaci nel percepire e dare senso alle proprie emozioni, sia quelle episodiche che, soprattutto, quelle più profonde e perduranti nel tempo. Queste ultime, di meno facile individuazione, sono però quelle che orientano la progettualità della nostra vita. Altre persone saranno particolarmente abili nel progettare molteplici scenari di vita, ma possono scontare una difficoltà nell'individuare concretamente tali obiettivi e perseverare per raggiungerli. Altri ancora possono sviluppare una tensione al conseguimento del risultato immediato, mettendo in secondo piano quelli che si spalmano maggiormente nel tempo. Questo elenco potrebbe continuare a lungo, mettendo in evidenza le differenze individuali, che rendono tanto diversificato l'universo della costruzione di senso.

In questa dimensione s'inserisce il problema della malattia sia fisica che psichica, nonché dei suoi riflessi sulla vita della persona e di coloro che gli stanno attorno: si tratta, quindi, del significato che assumono per l'individuo la malattia, le teorie attorno ad essa e i trattamenti.

Il senso viene generato dalle influenze sociali e culturali, dalla lettura proposta dalla scienza medica, dalla qualità del rapporto con il medico e le istituzioni sanitarie, da quello con i familiari e, in definitiva, dalla storia di vita dell'individuo, che trova una sintesi nell'esplicitazione della narrativa personale. La malattia fisica, però, si differenzia da quella psichica per un aspetto importante. Nella malattia fisica, anche se di lunga durata come ad esempio il diabete, possiamo più agevolmente rappresentarci – e integrare nella nostra narrativa – una serie di meccanismi biochimici, fisiopatologici e sintomatologici, quasi fosse un altro da Sé: è come se risultasse un evento esterno che abbisogna d'essere integrato nell'esperienza personale e quindi del modo con cui mi racconto. Nella malattia psichica l'operazione di differenziare l'altro da Sé è più complicata, a meno di non volere ricorrere a riduttive teorizzazioni che riconducono il tutto alla sola molecola.

Dove finisce la tristezza “sana” da quella “malata”? Come influisce la depressione sul senso della mia identità personale? E se prendo dei farmaci quali sono le mie emozioni “vere” e quelle invece derivate dall'assunzione di tranquillanti, stabilizzatori del tono dell'umore e soprattutto antidepressivi?

La risposta non è evidentemente agevole e può trovare solo in parte un supporto da un approccio meramente biologico; si tratta di costruirsi delle risposte spesso provvisorie, sulla base della propria esperienza personale e soprattutto sulla base della conoscenza che abbiamo del disturbo e di quella, sempre più complessa, che abbiamo di noi stessi. In quest'ottica il libro di Gianfranco Graus, rivolto alle persone affette da disturbo bipolare e ai loro familiari, offre un importante, seppur inevitabilmente parziale, contributo. Conoscere il disturbo, le sue caratteristiche, i meccanismi che per quanto ne sappiamo ne sono alla base, le modalità di trattamento, da quella psicologica a quella farmacologica e, più in generale, sanitaria, rappresenta un elemento indispensabile del processo di conoscenza. Inoltre, la parte del volume dedicata alle misure che responsabilmente la persona può mettere in atto, diventando parte attiva del trattamento – passando dal ruolo di persona malata che accetta passivamente la cura a persona che criticamente e

consapevolmente affronta la situazione - rappresenta un momento essenziale per potere integrare questa condizione nella propria narrativa personale in modo proficuo.

Credo pertanto che si possa augurare a questo volume la diffusione che esso merita.

Prof. Giorgio Rezzonico

Ordinario di Psicologia Clinica – Univ. degli Studi di Milano  
– Bicocca

Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria



# 1

## CHE COS'È IL DISTURBO BIPOLARE?

### INTRODUZIONE

Avere alti e bassi è un'esperienza del tutto comune. Espressioni del tipo: “mi sento fuori fase”, “con questo tempo non riesco ad ingranare”, “che gioia rivederti”, “sono proprio gasato dal risultato dell'esame!” denotano stati d'animo e polarità dell'umore diversi, comuni a tante persone.

Il nostro umore varia sensibilmente a seconda del tempo, degli impegni, delle seccature e del momento. Anche se abbiamo la fortuna di possedere sicurezze materiali, affettive e spirituali, la vita di tutti noi è caratterizzata da una continua instabilità che, anche se non ci colpisce direttamente, può interessare le persone che abbiamo intorno.

A tutti noi è capitato di osservare che il nostro modo di pensare dipende spesso dall'umore del momento; quando siamo felici, pensiamo in modo positivo; abbiamo più voglia di fare e sperimentare situazioni nuove; affrontiamo gli ostacoli più facilmente. Viceversa, quando ci sentiamo scoraggiati o tristi, siamo spesso pessimisti: un senso d'insoddisfazione imprigiona i nostri pensieri e ci fa dimenticare delle risorse e potenzialità a nostra disposizione. A lungo andare, l'insoddisfazione può trasformarsi in un diffuso sentimento d'infelicità, di sfiducia in se stessi e nel mondo, che può diventare un vero e proprio modo d'essere e spesso conduce a soluzioni irragionevoli ed estreme.

Questo genere di disagio non rientra, comunque, tra gli argomenti di questo libro.

Al contrario, in questa sede ci limiteremo a trattare quelle polarità dell'umore che, nelle forme estreme della depressione profonda e della esaltazione maniacale, costituiscono le manifestazioni tipiche del *disturbo bipolare*.

Talvolta, il disturbo si presenta in un modo meno marcato e crea minori difficoltà, tanto da non essere considerato clinicamente degno di nota. Nella ciclotimia, per esempio, o in altre forme più lievi, le manifestazioni hanno caratteristiche meno intense e, per questo motivo, non sempre è facile fare una diagnosi corretta. D'altronde, esistono anche persone che, pur alternando un comportamento produttivo a uno inefficiente, per quanto "lunatiche", presentano una modalità "bipolare" del tutto normale e non patologica.

