

LA MALATTIA BIPOLARE

Tutto ciò che dovete sapere
Guida per i pazienti e i loro famigliari



Introduzione

La malattia bipolare, denominata anche malattia maniaco-depressiva, ha un'incidenza relativamente elevata. A causa dell'ampia varietà dei sintomi che la caratterizzano e dei diversi tipi di decorso possibili, si tratta di una malattia non sempre facile da diagnosticare. Spesso trascorrono anni prima di riuscire a riconoscere la malattia e istituire un trattamento ottimale.

Questa guida si propone in primo luogo di informare gli interessati e i loro famigliari sulle cause, i sintomi, le forme e i tipi di decorso della malattia bipolare, illustrando i moderni approcci terapeutici a disposizione.

I medicinali svolgono un ruolo importante sia nel trattamento degli episodi acuti della malattia sia nella prevenzione delle ricadute. Dal momento che spesso devono essere assunti per diversi anni, la scelta di un preparato adeguato assume un'importanza particolare. Oltre a ciò, per stabilizzare l'equilibrio psichico delle persone colpite, si raccomanda di frequente una psicoterapia.

Nelle ultime pagine della guida vengono riportati indirizzi di gruppi di autoaiuto e associazioni, nonché indicazioni bibliografiche di fonti che trattano l'argomento «disturbi bipolari».

Indice

LA MALATTIA BIPOLARE

Che cosa la differenzia da un normale sbalzo d'umore?	4
Quando ha inizio?	6
Quali sono le cause?	7
Quali sono le sue forme?	8
Che cosa significa bipolare I e bipolare II?	10
Quali sono i sintomi e i segni di un episodio maniacale?	12
Quali sono i sintomi e i segni di un episodio depressivo?	16
Che cosa differenzia una ipomania da una mania?	21
Che cosa sono gli stati misti?	22
Che cosa si intende per «rapid cycling»?	23

LA DIAGNOSI

Come viene posta la diagnosi di una malattia bipolare?	24
Che cosa sono i «segni bipolari soft»?	26

IL TRATTAMENTO

Come viene trattata la malattia bipolare?	28
La terapia acuta	28
La terapia di mantenimento	29
La prevenzione delle ricadute	30

I MEDICAMENTI

Che cosa sono gli stabilizzatori dell'umore?	33
Perché per il trattamento della mania vengono oggi utilizzati gli antipsicotici?	36
Antipsicotici convenzionali e atipici: qual'è la differenza?	37
Come viene trattata una depressione bipolare?	38
Per quanto tempo si devono assumere i medicinali?	38
Quali medicinali vengono impiegati nella fase di prevenzione delle ricadute?	39

SI PUO' VIVERE «DEL TUTTO NORMALMENTE» CON UNA MALATTIA BIPOLARE?

Che cosa posso fare?	41
Diario dell'umore	42
Persone di fiducia	43
Indirizzi importanti	44
Letteratura per i pazienti e i famigliari	45

LA MALATTIA BIPOLARE

Le drastiche oscillazioni del tono dell'umore rappresentano il carattere saliente della malattia bipolare, compromettendo in misura notevole la vita del paziente e gravando sull'ambiente che lo circonda.

Che cosa differenzia un normale cambiamento d'umore da una malattia bipolare?

Indipendentemente dal fatto che comportino felicità o tristezza, i cambiamenti d'umore sono parte integrante della vita umana, né più né meno che la respirazione e il battito cardiaco. Essi contribuiscono a caratterizzare la nostra personalità e si manifestano spesso come reazione a un evento vissuto.

Nelle persone affette da malattia bipolare le oscillazioni del tono dell'umore sono più vistose che nelle persone sane. Spesso compaiono senza alcuna relazione con gli eventi vissuti, durano a lungo e compromettono seriamente l'equilibrio psicofisico.

Molti pazienti mettono in relazione la comparsa di un episodio di malattia con un evento drammatico della vita personale. Questi eventi possono essere sia di natura positiva che negativa. La sola cosa che hanno in comune è il fatto che nelle persone predisposte possono



scatenare uno stress psichico, che può a sua volta favorire l'insorgere di un disturbo bipolare.

Quanto più frequenti sono gli episodi della malattia, tanto più «automatico» diviene il loro meccanismo di insorgenza. Col passare del tempo le recidive (ricadute) aumentano, finendo per manifestarsi anche indipendentemente dagli eventi scatenanti.

Quando ha inizio la malattia bipolare?

La malattia bipolare si sviluppa spesso all'età di 20-30 anni. Una sua comparsa dopo il 40° anno di vita è rara.

I giovani

Nella maggior parte delle persone la malattia fa la sua comparsa tra il 20° e il 30° anno di vita. A volte, però, i primi segni e sintomi (chiamati anche prodromi o segni premonitori) sono riconoscibili già in età adolescenziale.

Spesso non è semplice distinguere i comportamenti «fuori di testa» e gli sbalzi d'umore tipici dello sviluppo adolescenziale dai sintomi di un disturbo manico-depressivo.

Un marcato calo del rendimento scolastico, un ritiro sociale o persistenti disturbi del sonno possono però costituire gli indizi di un disturbo bipolare incipiente, così come lo possono essere un'irritabilità cronica e continui conflitti interpersonali. Questi elementi possono e devono essere motivo di una visita specialistica.

