

G. Tavormina, M. Nardini, A. Vacca
L. Mendolicchio, M.G.M. Tavormina

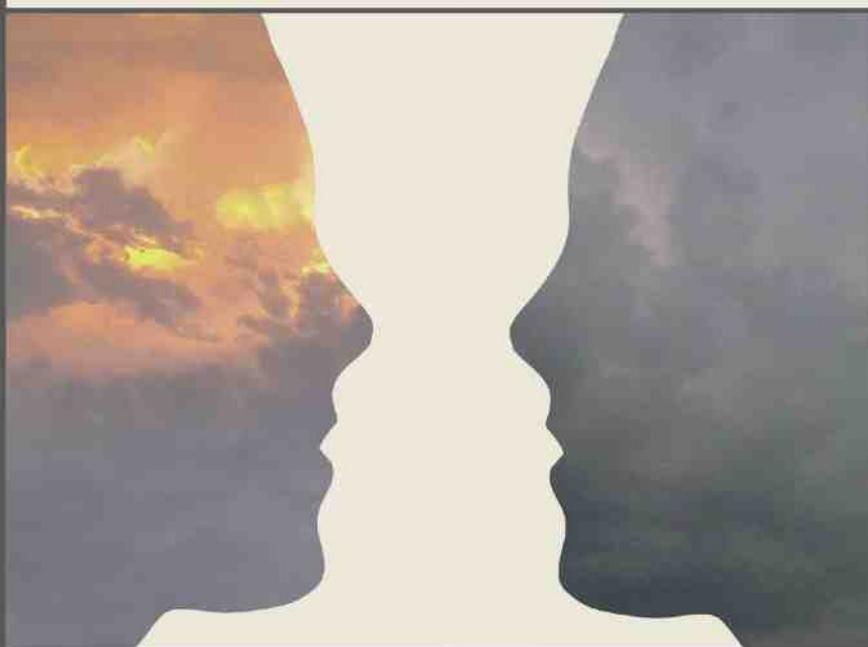


EDA Italia
Onlus

Luce sul male oscuro

Disturbi dell'umore: identikit, prevenzione e cura

Prefazione di Sergio Angeletti



Sardini

Luce sul male oscuro

A cura del Comitato Scientifico dell'Associazione "EDA Italia Onlus", e in particolar modo a cura di:

Giuseppe Tavormina (Centro Studi Psichiatrici – Provaglio d'Iseo, BS),

Marcello Nardini, Antonella Vacca (Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari),

Leonardo Mendolicchio (Università degli Studi di Foggia),

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (UOSM 57 di Torre del Greco, NA, ASL Napoli 3 Sud).

Tutti i diritti sono riservati all'Associazione "EDA Italia ONLUS"



EDA Italia - ONLUS
Associazione Italiana sulla Depressione

Sede : piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d'Iseo (BS)
tel. e fax: 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org
sito web: www.edaitalia.org
P.IVA: 02897990988

Prefazione - di Sergio Angeletti

E' un sottile, si vorrebbe dire *raffinato* gioco psico-foto-biochimico quello che accende l'instaurarsi di quell'invece **maleoscuro** ch'è per molti, e per molti versi, la **Depressione**.

Nato dalla coordinata esperienza pluriennale di specialisti internazionali, che a buon diritto appunto lo intitolano **LUCE SUL MALEOSCURO**, è un manualetto per i pazienti e per chi, con quotidiana pazienza, si trova a voler/dover condividere la loro defatigante patologia.

“Se ti conosco so come affrontarti”: e magari così batterti.

E magari come aiutare ad affrontare passo passo, giorno per giorno l'avanzare e il ritrarsi, quasi esasperantemente strategico, della **Depressione**.

Ma ora questo magistrale manualetto porta allo scoperto - mette in luce come i tenebrosi 'vampiri' che sotto il Sole vanno in polvere - la più aggiornata scienza contro la **Depressione**: messa alla pratica portata di chi la subisce e teme.