In passato veniva usata la definizione di *malattia maniaco-depressiva* per indicare tutti quei disturbi caratterizzati da episodi ricorrenti di melanconia e di eccitamento euforico, accompagnati da rallentamento psicofisico e iperattività; mentre oggi, si preferisce usare l'espressione più neutra di *disturbo bipolare* oppure, quando ciò si riferisce ai sintomi depressivi, di *depressione bipolare*, per distinguerla dalla depressione *unipolare* (o *maggiore*) che non presenta manifestazioni maniacali.

L'autore di questo libro è uno psicologo clinico cognitivo-comportamentale che ha avuto l'opportunità di condividere numerose esperienze professionali con persone adulte bipolari.

La psicoterapia, oltre a integrarsi bene con il trattamento farmacologico, è capace di accrescere la consapevolezza di chi soffre di questo disturbo e di fornirgli degli strumenti pratici per ridurre la frequenza e l'intensità degli episodi di depressione e di mania. Il disturbo bipolare è una patologia duratura e disabilitante e, talvolta, resistente agli interventi degli specialisti. Ciononostante, è stato dimostrato che forme diverse di supporto medico, psicologico e sociale possono migliorare la qualità di vita dei pazienti "bipolari", soprattutto nella fase depressiva.

Questo libro non può sostituire il parere di un professionista serio e affidabile; né è sufficiente per curarsi "da soli". Esso vuole

fornire ai lettori la possibilità di riconoscere il disturbo bipolare e aiutarli ad affrontarlo in modo costruttivo.

Infine, ci scusiamo per l'uso del "voi" e di espressioni come "persone bipolari", "persone ciclotimiche" ecc.; ciò dipende dalla scelta di comunicare nel modo più diretto e colloquiale possibile e non dalla volontà di etichettare le persone o di creare uno spartiacque arbitrario tra i concetti di "sano" e "malato". Al contrario, ci auguriamo che chi soffre di questo problema possa trovare in queste pagine le motivazioni necessarie per intraprendere un percorso terapeutico appropriato.

### ***Manifestazioni cliniche***

I sintomi più evidenti del disturbo bipolare sono sicuramente gli episodi depressivi e quelli maniacali. Dal punto di vista clinico, è necessario che queste manifestazioni siano compresenti ma alternate e abbiano un'intensità tale da costituire un forte impedimento allo svolgimento delle attività quotidiane.

### ***Depressione***

Le persone che soffrono di depressione (detta anche *depressione maggiore* o *disturbo unipolare*) presentano, per almeno due settimane, un livello energetico molto basso: si sentono apatiche, stanche, insoddisfatte, pessimiste e scoraggiate. A lungo andare, subentrano spesso sensi di colpa, sfiducia in se stessi, quando non una vera e propria disperazione.

Durante un episodio depressivo, talvolta non si dorme a sufficienza, svegliandosi presto al mattino; altre volte, invece, si tende a dormire troppo, arrivando in alcuni casi alla letargia. Inoltre, il peso corporeo può variare sensibilmente.

È molto comune una perdita d'interesse per le persone care e le attività abituali, anche per quelle più gratificanti. Diventa molto difficile organizzarsi, tutto sembra più faticoso e si è costantemente pervasi da un senso d'inadeguatezza, sconfitta e fallimento. Con la mente rivolta esclusivamente al proprio malessere, attanagliata dall'angoscia, si hanno difficoltà a concentrarsi o semplicemente a prestare attenzione a ciò che ci circonda. I problemi quotidiani

appaiono insormontabili e diventano motivo di preoccupazione costante; non è raro che siano presenti pensieri di morte che talvolta sfociano in veri e propri tentativi di suicidio.

A lungo andare, può nascere il timore di affrontare il mondo esterno per paura di apparire inadeguati o di non essere capiti.

Alcune persone anziane affette da depressione possono apparire agitate, indecise o afflitte da sensi di colpa; in altri casi, possono invece mostrarsi apatiche, rallentate, indifferenti o bisognose di stare a letto più del necessario.

Tutto ciò non ha niente a che fare con le esperienze comuni e naturali di tristezza e scoraggiamento che si possono provare, ad esempio, in seguito alla perdita di una persona cara o per la temporanea mancanza di un lavoro.

Anna ha 60 anni. A 35, in seguito alla morte del padre, ha sofferto per sei mesi di depressione unipolare.

Negli ultimi dieci anni ha vissuto costantemente sotto stress a causa dell'ictus cerebrale che ha colpito il marito. Da più di due mesi, avverte stanchezza e apatia, ha perso interesse per le attività abituali, si sente fallita e colpevole di non riuscire ad accudire il marito come vorrebbe. Alle cinque del mattino, di solito, è già sveglia. Ha smesso di frequentare un gruppo di amiche, con cui andava al cinema, o giocava a carte, un pomeriggio a settimana, perché crede di non meritare nessuno svago e, anzi, pensa di doversi punire per le sue mancanze. Si sente una persona diversa e indegna, teme di non riuscire più a riprendersi, pensa che sarebbe meglio morire perché, solo in questo modo, smetterebbe di far soffrire i suoi famigliari.

In questo caso la depressione ha alterato temporaneamente l'equilibrio psicologico di Anna, rendendola "diversa" e incapace di attingere alle risorse a sua disposizione.

Grazie a una breve psicoterapia, Anna è riuscita a comprendere che la sua depressione era una reazione allo stress causato dalla malattia del marito e al progressivo abbandono di gran parte delle sue attività abituali.