Gli adulti

Solo in casi rari la malattia manifesta la sua comparsa oltre il 40° anno di vita. In questi casi si tratta spesso di cambiamenti del tono dell'umore che in passato erano stati poco accentuati o erroneamente interpretati. Nelle persone avanti negli anni l'insorgenza della malattia

può essere attribuita a un'alterata funzionalità cerebrale. Se la malattia bipolare si presenta nel corso di una gravidanza o durante il puerperio, i sintomi sono nella gran parte dei casi depressivi e raramente di tipo maniacale.

Quali sono le cause della malattia bipolare?

Alla base della malattia bipolare viene individuato un disturbo metabolico in sede cerebrale. Determinati fattori psicosociali addizionali possono poi portare alla manifestazione della malattia.

La malattia bipolare insorge a seguito di un disturbo del metabolismo cerebrale principalmente riconducibile a fattori di natura genetica, neurochimica o ormonale.

I ricercatori stanno attualmente studiando se esista un rapporto tra le caratteristiche genetiche e l'insorgenza dei disturbi maniaco-depressivi. Sebbene non siano state finora trovate prove certe che si tratti di una classica malattia ereditaria, è stato appurato che in alcune famiglie essa si manifesta con maggiore frequenza, e i parenti di primo grado presentano il rischio più elevato di contrarre la malattia (probabilità del 10–20%).

Oggigiorno si sa che alcune alterazioni genetiche si ripercuotono sul metabolismo cerebrale, determinando

un aumento o una diminuzione dell'attività di determinati neurotrasmettitori (sostanze messaggere) quali la dopamina e la serotonina. Queste alterazioni, in associazione a influssi di tipo psicosociale quali lo stress, il parto, un lutto o la perdita del posto di lavoro, possono scatenare episodi maniacali o depressivi.

Quali sono le forme di malattia bipolare esistenti e con quale frequenza si manifestano?

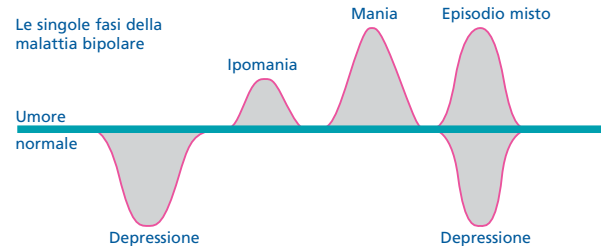
La caratteristica della malattia sono le deviazioni dal normale tono dell'umore verso l'alto (mania) o verso il basso (depressione).

Come accennato inizialmente, la malattia bipolare è caratterizzata da vistose oscillazioni del tono dell'umore e la sua comparsa è definita come «episodio» o «fase».

Si riconoscono fondamentalmente due tipi di fasi:

- **Fasi euforiche (manie)**
«con il morale alle stelle»
- **Fasi di prostrazione (depressioni)**
«con la morte nel cuore»

La malattia bipolare inizia tipicamente con un episodio depressivo. In seguito gli episodi della malattia vanno e vengono a intervalli di tempo irregolari. Nei periodi di tempo fra i singoli episodi le persone colpite hanno spesso la sensazione di stare bene, ma sono sempre possibili lievi oscillazioni dell'umore.



Deviazioni dal normale tono dell'umore verso l'alto (mania) o verso il basso (depressione).

La classificazione della malattia bipolare in episodi maniacali e depressivi è fondamentale al fine di assicurare l'efficacia del trattamento. Una fase depressiva non trattata dura in media alcuni mesi, mentre gli episodi maniacali non trattati sono di regola più brevi. Quando l'episodio maniacale si attenua, in molte persone subentra un episodio depressivo.

Che cosa significa bipolare I e bipolare II?

Si distinguono due tipi di malattia bipolare secondo l'ICD-10: il classico disturbo bipolare I e il più frequente, ma meno grave, disturbo bipolare II.*

La malattia bipolare viene classificata in due tipi:

- **Disturbo bipolare di tipo I: depressione e mania**
- **Disturbo bipolare di tipo II: depressione e ipomania (mania meno accentuata)**

*ICD-10: l'ICD-10 è un sistema di classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosciuto a livello internazionale. La sigla ICD sta per International Classification of Diseases, mentre il numero 10 ne indica la decima e attuale edizione. Nel capitolo V (F) vengono descritte e classificate le malattie psichiatriche.



Il disturbo bipolare di tipo I

Con questo termine si intende la malattia maniaco-depressiva «classica», con spiccate fasi di elevazione e abbassamento del tono dell'umore. Tale affezione si manifesta in circa l'1-2 per cento della popolazione e colpisce donne e uomini in ugual misura.

Il disturbo bipolare di tipo II

Si riscontra in circa il 4 per cento della popolazione ed è caratterizzato dalla comparsa di depressioni bipolari e manie meno accentuate (ipomanie).

Quali sono i sintomi di un episodio maniacale?

I pazienti maniacali sono «su di giri» ed entusiasti, ma spesso anche aggressivi e irritabili.

Non tutti quelli che attraversano un episodio maniacale sono felici. Di solito le persone interessate sono «su di giri» ed entusiaste. Tali soggetti sono tuttavia spesso anche irritati e tendono a mostrare un comportamento aggressivo.

Nei confronti della propria malattia le persone colpite sono irragionevoli e argomentano dicendo che gli si voglia «affibbiare» una malattia.