Il **maleoscuro**, come ben sappiamo, appare sempre più diffuso: e d'essere sempre più diffuso è lo scopo ed il destino di questo illuminante manualetto: infatti già subito in versione internazionale.

sergiangeletti

Introduzione - di Vincenzo Costigliola

Siamo sempre colpiti dai fatti di cronaca che vedono coinvolte giovani mamme e i loro figli, episodi di omicidi-suicidi, talvolta apparentemente inspiegabili, persone anziane, adulti e adolescenti che non esitano a compiere gesti estremi.

Forse non ci siamo accorti per tempo del loro stato di sofferenza, forse non abbiamo captato le loro richieste di aiuto, non abbiamo capito che erano presi nel vortice della «depressione» .

Ma cosa é la depressione, questo male oscuro che subdolamente si annida in noi senza apparenti segni esterni?

Abbiamo stigmatizzato come deboli coloro che ne erano affetti, li abbiamo segregati, e non é stato difficile, in mondo che premia la competizione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che la depressione sarà la terza causa di disabilità e che la sua incidenza cresce rapidamente ed in particolare tra le donne comprese tra i 15 e i 44 anni.

Dieci anni fa, ci ponemmo la domanda: cosa possiamo fare per aiutare concretamente le persone affette da depressione?

I farmaci hanno un ruolo fondamentale ma non bastano, bisognava e bisogna rompere quel cerchio di paura, di diffidenza, di vergogna e di isolamento sociale che inesorabilmente attanaglia il «depresso» che sente di non rispondere più al modello culturale competitivo moderno, che non é più in grado di gestire un difficile rapporto di coppia, che non riesce ad avere dei rapporti costruttivi con i figli e non perviene più a far fronte al quotidiano stress relazionale sul luogo di lavoro.

Bisognava parlarne, portare alla luce una patologia considerata indice di debolezza. Bisognava dire che la depressione é una malattia come le altre e che si puo' curare.

Nacque il *Depression Day* : un giorno destinato ad informare gli operatori sanitari ed il grande pubblico su questa patologia che è un disturbo in crescente aumento nella società attuale.

Con i Colleghi di 10 paesi europei fu scelto il 1° di ottobre come data per tale evento.

Se con una gamba rotta facilmente ci é riconosciuto lo "status" di malato, con una patologia depressiva abbiamo più difficoltà a farci riconoscere lo stesso status!

Se la depressione non é curata, spesso é perché non é riconosciuta!

La depressione post-partum ne é un chiaro esempio. Intervengono certamente fenomeni ormonali ma é anche vero che vengono sottovalutati quei sentimenti di ansia e di stress che sono generalmente considerati normali perché associati alla cura del neonato.

Che cosa si può fare?

Riconoscerne le cause scatenanti e i fattori favorenti;

insistere sulla necessità di un'appropriata formazione professionale;
favorire la conoscenza e disseminare le informazioni sulla patologia.

Questo volumetto vuole essere un concreto contributo alla conoscenza della terminologia e delle cause, un supporto per i professionisti della salute ed é una luce nel tunnel buio e tortuoso dei disturbi dell'umore.

Meglio conoscerli per meglio combatterli !

Vincenzo Costigliola

*Presidente dell' European Depression Association (EDA) e
dell'EDA Italia Onlus*

1) COSA SONO I DISTURBI DELL'UMORE?

I disturbi dell'umore sono delle alterazioni del tono affettivo e del comportamento interpretabili come una risposta esagerata alle emozioni che si affrontano quotidianamente.

Le correnti scientifiche più accreditate al livello internazionale tendono oggi a parlare dei Disturbi dell'Umore nella loro interezza, intendendo dire che "**quando l'umore non è buono è di fatto instabile**". All'incirca una persona su cinque tende ad avere un quadro di "umore instabile".

Tale *instabilità* si mostra con alternanza di fasi depressive, ad altre di irrequietezza e irritabilità, ad altre di mania/euforia; il tutto con vari altri sintomi. Tutto ciò ha portato a coniare al livello internazionale il concetto di "*disturbo bipolare dell'umore*" e di "*spettro bipolare*".