## *Mania*

La mania è, per certi versi, l'altra faccia della depressione. Essa si manifesta, per periodi superiori a una settimana, con sintomi di eccitazione euforica, come senso di superiorità rispetto agli altri, idee esageratamente ottimistiche e progetti irragionevolmente ambiziosi. Durante un episodio maniacale, si ha la tendenza a parlare in modo frenetico e a dimostrare scarsa considerazione per l'interlocutore che, talvolta, ha difficoltà a intervenire e a comprendere quanto viene detto. L'attenzione è incostante, concentrata esclusivamente su se stessi e sul desiderio di primeggiare; le idee sono caotiche e spesso si sommerge l'eventuale interlocutore con un fiume di parole.

Ci si sente pieni d'energia, l'umore e l'autostima sono alle stelle. I normali ritmi del sonno sono alterati, tanto che, pur dormendo poche ore, si ha sempre la sensazione di essere molto produttivi e resistenti; spesso il sonno è considerato una perdita di tempo, un ostacolo al raggiungimento dei propri obiettivi. L'autostima delle persone che si trovano in fase maniacale è così elevata che tollerano malvolentieri di essere interrotte o contraddette, né cambiano opinione facilmente; quando, invece, gli interlocutori si mostrano rispettosi nei loro confronti, spesso interpretano questo atteggiamento come un'approvazione o un incoraggiamento a comportarsi in modo sprezzante.

Un tale stato euforico rende l'attenzione molto labile, perché continuamente distolta dalla frenesia di intraprendere nuove azioni. Ciò può essere molto rischioso, perché spinge spesso a imboccare strade pericolose, come la promiscuità sessuale, l'uso di droghe e alcool o lo sperpero di veri e propri capitali.

Va sottolineato inoltre che, a differenza dell'ipomania e di forme più lievi di alterazione dell'umore, agli episodi maniacali si associano spesso sintomi psicotici, come deliri di onnipotenza o di persecuzione, in cui, talvolta, la presenza di allucinazioni uditive accentuano enormemente l'angoscia e la disperazione dei pazienti. In questi casi, di solito è necessario il ricovero in una struttura specializzata.

Antonio, 38 anni, riferisce di aver avuto la prima esperienza maniacale all'età di ventisette anni, durante il servizio di leva.

Qualche tempo prima si era fidanzato con una ragazza molto bella, con cui aveva ripreso a fumare hashish. Dopo due mesi dall'inizio del servizio militare, la ragazza lo aveva lasciato per un altro. Antonio ricorda di essere rimasto indifferente a questa separazione, ma che nello stesso periodo aveva iniziato a svegliarsi frequentemente, non riuscendo a dormire più di tre o quattro ore a notte. Ciononostante, si sentiva particolarmente attivo ed euforico: una voce gli diceva che era immortale, si sentiva come "l'incredibile Hulk" e così aveva cominciato a sfidare i commilitoni in rischiose prove di coraggio. Durante una di queste, si mise a camminare su un alto cornicione della caserma, attirando l'attenzione e soprattutto la preoccupazione dei compagni: fu portato di forza in infermeria e quindi ricoverato in un ospedale militare.

Possiamo pensare che il dolore di Antonio per la perdita della fidanzata, manifestatosi inizialmente con problemi d'insonnia e, successivamente, con un irrefrenabile impulso agonistico, sia, infine, sfociato in una vera e propria mania psicotica.

In altre parole, la mania lo ha spinto a esasperare la sua temerarietà, a sentirsi invincibile e superiore agli altri e alla stessa gerarchia militare.

Di conseguenza, possiamo ipotizzare che la mania sia una sorta di difesa psicobiologica, una specie di funzione protettiva contro il dolore della perdita, l'angoscia della solitudine e il senso d'inferiorità.

### *Ipomania*

L'ipomania è considerata più lieve della mania propriamente detta per l'assenza di sintomi psicotici (allucinazioni e deliri), mentre le altre manifestazioni sono del tutto simili a quelle descritte in precedenza.

Anche in questo caso, il livello energetico è molto elevato, l'umore è euforico, l'autostima e la socievolezza sono esagerate. Chi ne è affetto può assumere comportamenti pericolosi, come la promiscuità

sessuale, il gioco d'azzardo, l'uso di droghe e alcool e la propensione a rischiare in qualsiasi situazione.

Sebbene, spesso, l'euforia venga vissuta come uno stato mentale desiderabile e gestibile, di fatto ha molte probabilità di sfociare in un evento maniacale a cui, inevitabilmente, fa seguito uno stato depressivo più o meno profondo.

Marianna, oggi 47 anni, era sempre stata una buona moglie e una buona madre, dal temperamento allegro ed estroverso.

Finché, in coincidenza con i primi segnali di menopausa, inaspettati e non accettati, conobbe in un bar un uomo simpatico e socievole. Il corteggiamento di questa persona le fece pensare di essere ancora giovane e piacente, tanto che, tre giorni dopo il loro incontro, Marianna era convinta di esserne follemente innamorata. L'uomo le offrì di seguirla in un'altra città e Marianna lasciò marito e figli con una fuga improvvisa.

In seguito, durante una conversazione telefonica col marito, si dimostrò arrogante e insensibile ai tentativi di farla riflettere.

Dopo un mese di convivenza, durante il quale organizzò spesso cene e feste per gli amici del suo nuovo compagno, cadde in una profonda depressione, caratterizzata da stanchezza psicofisica, apatia e dal bisogno continuo di dormire. Il suo convivente, deluso e irritato da quel cambiamento, la costrinse a tornare dal marito.

Marianna tentò il suicidio e, dopo un ricovero in ospedale, iniziò a curarsi e a comprendere la natura del suo disturbo bipolare.

Il rimorso e il pentimento non furono però sufficienti per ricongiungersi al marito che non riuscì mai ad accettare la sua depressione.