Perché si possa parlare di un episodio maniacale* devono essere presenti almeno tre dei sintomi seguenti:

- **Autostima ipertrofica o idee di grandezza**
- **Minore bisogno di sonno**
- **Maggiore loquacità**
- **Fuga delle idee**
- **Sintomi psicotici (per es. idee deliranti e allucinazioni)**
- **Iperattività, sensazione di onnipotenza**
- **Ridotta capacità di giudizio**

*(secondo ICD-10)



Autostima ipertrofica o idee di grandezza

Le persone colpite mostrano un'autostima esorbitante e si sentono grandiose, ricche, invincibili e ammirate dagli altri. Ritengono di possedere capacità particolari con le quali potrebbero, per esempio, salvare il mondo. Alcuni pazienti vivono nella convinzione di conoscere i pensieri e i sentimenti dei loro simili. Altri ritengono di godere di un rapporto privilegiato con Dio.

Minore bisogno di sonno

Le persone affette non si sentono stanche dopo lunghi periodi di veglia. Sono riposate dopo poche ore di

sonno (2–3 ore) oppure non dormono affatto per diversi giorni.

Maggiore loquacità

Le persone colpite parlano molto rapidamente e a voce troppo alta. Cambiano continuamente l'argomento della conversazione, sono volubili nelle affermazioni e interrompono gli altri mentre parlano. Possono esprimersi in modo particolarmente spiritoso e divertente, ma anche offensivo.

Fuga delle idee

Ai pazienti vengono in mente sempre nuove idee. Incontrano problemi a concentrarsi su un argomento e perdono di continuo il filo del discorso.

Se gli interlocutori non riescono a tener dietro ai loro pensieri galoppanti, essi diventano impazienti o addirittura aggressivi. La fuga delle idee può essere responsabile di un incessante mutamento di comportamento delle persone colpite, perché cercano di mettere in pratica le sempre nuove idee.

Sintomi psicotici

Nell'ambito di un episodio maniaco alcuni pazienti presentano anche idee deliranti. Spesso si tratta di delirio di grandezza, quando per esempio il paziente crede di essere un milionario. Sebbene le idee deliranti non corrispondano alla realtà, il paziente vi rimane attacca-

to con ostinazione. Nelle manie gravi si riscontrano talora anche allucinazioni (illusioni percettive), che sono spesso di tipo acustico (si sentono voci o rumori) e, più raramente, di natura ottica (visioni).

Iperattività

I pazienti che soffrono di mania danno l'impressione di essere irrequieti e perennemente in movimento. Hanno una insaziabile fame di esperienze e vogliono continuamente fare qualcosa. È inoltre ben evidente il loro forte bisogno di contatto.

Ridotta capacità di giudizio

Nel corso di un episodio maniaco i pazienti interessati spesso non sono in grado di valutare correttamente le conseguenze del proprio comportamento. Per l'eccessiva leggerezza o la ricerca sfrenata del piacere si abbandonano ad attività insolite o proibite, che li possono portare addirittura a commettere dei reati. Fra queste vanno annoverate le spese esorbitanti, le decisioni in grado di rovinare la propria vita professionale o anche un comportamento sessuale disinibito.

Quali sono i sintomi e i segni di un episodio depressivo bipolare?

I pazienti depressi sono tristi, distrutti e incapaci di provare emozioni. I pensieri di suicidio sono un sintomo particolarmente minaccioso, che richiede un immediato intervento medico.

I sintomi della depressione bipolare sono identici a quelli di una depressione ricorrente: i pazienti si sentono tristi, distrutti e incapaci di provare emozioni. Alcuni di loro si sentono avviliti e in preda alla disperazione.

Il paziente ha la netta impressione (condivisa anche dai famigliari) di non riuscire a mostrare i propri sentimenti, per esempio attraverso la mimica, la gestualità o il registro di voce.

I pensieri di suicidio e l'impulso al suicidio (suicidalità) rappresentano il sintomo più pericoloso di una depressione. Gli indizi che possono far sospettare il pericolo di un suicidio dovrebbero essere presi sul serio in qualsiasi caso e comportare l'immediato intervento di un medico.

I sintomi depressivi* più importanti sono i seguenti:

- **Ansia, umore ansioso**
- **Perdita di interesse, mancanza di iniziativa, svogliatezza**

*(secondo ICD-10)

- **Perdita o aumento di peso**
- **Disturbi del sonno, risveglio precoce e prostrazione mattutina**
- **Rallentamento, inibizione o irrequietezza**
- **Perdita di energia, perdita delle forze, malessere fisico**
- **Autosvalutazione e sensi di colpa e di inferiorità**
- **Disturbi della concentrazione e incapacità di prendere decisioni**
- **Pensieri di suicidio (suicidalità)**
- **Sintomi psicotici**

Ansia, umore ansioso

L'umore dei pazienti depressi è spesso contraddistinto da ansia, e viene accompagnato da preoccupazioni o dal timore del peggio. Spesso l'ansia cresce senza motivo ed è causa di inquietudine interiore associata a iperreattività, irrequietezza o incapacità di rilassarsi. Questo forte atteggiamento ansioso può combinarsi con sintomi somatici quali tremori e accelerazione della respirazione e del battito cardiaco.

Perdita di interesse, mancanza di iniziativa, svogliatezza

Il paziente perde interesse per l'ambiente, per le attività preferite e per sé stesso. Non si sente più all'altezza dei compiti quotidiani e anche le attività piacevoli non

riescono più a motivarlo. Tipica è inoltre la perdita della capacità di provare piacere e il disinteresse sessuale.