Per comprendere meglio l'instabilità e la variabilità del **tono dell'umore**, immaginiamo che sia costituito da *tre componenti*: *l'umore*, il *flusso/contenuto delle idee* ed il *comportamento motorio*. Se ci figuriamo questi tre componenti rivolti verso il basso, avremo un umore depresso, un rallentamento dei pensieri e poca voglia ed energia nel muoversi, cioè lo **stato depressivo**.

Se, invece, ci rappresentiamo i tre componenti orientati verso l'alto avremo un umore esaltato, una grandissima quantità di idee e l'iperattività motoria, ossia lo **stato** dell'umore che viene definito **maniaco**.

2) CHE COS'E' IL DISTURBO BIPOLARE?

Il **disturbo bipolare** è caratterizzato dall'alternanza di uno stato depressivo e uno maniaco (o ipomaniaco); quando la persona transita in modo non definitivo da uno stato all'altro (cioè non è completamente depresso né completamente in mania) si può presentare, invece, lo **stato misto**.

Nella gran parte dei casi la malattia non viene riconosciuta con facilità e le persone possono star male per anni prima di ricevere una corretta diagnosi e un adeguato trattamento.

L'età tipica d'esordio del disturbo è tra i 20 e i 30 anni, ma può insorgere a tutte le età; non c'è differenza tra uomo e donna anche se le donne soffrono maggiormente di episodi depressivi piuttosto che maniacali. Il primo episodio può essere indifferentemente maniaco o depressivo; quando il primo episodio è maniaco si tende ad avere più disturbi maniacali di quelli depressivi e viceversa.

Non bisogna, però, confondere quelli che comunemente sono definiti "alti e bassi", che ognuno di noi può avere nel corso della propria vita quotidiana, con le severe

manifestazioni del disturbo bipolare, che possono, invece, rovinare i rapporti interpersonali, causare la perdita del lavoro e, in casi estremi, esitare in comportamenti suicidari.

Diversamente da quanto accade per i normali “alti” e “bassi” della vita di tutti i giorni che tutti conosciamo, i sintomi del disturbo bipolare sono contraddistinti infatti da intensità, durata e persistenza notevoli, e spesso gravità marcata.

”La malattia maniaco-depressiva distorce gli stati d’animo e le idee, induce comportamenti terribili, distrugge le basi del pensiero razionale e troppo spesso mina il desiderio e la volontà di vivere. E’ una malattia di origine biologica, ma i suoi effetti si manifestano a livello psicologico; è una malattia unica nel suo genere per i vantaggi e il piacere che dà, ma nella sua scia porta sofferenze quasi intollerabili e, non di rado, il suicidio.

Sono fortunata a non essere morta di questa malattia, fortunata a ricevere le migliori cure mediche disponibili e fortunata ad avere gli amici, i colleghi e la famiglia che ho.”

(Kay Redfield Jamison, Una mente inquieta, TEA, 1995, pag 20).

3) COME SI PRESENTA IL DISTURBO BIPOLARE?

I quadri con cui può presentarsi un disturbo bipolare sono molti, perché i sintomi possono variare da un estremo all'altro dell'umore sia per qualità che per numero che per intensità; questo ha spinto gli studiosi ad introdurre il **concetto di Spettro Bipolare**, inteso come un’ ampia gamma di quadri in cui il bipolare tipico non è che la punta di un iceberg. I quadri più importanti e diffusi sono:

- **Disturbo bipolare I:** anche definito in passato psicosi maniaco-depressiva; colpisce più frequentemente gli uomini ed è caratterizzato da episodi maniacali e depressivi di gravità analoga.
- **Disturbo bipolare II:** è il più diffuso, colpisce di più le donne ed è caratterizzato da episodi depressivi più gravi degli episodi maniacali.
- **Disturbo ciclotimico** (o ciclotimia): oscillazioni continue dell'umore, di intensità e durata superiori rispetto a quelle che si possono avere fisiologicamente.
- **Quadri misti** (e stati misti depressivo/disforici): contemporanea presenza di irritabilità, tensione, tristezza e labilità emotiva, con frequenti somatizzazioni (cefalea, colite, tensione muscolare).
- **Episodi depressivi** (maggiori o ricorrenti): fasi più o meno durature e persistenti (o “ricorrenti”: periodiche, con stagionalità) di episodi depressivi anche marcati.