Nel corso di una breve terapia psicologica, a cui si era sottoposta dopo la rottura col marito, Marianna ricostruì gli eventi e i significati della sua depressione: con la menopausa credeva di aver perso la sua femminilità, anche se, all'inizio, non le era sembrato di soffrirne particolarmente; il corteggiamento, quindi, innescò la sua risposta ipomaniacale: forse solo un modo per proteggersi dal procedere dell'invecchiamento e per concedersi esperienze più appaganti.

## ***Diagnosi medica***

Dal punto di vista specialistico, il disturbo bipolare viene diagnosticato nel caso in cui una persona abbia sperimentato almeno una volta nella vita, e per un periodo non inferiore a una settimana, un episodio di mania o ipomania severa. Per la ciclotimia, invece, il periodo preso in considerazione è di almeno due anni (un anno per gli adolescenti e i bambini), durante il quale è necessario che il paziente manifesti più episodi depressivi e ipomaniacali di una certa intensità.

## ***Sintomi della depressione***

È necessario, inoltre, che, per una durata non inferiore a due settimane, siano presenti quotidianamente almeno cinque dei sintomi proposti di seguito, con un'intensità tale da interferire pesantemente sulle attività lavorative e quotidiane; ovviamente è importante, anche, escludere che tali sintomi siano dovuti ad altre malattie o all'uso di qualche sostanza.

- Prolungata tristezza, immotivati e improvvisi scoppi di pianto oppure di irritabilità e rabbia
- Pensieri ricorrenti, agitazione e ansia
- Marcate alterazioni delle abitudini alimentari e del sonno
- Indifferenza, apatia, pessimismo
- Riduzione marcata del livello di energia (faticabilità), persistente stanchezza
- Sensi di colpa, auto-svalutazione
- Incapacità a concentrarsi, indecisione
- Incapacità a interessarsi alle attività abituali, evitamento sociale
- Dolori fisici che non hanno una spiegazione fisiologica
- Pensieri ricorrenti di morte e suicidio

## ***Commenti***

Per molte persone la tristezza non è il sentimento prevalente durante una fase di *depressione bipolare*; capita spesso che siano presenti altre sensazioni e manifestazioni come il senso di vuoto,

l'indifferenza, la stanchezza fisica, la voglia di stare sdraiati, il rallentamento mentale e del linguaggio, l'ipersonnia o, al contrario, l'agitazione notturna e l'irrequietezza motoria. È una sensazione molto frustrante quando la tristezza e il senso di vuoto non si basano su qualcosa di concreto. Di solito, infatti, ci si sente tristi in conseguenza di accadimenti specifici (per esempio una perdita o un insuccesso); mentre, nel caso della depressione, il livello di sofferenza è sproporzionato rispetto alle contingenze: anche in assenza di un motivo particolare, la persona può soffrire molto per il semplice fatto di sentirsi "diversa", inadeguata o incapace. Nei casi più leggeri, la depressione bipolare si presenta in modo lieve con molto sonno, apatia, svogliatezza e disinteresse per le cose, come se la persona sentisse il bisogno di uno stacco o di riposare dopo un periodo in cui ha profuso un'enorme quantità di energia e fatica.

### *Sintomi dell'ipomania*

Per parlare di ipomania è necessaria la presenza continuata di almeno tre dei seguenti sintomi, per un periodo uguale o superiore a una settimana.

- Livello dell'umore molto elevato, esagerati senso di ottimismo e fiducia in se stessi
- Ridotto bisogno di dormire (meno di tre ore) senza affaticamento
- Deliri di onnipotenza, eccessivo senso di importanza personale
- Eccessiva irritabilità, comportamento aggressivo
- Iperattività fisica e mentale
- Pensieri veloci, fuga delle idee, impulsività
- Scarsa capacità di giudizio, difficoltà di concentrazione
- Comportamenti irresponsabili come: sperpero di denaro, impulsività sul lavoro, guida spericolata, sessualità promiscua
- Nei casi di mania, allucinazioni uditive e deliri

### *Commenti*

È importante sottolineare che, durante un episodio (ipo)maniacale, è molto difficile rendersi conto da soli che c'è qualcosa che non va; ad esso, inoltre, segue invariabilmente un brusco abbassamento del tono dell'umore, che può manifestarsi anche in modo insidioso, con sintomi depressivi atipici (apatia, poca energia, ipersonnia, clinofilia); è possibile, inoltre, che, durante un episodio (ipo)maniacale, gli elevati livelli d'energia, l'ottimismo immotivato, l'espansività e le ridotte capacità di valutazione favoriscano comportamenti rischiosi alla guida, spese eccessive o investimenti economici avventati. In questi frangenti, l'autostima è così elevata che diventa difficile rendersi conto di trovarsi in uno stato mentale alterato; al punto che, se interrotti o invitati a ragionare, spesso si reagisce in modo aggressivo. I sintomi psicotici possono manifestarsi con idee deliranti di superiorità che portano talvolta a sentirsi molto competenti, importanti o "vincenti" e, di conseguenza, a sminuire le capacità altrui. Il modo di parlare è un altro segnale importante: di solito il tono della voce è alto e si tende a essere logorroici, probabilmente perché i pensieri stessi risultano accelerati; abbiamo già accennato, inoltre, che durante un episodio (ipo)maniacale si riposa molto meno del necessario. Talvolta, si osserva anche un incremento del desiderio sessuale che può favorire ulteriori comportamenti pericolosi come tradire il partner o avere rapporti sessuali non protetti.

In certi casi, si avverte l'esigenza di andare altrove, magari guidando l'auto a tutta velocità o in maniera imprudente; in altri, di truccarsi o vestirsi in modo appariscente; in altri ancora, di intraprendere attività "ricreative" come il gioco d'azzardo, atti di vandalismo o l'uso di sostanze illecite.