Perdita o aumento di peso

La perdita di peso è un sintomo riscontrato di frequente nella depressione. Alcuni pazienti sviluppano invece una forte sensazione di fame e acquistano peso per via di un'alimentazione non equilibrata.

Disturbi del sonno, risveglio precoce e prostrazione mattutina

Nella depressione si riscontrano spesso difficoltà di addormentamento, sonno interrotto e un caratteristico risveglio precoce. Le conseguenze sono stanchezza cronica e sfinimento fisico. Altri pazienti accusano invece un maggior bisogno di sonno. Molti pazienti lamentano inoltre di avere difficoltà a cominciare la giornata al mattino. Questa prostrazione mattutina si risolve spesso intorno a mezzogiorno.

Rallentamento, inibizione o irrequietezza

I sintomi di una «depressione inibita» corrispondono sostanzialmente al quadro classico di una depressione, con un rallentamento dei movimenti e del ritmo della parola e del pensiero. Per contro, i pazienti con «depressioni ansiose» non possono stare seduti tranquillamente, camminano di continuo su e giù e si sentono inquieti. Questa inquietudine interiore viene percepita dai pazienti come un grande tormento.



Perdita di energia, perdita delle forze, malessere fisico
I pazienti depressi lamentano la perdita delle forze. Dal momento che manca loro energia e motivazione, le cose che affrontano abitualmente senza alcuna fatica comportano ora uno sforzo maggiore.

Autosvalutazione e sensi di colpa e di inferiorità
La perdita dell'autostima e i complessi di inferiorità sono altrettanti sintomi tipici. I pazienti credono di essere inutili, di avere un brutto carattere e di fare tutto in

modo sbagliato. È possibile anche il manifestarsi di sensi di colpa paranoici per cui i pazienti pensano di aver meritato una punizione o di dover fare penitenza.

Disturbi della concentrazione e incapacità di prendere decisioni

L'incapacità di prendere anche le più piccole decisioni della vita quotidiana può bloccare le azioni del paziente. Questo sintomo ha effetti devastanti sia sulla vita privata sia su quella professionale.

Pensieri di suicidio (suicidalità)

Il ricorrere di pensieri quali «la vita non è più degna di essere vissuta» oppure «meglio essere morto» sono un ulteriore segno di una depressione. I sintomi quali la disperazione, l'autosvalutazione e la sensazione di aver perduto il senso della vita possono costituire il terreno ideale per lo sviluppo di un comportamento suicidario. Le affermazioni sul suicidio o un atteggiamento comportamentale di tipo suicidario da parte di pazienti depressi non devono mai essere presi sottogamba.

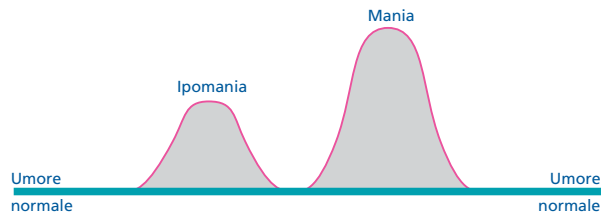
Sintomi psicotici

I sintomi psicotici possono essere presenti anche nelle depressioni gravi. Le idee deliranti o le allucinazioni coesistono per lo più in perfetta sintonia con un umore depresso. I sensi di colpa e di inferiorità, le preoccupazioni per la salute e le morbide paure di rovina econo-

mica possono essere così violenti da far perdere al paziente qualsiasi rapporto con la realtà.

Che cosa differenzia un'ipomania da una mania?

Tipica di un'ipomania è la presenza di sintomi maniacali di lieve entità che perdurano per diversi giorni.



Sebbene i sintomi di un'ipomania siano simili a quelli di una mania, essi sono meno intensi. I pazienti sono spesso euforici e talvolta anche irritati. Il ritmo dei pensieri e l'immaginario personale risultano stimolati e il bisogno di sonno è ridotto.

Nel comportamento sociale i pazienti possono dimostrarsi arroganti o anche litigiosi. Caratteri distintivi dell'ipomania sono la maggiore distraibilità in risposta a stimoli esterni, il maggior dinamismo e la voglia di fare.

Le persone interessate percepiscono spesso come piacevoli gli episodi ipomaniacali. Sono «su di morale» e le loro capacità psicofisiche sono più brillanti. Anche se molti ritengono che i sintomi non richiedano alcun trattamento, essi devono essere considerati quale campanello d'allarme per il possibile scoppio di un episodio maniacale. A seconda del decorso, anche gli episodi ipomaniacali potrebbero rendere necessaria una terapia medicamentosa.

Che cosa sono gli stati misti?

Gli stati misti sono caratterizzati dal contemporaneo manifestarsi di sintomi maniacali e depressivi.

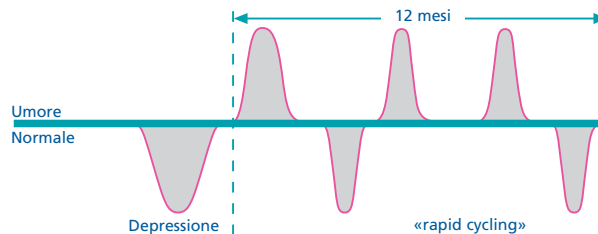
Quando i sintomi maniacali e i sintomi depressivi compaiono in rapida successione o contemporaneamente si parla di uno stato misto.