4) QUALI SONO I SINTOMI DEL DISTURBO BIPOLARE?

Il disturbo bipolare causa drammatici sbalzi di umore, da stati euforici con o senza irritabilità ad una tristezza assoluta con perdita totale di speranza. A questi

sbalzi dell'umore sono associate intense variazioni del livello di energia e modificazioni del comportamento.

I periodi di euforia sono detti **episodi di mania**, quelli di tristezza **episodi di depressione**. I periodi di contemporanea presenza delle caratteristiche di euforia-irritabilità-tensione-tristezza vengono definiti **quadri misti**.

Tra gli episodi di mania e depressione l'umore può ritornare normale, in tal caso si ha una condizione di eutimia (**fase eutimica**).

La fase depressiva -

Nella fase depressiva l'umore è triste, indifferente, sconfortato, malinconico. Le energie sono minori, si è facilmente affaticabili. La motivazione viene meno, le iniziative sono poche e vissute con sfiducia, spesso c'è rinuncia per timore di insuccesso, o sensazione che non vi siano sbocchi felici. Si fa difficoltà a formulare pensieri, a far progetti, si ha l'impressione di non essere all'altezza, di aver perso le proprie abilità, o lo spirito necessario per agire.

I sintomi più comuni dell'episodio depressivo sono:

- tristezza, pessimismo e disperazione;
- scarsa autostima: sentirsi dei falliti, dei perdenti;
- noia e solitudine: si perde interesse per tutto, si ha la sensazione di non provare più niente per le persone care;
- demotivazione, voglia di far niente;
- desiderio sessuale scarso o assente;
- concentrazione difficile, stanchezza e mancanza di energia;
- Alterazioni del sonno (insonnia) e dell'appetito (mangiare poco o troppo).
- Nei casi più gravi, ci possono essere propositi suicidi o desiderio di farla finita.

La fase maniacale -

L'episodio maniacale si può considerare l'opposto dell'episodio depressivo: durante la fase depressiva, la persona si sente infelice, priva di autostima e senza energia, mentre durante la fase maniacale sperimenta esattamente i sentimenti contrari. Si sente esageratamente felice, speciale, brillante e senza limiti. Nell'eccitamento le energie sono maggiori, i pensieri veloci, originali e ricchi, l'atteggiamento ottimista, propositivo, esibizionista, o provocatorio. L'ambiente è percepito come vicino, gli obiettivi raggiungibili, il successo probabile o certo, gli ostacoli come insensati e le persone che non assecondano sono criticate o aggredite. In certi casi possono essere presenti episodi di delirio interpretativo, con tematiche di grandiosità, persecutorie, mistiche.

I sintomi più comuni dell'episodio maniacale sono:

- essere eccessivamente ottimista, brillante, avere la sensazione di poter far tutto e di poter riuscire in qualsiasi impresa;