Di conseguenza, è utile imparare a distinguere la felicità dall'euforia ipomaniacale.

Quando si è felici, infatti, lo si è per qualcosa. La felicità che segue a un avvenimento concreto ha, solitamente, breve durata e non si verifica, purtroppo, molto spesso. È un genere di felicità che, rendendo più ragionevoli e comprensivi, permette di avere maggiore consapevolezza di sé e di chi ci sta intorno: la felicità

porta alla condivisione, non alla supremazia. Viceversa, l'ipomania sembra non avere un oggetto specifico, a parte, forse, chi la vive. Per giunta, lo stato maniaco è labile perché sfocia frequentemente nella collera e nell'aggressività, facendo vedere gli altri come avversari da combattere o vittime da soggiogare. Talvolta, si ricorre all'uso di sedativi e di alcool per attenuare le manifestazioni maniacali, ma ciò contribuisce solo a ridurre ulteriormente le capacità di giudizio e di autocontrollo. In definitiva, mentre la felicità spinge a "stare con gli altri", l'ipomania spinge a "essere contro gli altri".

### *Ciclotimia*

Per ciclotimia s'intende una forma più lieve di disturbo bipolare, le cui manifestazioni non raggiungono livelli tali da soddisfare i criteri diagnostici della depressione e dell'ipomania. Spesso, queste manifestazioni vengono interpretate come semplici peculiarità caratteriali o del temperamento delle persone, ma, quando arrecano grossi problemi e hanno una durata di almeno un anno, nei giovani, e di due, negli adulti, possono rientrare nei parametri diagnostici del disturbo ciclotimico. Questo può sfociare in un disturbo bipolare, specialmente quando le persone ciclotimiche conducono uno stile di vita frenetico e fanno uso di sostanze.

### *Frequenza del disturbo*

Circa il 2 per cento della popolazione generale soffre di disturbo bipolare nelle sue forme più severe: si calcola che, in Italia, ogni anno circa un milione di persone soffra di questo disturbo.

Alcuni studiosi ritengono necessario ampliarne lo spettro diagnostico in base all'intensità variabile con cui esso può manifestarsi. Per esempio, è stato introdotto il concetto di disturbo bipolare sfumato. In questa prospettiva, la percentuale di coloro che sarebbero interessati, anche lievemente, da questa patologia raggiunge circa il 5 per cento. In altre parole, cinque persone su cento potrebbero soffrirne almeno una volta nella vita.

In questa percentuale sono incluse sia le tipologie descritte nel paragrafo precedente, sia quelle in cui, pur con frequenti cambiamenti dell'umore (sia euforico che depresso), non si raggiunge

mai un'intensità tale da giustificare una diagnosi di mania o depressione.

### ***Esordio***

In media la prima manifestazione del disturbo bipolare avviene tra i 15 e i 24 anni, anche se può essere più tardiva, ma in genere precedente ai 30 anni. È molto improbabile che si verifichi dopo i 50 anni, o in età più adulta, come avviene per la depressione unipolare.

Il primo episodio può essere (ipo)maniaco, depressivo o misto. Nel primo caso la diagnosi è piuttosto semplice; viceversa, e più frequentemente, la diagnosi diventa più difficile in presenza di un episodio depressivo. Inoltre, secondo alcuni ricercatori, circa metà delle persone colpite da depressione unipolare può incorrere in episodi (ipo)maniaco e quindi sviluppare il disturbo bipolare.

Talvolta, la prima manifestazione avviene molto precocemente, già in età scolare. In questi casi, sono spesso presenti segnali premonitori come un comportamento iperattivo, difficoltà nello studio, scarsa capacità di concentrazione oppure un'eccessiva esuberanza caratteriale.

### ***Decorso***

In genere, il disturbo bipolare ha un decorso ciclico ed episodico. Talvolta il decorso è abbastanza favorevole: per esempio, si può avere un unico episodio (ipo)maniaco nell'arco della vita, che non richiede particolari cure mediche; altre volte, invece, si ha a che fare con più episodi di depressione e mania che possono durare tutta la vita.

È bene ricordare che, in tutti i disturbi dello spettro bipolare, le fasi critiche di deflessione ed espansione dell'umore sono sempre intervallate da periodi, anche prolungati, di benessere o eutimia, ovvero di umore buono o normale, e di relativa stabilità. Purtroppo, non sempre è facile accorgersi di questi momenti, perché, a paragone degli episodi di espansione euforica, l'eutimia viene spesso interpretata come una fase di deflessione dell'umore.

Si è calcolato che gli episodi depressivi sono più frequenti degli episodi maniacali e che questi ultimi si presentano in media ogni 2-4 anni.

Si parla di decorso a “cicli rapidi” quando, nel corso di un anno, si verificano almeno quattro episodi distinti di depressione e mania. Un'altra variante, particolarmente dolorosa, è quella cosiddetta a “episodi misti”, in cui mania e depressione si alternano in modo repentino nell'arco della stessa giornata. In questi casi, sono presenti, oltre che angoscia e disperazione, una forte agitazione e impulsività, che rendono indispensabile il ricovero ospedaliero per contenere o prevenire azioni inconsulte.

La durata degli episodi maniacali e depressivi varia da persona a persona, anche se dimostra una certa costanza a livello individuale.

## ALTRI PROBLEMI

Nelle fasi depressive del disturbo si può soffrire molto a causa della presenza di sintomi depressivi sotto soglia e, spesso, i pazienti presentano irregolarità del sonno, alterazioni dell'appetito, del peso corporeo e difficoltà cognitive.

Purtroppo, il rischio di suicidio tra coloro che soffrono di disturbo bipolare è molto elevato con una percentuale compresa tra il 25 e il 50 per cento.