Per esempio, i pazienti colpiti pensano o parlano velocemente (sintomi maniacali), mentre sono al tempo stesso ansiosi, abbattuti od ossessionati da pensieri di suicidio. L'incidenza degli episodi misti è almeno pari a quella delle manie classiche. Si tratta in questo caso di episodi gravi, il cui trattamento è più difficile di quello delle forme classiche.

Che cosa si intende per «rapid cycling»?

«Rapid Cycling»: più di quattro episodi maniaco-depressivi in 12 mesi.

Se si verificano quattro o più episodi maniaco-depressivi nell'arco di 12 mesi, si parla di «rapid cycling» (= rapido alternarsi di episodi). I pazienti con questa sintomatologia sono di difficile trattamento e spesso richiedono una combinazione di diversi medicinali.



LA DIAGNOSI

Come viene posta la diagnosi di una malattia bipolare?

Per formulare una diagnosi corretta, si deve prima valutare l'intero quadro delle devianze psichiche.

La diagnosi «malattia bipolare» richiede un esame approfondito da parte di uno psichiatra, che dovrà inoltre raccogliere l'anamnesi (storia clinica) in collaborazione con il paziente e, se possibile, con i suoi famigliari. L'obiettivo è fare un quadro esatto delle devianze psichiche del paziente, e per fare ciò si prende in considerazione generalmente un periodo di tempo di diversi anni.

In questo processo è molto importante coinvolgere anche i famigliari, a condizione però che il paziente sia consenziente.

A molti di noi risulta difficoltoso parlare di problemi psichici quali le depressioni o le manie, e ci si confida più facilmente con una persona di fiducia.

Spesso le persone affette da depressione cercano in primo luogo di risolvere da sé i propri problemi. I pazienti maniacali o ipomaniacali, al contrario, sovente non riconoscono affatto la dimensione patologica dei sintomi che li affliggono. È questo il motivo per cui

passa sempre troppo tempo, prima che le persone con una malattia bipolare si presentino dallo psichiatra!

Non è raro che prima di formulare una diagnosi corretta trascorrono fino a 10 anni. Il medico di famiglia assume in questo iter un ruolo importante, in quanto ha il compito di indirizzare dallo specialista in psichiatria e psicoterapia tutti quei pazienti con precedenti o sintomi di episodi depressivi o maniacali.



Motivi di una diagnosi tardiva

- Solo poche persone sono informate sulla malattia bipolare. Per lo più vengono riconosciuti e riferiti al medico di famiglia solo i sintomi depressivi.
- Spesso le fasi ipomaniacali o maniacali non vengono associate al concetto di malattia e quindi non sono

comunicate al medico. Ai primi segni di una mania è importante che il medico ponga domande non solo sui sintomi della malattia, bensì anche sull'incremento delle capacità psicofisiche, per esempio: «Succede che il lavoro le risulti più leggero del solito? È più intraprendente e attivo? Si stanca meno velocemente? Spende più soldi o si è trovato in difficoltà a causa del suo comportamento?».

Per meglio descrivere la malattia al medico e comprenderne appieno tutti gli aspetti, è importante compilare regolarmente un diario dell'umore. Con l'ausilio di un diario dell'umore si può riconoscere con maggior facilità il decorso della malattia e porre una diagnosi corretta. A pagina 42 vengono riportati un esempio di un diario di questo tipo e le informazioni per l'ordine.

Che cosa sono i «segni bipolari soft»?

I segni bipolari soft sono caratteristiche, individuabili nel paziente stesso o nella sua famiglia, che lasciano presagire una malattia.

I segni bipolari soft sono caratteristiche che si riscontrano nel corso della malattia o nella storia familiare di un paziente e che lasciano presagire una malattia bipolare. Questi segni soft sono quindi indizi e non tanto criteri diagnostici.

Le seguenti caratteristiche rientrano nei segni bipolari soft:

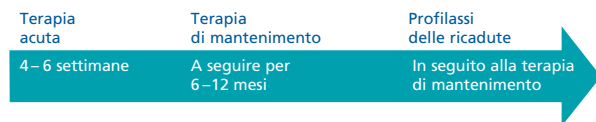
- **Presenza di malattie bipolari in famiglia**
- **Efficacia di una terapia con litio in parenti di 1° grado (genitore, fratello o sorella) con una malattia psichica**
- **Malattie psichiche in tre generazioni consecutive**
- **Ipomania scatenata da una terapia con antidepressivi**
- **Sbalzi d'umore particolarmente accentuati (facile irritabilità, sovraccitazione o prostrazione continua)**
- **Depressioni che si manifestano in relazione a una determinata stagione dell'anno**
- **Depressioni con caratteristiche psicotiche, insorte in età infantile o adolescenziale**

IL TRATTAMENTO

Come viene trattata la malattia bipolare?

Il piano di trattamento viene stabilito in base al decorso della malattia, valutando il numero e il grado di gravità degli episodi.

La terapia viene classificata come segue:



La terapia acuta

Terapia acuta: da 4 a 6 settimane di trattamento della mania o della depressione acuta.

La terapia acuta si pone come obiettivo il trattamento di una mania o di una depressione acuta. Il trattamento viene iniziato non appena si manifestano i sintomi di un primo episodio o di una ricaduta.

L'intensità e la durata della terapia acuta dipendono dalla gravità dell'episodio di malattia. In media questa terapia si protrae per 4-6 settimane.

A cosa occorre prestare una particolare attenzione durante la terapia acuta?

Il fattore decisivo per il successo della terapia acuta è la tranquillità dell'ambiente circostante. Anche i più piccoli stimoli ed esperienze di vita possono causare stress e quindi aggravare la malattia.