- i pensieri sono accelerati e così pure il linguaggio: la persona in fase maniacale parla molto velocemente e diventa difficile da capire;
- barcamenarsi in discorsi spesso difficili da seguire per l'ascoltatore (il soggetto passa da un argomento all'altro senza un apparente collegamento logico) ed in alcuni casi si parla in rime;
- dormire poche ore per notte senza avvertire stanchezza e si ha l'impressione di avere una riserva inesauribile di energia;
- percezioni più forti: i suoni sembrano più distinti e i colori più vividi;
- avere una serie di progetti grandiosi ma poco realistici in cui la persona sente di avere dei talenti speciali, di essere destinata al successo e quindi spesso inizia molti progetti e non ne porta a termine nessuno;
- sentirsi completamente disinibiti, tanto quanto, prima ci si sentiva prudenti e morigerati; si è senza freni inibitori, si dice quello che si pensa senza ritegno ed si è molto disinibiti a livello sessuale (la qual cosa può portare a comportamenti avventati, imprudenti e imbarazzanti);
- fare spese folli ed acquisti esagerati: si accumulano spesso, in questa fase, debiti esorbitanti oppure si investe del denaro in affari sbagliati;
- nei casi più gravi, può essere presente un'eccessiva aggressività: la persona in fase maniacale è litigiosa, vendicativa e può diventare fisicamente violenta;
- sempre nei casi più gravi, sono presenti dei deliri di grandezza: si è convinti di avere dei poteri speciali, di avere delle capacità straordinarie, di essere amati da un personaggio di successo, ecc...

5) QUALI SONO I PRINCIPALI SEGNI E SINTOMI DA NON TRASCURARE PER UN'EVIDENZA PRECOCE DI TALE PATOLOGIA?

Effettuare una corretta diagnosi è un'essenziale problema di salute pubblica; queste patologie sono spesso non valutate, sottodiagnosticate, non trattate o trattate male, con le serie complicanze che ne possono conseguire: peggioramento delle relazioni interpersonali, perdita di lavoro, crisi di coppia, abuso di sostanze, impulsività auto ed etero lesiva (stragi familiari, suicidi, stupri, ecc...).

La diagnosi precoce è quindi fondamentale per poter instaurare un trattamento efficace. Un valido aiuto nel porre diagnosi del disturbo è la sua presenza, in una delle sue varianti, in almeno un familiare.

Per porre *diagnosi di mania e ipomania*, deve presentarsi un distinto periodo di anormale e persistente elevazione del tono dell'umore, con caratteristiche di espansività o irritabilità. I disturbi dell'umore devono essere abbastanza gravi da compromettere le attività di studio, di lavoro o le capacità di relazione sociale.

Per la *diagnosi di depressione* è necessario un periodo di almeno due settimane con perdita di interesse o di piacere in tutte o buona parte delle attività. La depressione deve essere abbastanza grave da produrre una modificazione nell'appetito, nel peso corporeo, nel sonno o nella capacità di concentrarsi così

come deve essere presente un sentimento di colpa, di inadeguatezza o disperazione; possono anche essere presenti pensieri di morte o suicidio.

È importante escludere che questi sintomi sia causati da farmaci o da patologie internistiche. Il medico deve eliminare questa possibilità sottoponendo il paziente ad accertamenti medici; può anche essere necessaria una visita neurologica.

Talvolta una persona può sperimentare solo episodi di euforia/ipomania/mania, o solo episodi di depressione, alternati a periodi di stabilità del tono dell'umore. Se vi è presente solo la depressione, la malattia è in genere chiamata **Depressione Maggiore (ricorrente)** se ha ciclicità e periodicità).

6) QUALI SONO LE DIFFICOLTA' DEL RICONOSCIMENTO E DEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO?

Difficoltà a riconoscere e trattare il disturbo, si hanno soprattutto durante la fase maniacale. Di solito infatti, una persona che sta sperimentando un episodio maniacale, rifiuta di farsi curare. Non ammette di essere ammalata: anzi, ha l'impressione di non essersi sentita meglio in vita sua. Chi soffre del disturbo bipolare, sperimenta spesso, durante la fase maniacale un senso di liberazione. Durante la fase depressiva, ci si sente inibiti, falliti, privi di prospettive, e poi d'un tratto, questi sentimenti svaniscono. Durante gli episodi maniacali, le persone si sentono sicure di sé, libere di fare tutto quello che vogliono senza porsi alcun limite. Tutto sembra essere possibile e facilmente raggiungibile, anche i progetti più ambiziosi sembrano realizzabili.