Inoltre, durante le fasi acute, possono verificarsi comportamenti aggressivi, abuso di sostanze illecite, bassa autostima, tendenza a rimuginare, comportamenti alimentari impropri, difficoltà a organizzare le attività quotidiane e fobia sociale.

Sul piano diagnostico, non sempre è facile stabilire con certezza se la presenza contemporanea di questi fattori sia posteriore oppure preesistente all'insorgenza del disturbo bipolare. Nel secondo caso è dimostrato che essi possono accentuare la vulnerabilità del soggetto e peggiorare il decorso della malattia, incidendo pesantemente sui rapporti lavorativi e familiari.

Spesso, gli episodi depressivi e maniacali sono caratterizzati da sentimenti di colpa, vergogna e indegnità, accentuati dai pregiudizi che, purtroppo ancora oggi, accompagnano il disagio psichico e che, frequentemente, costituiscono un ostacolo al reinserimento

sociale delle persone bipolari. Diversamente, numerose esperienze cliniche dimostrano come proprio una maggiore consapevolezza e accettazione del problema possano migliorare considerevolmente il decorso di questa patologia.

## ***Cause***

### *Organiche e genetiche*

Allo stadio attuale, non è possibile dire con certezza quali siano le cause del disturbo bipolare, visto che sembrano coinvolti fattori di natura diversa (genetica, biochimica e ambientale).

Contrariamente all'opinione tradizionale, che spiegava questo disturbo prevalentemente in termini di alterazioni del tono dell'umore, secondo ipotesi più recenti e ancora in fase studio, il disturbo bipolare potrebbe essere una manifestazione particolare di un processo neuropsicologico più complesso, in buona parte ancora sconosciuto. I primi studi in materia hanno dimostrato, seppure in modo non definitivo, la ricorrenza a livello familiare di questa patologia, prospettando una possibile origine genetica. In effetti, ricerche più recenti suggeriscono che il rischio di sviluppare questo disturbo sia proporzionale al grado di parentela: per esempio, il rischio è del 3-7 per cento in presenza di un parente bipolare, come uno zio o una zia, ma cresce al 15-25 per cento se si tratta di un fratello, una sorella o un gemello dizigote, cioè non identico; nel caso di un solo genitore bipolare, il rischio è compreso tra il 15-30 per cento, ma aumenta al 50-75 per cento se lo sono entrambi. Riguardo ai gemelli monozigoti, cioè identici in quanto condividono lo stesso patrimonio genetico (genotipo), in presenza di un individuo bipolare, il rischio che l'altro sviluppi lo stesso disturbo raggiunge quasi il 70 per cento.

Ma poiché, spesso, queste previsioni vengono disattese, è legittimo pensare che siano coinvolti anche fattori di altra natura.

A questo proposito, le ricerche di biochimica cerebrale suggeriscono un'origine endocrina, o comunque legata ad alterazioni biochimiche di particolari neurotrasmettitori come dopamina, serotonina, noradrenalina e acetilcolina. Recentemente, le ricer-

che compiute utilizzando la tomografia a emissione di positroni (PET) hanno permesso di studiare meglio i meccanismi neurofisiologici che caratterizzano il disturbo bipolare e, quindi, di ampliare, e in certi casi correggere, alcune delle ipotesi avanzate precedentemente.

Per esempio, in passato si riteneva che la principale causa di depressione fosse la bassa concentrazione di alcuni neurotrasmettitori (in particolare di serotonina). Tuttavia, gli studi effettuati con la PET, non hanno permesso di confermare questa ipotesi, rivelando piuttosto alterazioni dell'omeostasi, cioè dell'equilibrio della concentrazione nel cervello dei vari neurotrasmettitori e in particolare della serotonina, evidenziando così l'utilità dei farmaci serotoninergici nel trattamento della depressione.

Pertanto, oggi, sembra più ragionevole pensare alla presenza di geni "anomali", capaci di alterare la produzione di certi neurotrasmettitori sia in situazioni basali che in relazione a stimoli ambientali stressanti.

Facciamo, dunque, un passo indietro: come mai molti pazienti bipolari affermano di non aver avuto, o di non avere, familiari con lo stesso problema?

Perché i geni responsabili del disturbo bipolare possono dare origine, in situazioni normali, a tratti positivi come operosità, sprezzo del pericolo, creatività. Quando la loro azione diventa patologica, questi stessi tratti possono essere esasperati e trasformarsi in iperattività inconcludente, arroganza, ideazione delirante di grandezza e onnipotenza.

Sempre in relazione al disturbo bipolare, un'altra disciplina, la neuropsicologia sperimentale, si interroga sulla possibilità di ereditare, oltre a certe caratteristiche genetiche, anche quei deficit cognitivo-comportamentali capaci di condizionare sia la stabilità emotiva di una persona, che il suo modo di reagire a determinati stimoli ambientali.

In una direzione simile, si muove anche un'altra ipotesi, piuttosto datata a dire il vero, che vede nella mania una forma di autodifesa completamente diversa dalla depressione. Sicuramente, in numerose ricerche specialistiche, è stato riscontrato che coloro

che soffrono di gravi disturbi dell'umore dimostrano una particolare sensibilità sia alle esperienze traumatiche (perdita di una persona cara o insuccessi personali, come licenziamento, rifiuto da parte degli altri e simili), sia a quelle più desiderabili e positive (come la nascita di un figlio, l'acquisto di una nuova casa, il raggiungimento di una meta desiderata, ecc.).

Ci auguriamo, pertanto, che il progredire delle ricerche sul disturbo bipolare permetta, in un futuro prossimo, di approfondire la conoscenza delle varie componenti in gioco (genetica, biologica, psicologica e ambientale) e offrire cure sempre più efficaci.