In questa fase terapeutica, un prudente sostegno psichico da parte dei terapeuti e dei famigliari è importante quanto l'accurata pianificazione della terapia medicamentosa.

Non appena i sintomi della fase acuta della malattia sono migliorati, si passa ad aggiustare con cautela il trattamento. Contemporaneamente, si cerca di incrementare la capacità di resistenza psicofisica del paziente con l'ausilio di una psicoterapia.

La terapia di mantenimento

Terapia di mantenimento: stabilizzazione della durata di 6-12 mesi che segue direttamente la terapia acuta.

La terapia di mantenimento comprende tutte quelle misure terapeutiche che seguono la fase acuta.

Lo scopo di questa fase terapeutica è in primo luogo l'eliminazione di tutti i disturbi accusati dal paziente. In secondo luogo ci si propone di assicurare la stabilità

delle condizioni del paziente per 6-12 mesi. Questi obiettivi vengono raggiunti tanto più facilmente quanto maggiore è il grado di armonizzazione fra la terapia farmacologica e la psicoterapia. Generalmente in questa fase si mantengono i farmaci che si sono dimostrati efficaci nel corso della terapia acuta.

La prevenzione delle ricadute

La prevenzione delle ricadute ha lo scopo di impedire una nuova ricaduta in una fase maniacale o depressiva e fa seguito alla terapia di mantenimento.

La prevenzione delle ricadute ha un significato decisivo per la stabilità delle condizioni di salute delle persone affette da malattia bipolare. Questa profilassi comprende spesso misure farmacologiche e psicoterapiche e si deve protrarre per diversi anni. Per questo motivo il piano di trattamento si orienta esclusivamente alle esigenze individuali del paziente e viene sviluppato con la sua collaborazione e, se possibile, con quella dei suoi familiari.

A cosa occorre prestare una particolare attenzione durante la terapia farmacologica finalizzata alla prevenzione delle ricadute?

La regolare assunzione dei farmaci è il presupposto fondamentale per eliminare i disturbi e garantire una stabilità duratura!

Per mettersi al riparo da una ricaduta della malattia, alcune persone devono assumere i farmaci per decenni e talvolta anche per tutta la vita. Siccome a questo punto la maggior parte dei pazienti sta di nuovo bene, spesso non vede alcun motivo per proseguire la terapia. Tuttavia, senza aver consultato il medico non si deve mai interrompere l'assunzione dei farmaci. In questo caso l'assenza di disturbi non significa necessariamente una guarigione, e un'improvvisa interruzione della terapia farmacologica è pertanto associata a un alto rischio di ricadute della malattia.

Psicoterapia e psicoeducazione sono parti integranti della prevenzione delle ricadute

La combinazione di misure farmacologiche e psicoterapiche aiuta i pazienti a raggiungere la stabilità psichica.

La psicoterapia e la psicoeducazione sono elementi fondamentali della profilassi delle recidive. L'obiettivo della psicoeducazione è la formazione del paziente e dei suoi famigliari in modo che diventino degli «esperti» della malattia. Essi vengono informati sui segni premonitori e sui sintomi degli episodi acuti, imparando a trattarli di conseguenza.

Spesso è di grande aiuto stilare insieme al paziente una lista di sintomi precoci personali e un corrispondente piano di crisi. Si tratta di una misura particolarmente sensata soprattutto quando i sintomi e i comportamenti che precedono l'effettivo inizio degli episodi sono sempre gli stessi.

Psicoterapia

Vi sono diverse forme di psicoterapia:

- **Terapia famigliare**
- **Psicoterapia comportamentale cognitiva**
- **Psicoterapia ritmica interpersonale e sociale**
- **Psicoterapia psicodinamica**
- **Psicoterapia centrata sulla persona**

Con i diversi metodi terapeutici si cerca in primo luogo di influenzare il ritmo biologico, favorendo la riduzione dello stress e impostando correttamente «l'orologio



interno» del paziente. Solo la combinazione di approcci medicamentosi e psicoterapeutici aiuta a raggiungere una sufficiente stabilità psichica. Oggigiorno ci si può avvalere di una ricca offerta di informazioni per pazienti e famigliari. Indirizzi utili a questo proposito vengono riportati nelle ultime pagine di questa guida.

I MEDICAMENTI

Che cosa sono gli stabilizzatori dell'umore?

Come indica già il nome, questi medicinali agiscono stabilizzando l'umore.

Nel trattamento delle malattie bipolari vengono utilizzati allo scopo di equilibrare le eccessive oscillazioni del tono dell'umore, senza tuttavia scatenare un episodio di «polo opposto». Al tempo stesso proteggono il paziente dall'insorgenza di nuovi episodi.

Gli stabilizzatori dell'umore sono i seguenti:

- **Litio**
- **Antiepilettici (anticonvulsivanti)**
- **Antipsicotici moderni (i cosiddetti antipsicotici atipici)**

Secondo le conoscenze più attuali si distinguono stabilizzatori dell'umore di tipo A e di tipo B:

Stabilizzatori dell'umore di tipo A

Gli stabilizzatori dell'umore di tipo A agiscono contro un tono dell'umore elevato.