In conclusione, a oggi, non è possibile affermare che il disturbo bipolare abbia un'origine esclusivamente biologica; casomai, è più corretto dire che, pur ammettendo una predisposizione genetica, non è possibile trascurare il ruolo di altri fattori concomitanti.

### *Aspetti ambientali*

È quindi lecito parlare di una predisposizione genetica che, in presenza di condizioni particolari, può scatenare una "risposta" bipolare.

A questo proposito, è utile fare una distinzione tra avvenimenti "dipendenti" e avvenimenti "indipendenti": se, ad esempio, si viene lasciati dal proprio partner subito prima di un episodio ipomaniacale, è lecito parlare di evento "dipendente", attribuibile, cioè, a un comportamento probabilmente già "sopra le righe"; al contrario, se si viene lasciati durante un periodo di stabilità emotiva perché, magari, il partner si è innamorato di qualcun altro, si può parlare di evento "indipendente", in quanto attribuibile esclusivamente a fattori esterni.

Le ricerche effettuate in questo campo, mettendo a confronto pazienti bipolari con persone senza questo tipo di problema, hanno evidenziato che la frequenza degli avvenimenti indipendenti tende a crescere considerevolmente in prossimità di un episodio maniacale o depressivo, che è un'indicazione di come il modo di recepire certi avvenimenti, soprattutto se imprevisti, possa favorire una risposta bipolare in persone con questa predisposizione. Tanto che, anche coloro che non si sottopongono a una psicoterapia, sentono

spesso l'esigenza di parlare degli avvenimenti che hanno preceduto gli episodi più eclatanti della malattia.

D'altro canto, tutti noi siamo consapevoli di quale impatto possano avere sulla nostra vita certi avvenimenti, non importa se positivi o negativi. Ad esempio, la nascita di un figlio viene solitamente vissuta come un evento "positivo", ma quando comporta una drastica riduzione delle ore di sonno, un carico di stress considerevole e magari anche problemi economici, può scatenare, in individui predisposti, un episodio maniacale o depressivo. Per altre persone, il semplice alternarsi delle stagioni può favorire manifestazioni di deflessione ed espansione dell'umore. Per altri ancora, una prolungata esposizione alla luce artificiale o naturale, dovuta a una notte in bianco per un lungo viaggio aereo, può condizionare a tal punto il ritmo biologico del sonno da indurre manifestazioni maniacali.

Infine, anche frequentare abitualmente luoghi o persone che possono incoraggiare all'uso di alcool o droghe, avere stress lavorativi, ritmi di vita movimentati o dormire poco e male sono fattori che possono favorire l'insorgenza del disturbo bipolare.

In ogni caso, l'esperienza clinica dimostra che molte persone bipolari sono capaci di individuare ciò che può aggravare le loro condizioni, imparando a evitarlo o ad affrontarlo in modo diverso, come nell'esempio riportato di seguito.

Per Ornella, 32 anni, il primo episodio depressivo risale all'adolescenza.

Da circa due anni, sperimenta un decorso a cicli rapidi a causa di un uso occasionale di cocaina. Ciononostante, si dà molto da fare, anche se con molti sacrifici, per non perdere il proprio lavoro.

Da due settimane, nell'ufficio in cui lavora è arrivato un nuovo responsabile. Questi non la perde mai di vista, spesso la critica e le si rivolge in tono sarcastico. Ornella si sente molto a disagio, tiene a freno la lingua per paura di mettersi in cattiva luce. Ha iniziato a dormire poco e male. In un'unica occasione ha espresso apertamente il suo disappunto, ma subito dopo è scoppiata in un

pianto a dirotto e si è rifugiata in bagno per non farsi vedere dalle colleghe.

Durante una seduta di psicoterapia, Ornella ha avuto modo di raccontare quanto appena descritto (da considerarsi un “avvenimento indipendente” dalla sua volontà) e di analizzarlo in tutti i suoi aspetti; cosa che le ha permesso, tra l’altro, di elaborare una strategia per affrontare la situazione in modo più sereno. Ornella ha deciso, infatti, di non dare troppa importanza all’accaduto, convincendosi che il nuovo responsabile sia semplicemente un individuo sgradevole e un po’ dispotico; per rafforzare la sua determinazione si ripeteva mentalmente queste parole: “se si comporta così, il problema è suo, non mio... per quanto mi riguarda, proverò a concentrarmi sul lavoro e continuerò a fare del mio meglio”. Nel giro di una settimana il sonno era tornato entro i ritmi abituali e Ornella ha potuto affrontare nuovi aspetti della sua vita nel corso delle sedute successive.

Diversamente, esistono persone che, quando si sentono giù di morale, hanno la tendenza ad acquistare qualsiasi cosa attiri la loro attenzione. Tra l’altro, riferiscono che, a volte, il semplice pensiero di fare shopping è sufficiente a ridurre l’ansia e a migliorare il loro umore.

Una paziente con questo tipo di problema, grazie all’aiuto di uno psicologo, è riuscita a rendersi conto che, solo dopo aver acquistato qualcosa, si accorgeva dell’assurdità di quel comportamento che la portava ad avere cassetti pieni di oggetti mai utilizzati.

Dai casi appena illustrati, è facile capire quanto il modo di interpretare certi avvenimenti possa condizionare il tono dell’umore di una persona.

### ***Costi personali e sociali***

Un discreto numero di persone con disturbo bipolare, quando può contare su un supporto medico costante e su relazioni affettive familiari e sociali, riesce a condurre una vita pressoché normale.

In molti casi, però, e in particolare quando la sintomatologia è meno marcata, sono presenti anche problemi di altra natura, come l'uso di droghe o una particolare sensibilità al giudizio degli altri, vedi il caso di Ornella, o magari un'incapacità a comportarsi in modo assertivo. Oppure disturbi di altro tipo come: emicrania, nausea, fobie, problemi del sonno, instabilità caratteriale, pensieri ossessivi, depressione, effetti indesiderati di certi farmaci, ecc...

In questi casi, è molto faticoso mantenere gli impegni scolastici o lavorativi e, soprattutto, una qualità di vita accettabile. Tanto che, secondo un'indagine epidemiologica compiuta negli Stati Uniti, il disturbo bipolare comporterebbe una riduzione di 9 anni dell'aspettativa di vita, 14 anni di riduzione dell'attività produttiva e 12 anni di malattia manifesta.

Questi dati permettono di comprendere la reale portata del problema e, quindi, la necessità di garantire a chi è affetto da questo disturbo un costante supporto medico e psicologico, non solo durante le fasi acute, ma anche nei periodi di maggiore stabilità. Non è un caso, infatti, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) consideri la depressione bipolare la sesta causa d'invalidità a livello mondiale.

## ***Personalità***

Non sempre è possibile identificare particolari caratteristiche personologiche in coloro che soffrono di disturbo bipolare.

Molte delle persone che definiamo comunemente "lunatiche" alternano fasi di entusiasmo, in cui appaiono molto loquaci e dinamiche, ad altre di inerzia e sconforto, in cui, a un atteggiamento passivo, si associa spesso il desiderio di rimanere sole; questa alternanza tra periodi di bassa autostima e periodi di spiccata fiducia in se stessi è, secondo alcuni specialisti, un segnale di un temperamento ciclotimico, che nel 50 per cento dei casi potrebbe sfociare in un disturbo bipolare.

A ogni modo, è importante precisare che esistono molte persone bipolari che non hanno mai manifestato atteggiamenti di questo tipo, almeno prima di sviluppare il disturbo.

Un altro fenomeno spesso osservato tra gli adulti bipolari è una

certa inclinazione al perfezionismo unita a una marcata aspirazione ad affermarsi, a “realizzarsi” nella vita. Anche in questo caso, è bene precisare, che molte persone con queste caratteristiche non soffrono affatto di disturbo bipolare e anzi, di solito, sono molto apprezzate in ambito sociale e lavorativo.

Inoltre, è stata avanzata l'ipotesi che, a lungo andare, la depressione bipolare possa “intaccare” lo sviluppo psicologico di chi ne è affetto.

### ***Creatività e disturbo bipolare***

Nel suo libro *Toccato dal fuoco* la psicologa americana Kay Redfield Jamison, ricercatrice di fama internazionale affetta da disturbo bipolare, commentando le vite di molti artisti famosi si interroga sulla possibilità che esista una relazione tra questo genere di disturbo e la creatività artistica.

Generalmente, infatti, le persone bipolari sono intelligenti e versatili; certo, alcune hanno più opportunità di sviluppare il proprio talento creativo nel lavoro o in attività particolari, altre riescono addirittura a trovare soluzioni brillanti a problemi molto complessi per la loro soddisfazione personale e per quella di familiari e amici. Probabilmente, molte persone bipolari usano le loro doti intellettive anche per affrontare la malattia.

Abbiamo già avuto modo di dire che, di solito, la durata degli episodi maniacali è nettamente inferiore a quella degli episodi depressivi e che tra questi due estremi si interpongono periodi di stabilità emotiva; in questi momenti, alcuni pazienti attraversano fasi di pseudo-ipomania che, pur non sfociando necessariamente in episodi maniacali, li portano a sentirsi particolarmente capaci, socievoli e di buon umore; purtroppo, a essi segue quasi sempre un periodo di depressione.

In un altro libro, la stessa Kay Jamison racconta come, durante le fasi ipomaniacali, si accorgesse di essere estremamente produttiva nel suo lavoro, ma ben presto comprese che, nonostante l'apparente sensazione di benessere, quei momenti avevano costi enormi in termini di stabilità emotiva: aveva, infatti, notato che a essi seguivano invariabilmente periodi sempre più lunghi di depressione. Perciò,

decise di ricorrere, oltre ai farmaci, all'aiuto di uno psicoterapeuta che le permise di stabilizzare il suo equilibrio emotivo ed evitare di precipitare di nuovo negli abissi della depressione più nera.

Pertanto, è verosimile supporre che, nella fase ipomaniacale e in quella immediatamente precedente, si verifichi nei soggetti bipolari un incremento della produttività creativa, accompagnato talvolta da aspettative eccessive che possono, successivamente, tradursi in profonda disillusione e sconforto. Ciononostante, molti pazienti affermano che è difficile resistere al fascino di uno stato (ipo)maniacale: uno stato mentale in cui si avverte un aumento delle capacità intellettive, un senso di benessere diffuso, fiducia in se stessi e voglia di vivere che, talvolta, quando vengono a mancare, inducono una vera e propria "nostalgia". In alcuni casi, ci si illude di poter prolungare questi periodi a proprio piacimento, semplicemente controllando gli stati d'animo che sembrano generarli; in altri, durante i periodi di stabilità emotiva, si arriva a sospendere l'assunzione di farmaci nella convinzione che possano inibire le proprie facoltà mentali.

### ***Punti chiave***

- I sintomi del disturbo bipolare prevedono oscillazioni dell'umore (mania e depressione) intervallate da periodi di stabilità emotiva
- La diagnosi di stati depressivi e maniacali si basa sempre sull'accertamento di sintomi specifici
- Il disturbo, comprese le sue varianti più lievi, interessa circa cinque persone su cento e colpisce più frequentemente i giovani
- Il decorso è variabile, pur mantenendosi relativamente costante a livello individuale, con una prevalenza degli episodi depressivi su quelli maniacali
- Si ritiene che la sua origine sia riconducibile a una complessa, e in parte ancora sconosciuta, interazione tra fattori ereditari e ambientali
- Il suo impatto a livello personale e sociale è molto elevato