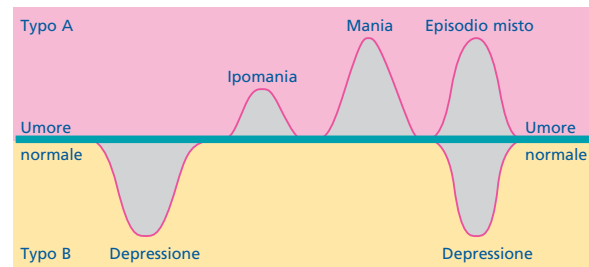
Gli stabilizzatori dell'umore di tipo A sono medicinali che agiscono contro un tono dell'umore elevato. La «A» sta per «above» (dall'inglese: sopra). Gli stabilizzatori dell'umore cercano quindi di riequilibrare il tono dell'umore particolarmente elevato del paziente. Così facendo, i medicinali di questo gruppo hanno un

effetto antimaniacale, senza però scatenare una depressione. Gli stabilizzatori dell'umore di tipo A comprendono per esempio il litio e gli anticonvulsivanti (antispasmodici) quali il valproato e la carbamazepina. In base ai dati più recenti, anche alcuni antipsicotici moderni o atipici (detti più semplicemente «atipici») esercitano un effetto antimaniacale e stabilizzano l'umore.

Stabilizzatori dell'umore di tipo B

Gli stabilizzatori dell'umore di tipo B agiscono contro un tono dell'umore depresso.

Gli stabilizzatori dell'umore di tipo B sono medicinali che vengono utilizzati contro un tono dell'umore depresso. La «B» sta per «below» (dall'inglese: sotto). Questi medicinali agiscono quindi elevando a un



livello normale un tono dell'umore depresso, senza con ciò scatenare episodi maniacali o ipomaniacali.

Fra gli stabilizzatori dell'umore di tipo B vanno annoverati, per esempio, la lamotrigina e alcuni antipsicotici atipici.

Perché oggi giorno vengono utilizzati gli antipsicotici per il trattamento della mania?

Gli antipsicotici moderni o atipici mostrano proprietà di stabilizzazione dell'umore.

Gli antipsicotici rappresentano sempre i farmaci di prima scelta nel caso in cui il paziente soffra di sintomi psicotici quali allucinazioni o idee deliranti, che inducono spesso nel paziente eccitazione, aggressività, irrequietezza o ansia. Gli antipsicotici devono il loro nome alle proprietà antipsicotiche che li caratterizzano.

Gli antipsicotici moderni o atipici non hanno solo effetti antipsicotici, ma agiscono anche stabilizzando l'umore. Vengono utilizzati con efficacia nel trattamento dei disturbi bipolari anche quando non sono presenti sintomi psicotici.

Antipsicotici convenzionali e atipici: qual'è la differenza?

Gli antipsicotici atipici sono tollerati bene dai pazienti.

I primi antipsicotici, denominati anche «antipsicotici convenzionali» o «antipsicotici di 1a generazione», esercitano un buon effetto antipsicotico. La loro assunzione è però spesso accompagnata da effetti indesiderati gravi quali il tremore alle mani, il rallentamento o l'alterazione dei movimenti e la secchezza in bocca.

Grazie all'ulteriore sviluppo di questi farmaci, disponiamo ora dei cosiddetti antipsicotici atipici, con i quali i disturbi motori si manifestano molto più raramente o soltanto alle posologie più elevate.

Con alcuni atipici può comparire all'inizio della terapia una stanchezza transitoria, che in caso di mania può del resto rappresentare un effetto desiderato.

Di contro, con alcuni preparati si riscontra di frequente un considerevole aumento del peso corporeo. Siccome in molti casi i farmaci devono essere assunti per lunghi periodi di tempo, la buona tollerabilità a lungo termine rappresenta un criterio importante per la scelta dell'atipico.

Parlate al medico delle vostre aspettative nei confronti dell'efficacia e della tollerabilità dei farmaci assunti!

Come viene trattata una depressione bipolare?

Di regola, una depressione bipolare viene trattata con antidepressivi più moderni e con meno effetti collaterali, ossia con gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e con gli inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI). Per il resto si dovrebbe rinunciare all'uso di sostanze più vecchie, visto che sono sospettate di causare manie e aggravare le oscillazioni del tono dell'umore.

In caso di frequenti sbalzi d'umore o stati misti è indicato l'utilizzo dei più nuovi stabilizzatori dell'umore di tipo B. Per trattare sintomi quali l'ansia o l'irrequietezza, all'inizio della terapia è spesso necessario associare dei sedativi (le cosiddette benzodiazepine).

Per quanto tempo si deve continuare ad assumere un farmaco che è stato utilizzato nel trattamento acuto?

Non interrompete mai l'assunzione di farmaci senza aver prima consultato il medico.

Di regola la malattia bipolare accompagna il paziente per tutta la vita e può scoppiare di nuovo in ogni

momento e spesso senza segni premonitori. Nella maggior parte dei casi richiede una terapia a lungo termine, che viene proseguita anche nelle fasi prive di disturbi: una pratica necessaria, ma che però molti pazienti non accettano facilmente.

Con l'aiuto di strumenti quali il diario dell'umore è possibile verificare l'efficacia del trattamento. Le registrazioni regolari aiutano il paziente a identificare gli influssi responsabili delle variazioni dell'umore. Se si riconoscono i fattori scatenanti, si è anche in grado di evitarli.

Quali farmaci vengono impiegati nella fase di prevenzione delle ricadute?

Grazie alla loro migliore tollerabilità e al ridotto profilo di effetti collaterali, gli antipsicotici moderni o atipici sono indicati per la profilassi a lungo termine delle ricadute.

La prevenzione delle ricadute si è finora avvalsa degli stabilizzatori dell'umore.

Sulla scorta delle conoscenze più recenti, il trattamento alternativo con un antipsicotico moderno e ben tollerabile rappresenta una terapia efficace e sensata. A questo proposito gli atipici possono essere somministrati da soli o in combinazione con uno stabilizzatore dell'umore.



SI PUÒ VIVERE «DEL TUTTO NORMALMENTE» CON LA MALATTIA BIPOLARE?

La malattia bipolare può essere trattata bene.

Con un trattamento medicamentoso ben controllato, ancor meglio se sostenuto da misure di tipo psicoterapeutico, si può condurre una vita del tutto normale. Così come per altre malattie, esistono tuttavia anche casi gravi, che rappresentano un onere molto gravoso per la famiglia e l'ambiente sociale e professionale.

Tra le affezioni psichiatriche la malattia bipolare è una di quelle ben trattabili e lascia ai pazienti la libertà di condurre una vita sociale e privata gratificante.

Che cosa posso fare ?

Diverse misure possono limitare gli effetti della malattia bipolare:

- **Informate gli amici e i familiari sui sintomi della malattia bipolare**

Se gli amici e i familiari sono in grado di riconoscere i sintomi premonitori di una ricaduta imminente, la probabilità di ricevere un aiuto tempestivo sarà più alta. Questo intervento può eventualmente abbreviare o addirittura impedire un episodio imminente.

- **Tenete un diario dell'umore**

Esempio

		Mese <i>Mai</i>									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Maniacale	Molto grave (clinica)										
	Grave							X	X		
	Moderato			X	X	X				X	
	Lieve		X				X				X
	Equilibrato	X									
Depressivo	Lieve										
	Moderato										
	Molto grave (clinica)										
Medicamenti	Mattina/pomeriggio										
	Sera										
	<i>Medicament 1</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ore di sonno nell'ultima notte	8	6	6	4	4	4	3	3	4	4
	Eventi particolari/osservazioni (da registrare ogni giorno)	<i>stress</i>					<i>Grippe</i>				

Esempio di un diario dell'umore compilato

Per avere gratuitamente il calendario dell'umore, ordinatelo all'indirizzo cns@astrazeneca.ch oppure chiedete al vostro medico.

Persone di fiducia

- *Apritevi agli altri.*

In una malattia cronica come il disturbo bipolare è importante poter contare su persone di fiducia. Le più indicate sono persone competenti e rapidamente raggiungibili. In situazioni di crisi il medico curante deve essere uno dei primi interlocutori.

La continuità del trattamento e un buon rapporto medico-paziente aiutano a riconoscere precocemente le crisi e a evitarle. Solo in questo modo sarà possibile discutere apertamente anche di questioni delicate o alternative terapeutiche.

Altri centri di riferimento che offrono sostegno sono per esempio i gruppi di autoaiuto. Contatti di questo tipo possono essere in genere suggeriti dallo psichiatra.

Indirizzi importanti:

Equilibrium
www.depressionen.ch

Associazione Equilibrium Ticino
www.equilibrium-ticino.ch

ATB Genève
www.association-atb.org

VASK
 Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie-
 und Psychisch-Kranken
www.vask.ch

Depression and Bipolar Support Alliance
 DBSA
www.dbsalliance.org

EUFAMI
 European Federation of Associations of Families of People with
 Mental Illness
www.eufami.org

Letteratura per i pazienti e i famigliari:

Colom Francesc, Vieta Eduard
Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare
 Fioriti, 2006, 212 pagine.
 ISBN: 88-8731964-2

Giulia Ida Perrini, Chiara Pavan, Arianna Di Florio, Francesco Sessa,
 Gianna Magnolfi
Il disturbo bipolare
 Collana «Guide per la sopravvivenza»
 Fioriti, 2006, 74 pagine.
 ISBN: 88-87319-71-5

Morena Tafuro, Mauro Ferrara, Teresa Jole Carratelli
Il disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti
 Collana «Guide per la sopravvivenza»
 Fioriti, 2006, 44 pagine.
 ISBN: 88-87319-73-1

Arachi Alessandra
Lunatica. Storia di una mente bipolare.
 2006, 140 pagine.
 ISBN: 88-17-01382-X

Appunti personali:

PD Dr. med. Stephanie Krüger

Prof. Dr. med. Peter Bräunig

Adattamento per la Svizzera (per gentile concessione degli autori originali):

Dr. med. Philipp Eich

Dr. med. Andreas Horvath

In collaborazione con AstraZeneca AG, Zugo

Creazione e illustrazioni: ideenatelier roeck
rene.roeck@1st.ch

Indirizzi per ordinare altri esemplari:

- AstraZeneca AG, Grafenau 10, 6301 Zug, cns@astrazeneca.ch
- www.psychosis.ch
- THERAPLUS, Münsterberg 1, 4001 Basel, info@theraplus.ch

Editore: THERAPLUS*
Fondazione per l'assistenza
terapeutica
www.theraplus.ch

Col sostegno di: AstraZeneca AG
www.astrazeneca.ch

*THERAPLUS è un'organizzazione non-profit che persegue esclusivamente obiettivi di pubblica utilità ed è aperta a tutti gli interessati. Per ulteriori informazioni su THERAPLUS e sui progetti attuali si prega di consultare il nostro sito www.theraplus.ch.

THERAPLUS

AstraZeneca 