Durante la fase maniacale sono indebolite le facoltà di giudizio e di critica e spariscono i freni inibitori e con essi, svaniscono anche tutti i dubbi e le insicurezze. Ma, una volta che questo stato psicologico di esaltazione è finito, la persona che soffre del disturbo bipolare, si trova a fronteggiare le conseguenze delle sue azioni imbarazzanti ed avventate (ad esempio, aver accumulato debiti per milioni di euro, essersi licenziati in un momento di rabbia, esser stati sessualmente promiscui senza prendere nessuna precauzione, ecc).

Le fasi depressive seguono spesso quelle maniacali e sono completamente all'opposto. L'umore è molto basso, con la sensazione che nulla interessi né possa dare piacere. Si perde il significato della vita, che appare profondamente dolorosa. Il sonno e l'appetito possono aumentare o diminuire. Ci si sente senza energie e facilmente affaticati, con una grande difficoltà nel concentrarsi. Le fasi depressive possono risultare talmente gravi da portare al suicidio o ad atti autolesionistici.

L'abuso di alcol e/o stupefacenti si associa frequentemente al disturbo bipolare e lo può peggiorare gravemente.

La diagnosi di disturbo bipolare non può essere fatta tramite un esame del sangue o esami strumentali del cervello. La diagnosi è fatta sulla base dei sintomi, della durata e dello sviluppo del disturbo, della storia familiare, quando disponibile. E' quindi estremamente importante riferire allo specialista tutti i sintomi, i pensieri, i comportamenti ed anche eventuali episodi presenti nella storia dei propri familiari. Per queste ragioni è consigliabile farsi accompagnare da un familiare o da un amico che possa riferire i comportamenti ed atteggiamenti negli ultimi mesi.

Riassumendo, bisogna tenere conto dei seguenti punti:

- familiarità per disturbi bipolari (o per suicidio);
- precedenti episodi di ipomania/euforia/irritabilità protratta;
- storia di 3 o più episodi depressivi negli ultimi anni;
- esordio (o riacutizzazione) acuto stagionale (invernale e/o estivo);
- precedenti episodi di ciclotimia (oscillazioni dell'umore in modo costante e continuativo);
- presenza di associazione con sintomatologia ansiosa tipo panico-ossessiva;
- presenza frequente di cefalea, tensione muscolare, somatizzazioni gastroenteriche, alterazioni dell'appetito;
- storia di abuso di sostanze (periodico o continuativo).

Talvolta durante episodi gravi di mania o depressione possono comparire **sintomi psicotici**. I più comuni sono:

- ◆ allucinazioni sensoriali (sentire voci, vedere cose che non esistono, sentire odori che altri non percepiscono...)
- ◆ ideazioni deliranti (opinioni false, fortemente radicate, non influenzate dalla logica e non spiegate dai valori culturali della persona).

Persone con un disturbo bipolare che presentano sintomi psicotici possono ricevere una **diagnosi errata di schizofrenia**.

7) BAMBINI E ADOLESCENTI POSSONO SOFFRIRNE?

Il disturbo bipolare può anche avere un esordio precoce e manifestarsi sia nei bambini che negli adolescenti.

In età evolutiva è importante distinguere tra le normali crisi di sviluppo e l'emergenza di un reale disturbo dell'umore.

Quest'evenienza è più frequente se uno dei due genitori soffre di tale disturbo.

A differenza di quanto accade nell'età adulta, nell'infanzia e nella prima fase dell'adolescenza la malattia si manifesta con sbalzi rapidi, improvvisi ed ingiustificati di umore che possono essere osservati anche più volte nello stesso giorno. I bambini sono spesso molto irritabili ed aggressivi ed hanno ora tendenze distruttive, ora momenti di felicità e gioia estreme, spesso ingiustificate.

Nella seconda fase dell'adolescenza il disturbo ha le stesse caratteristiche dell'adulto. Si può osservare una ricerca di situazioni a rischio ed una sfida continua all'autorità (genitori, insegnanti, ecc.).

Il disturbo è frequentemente associato ad un *ricorso ad alcool o a sostanze illecite* onde lenire un intenso dolore morale di cui i ragazzi non comprendono il perché e di cui hanno difficoltà a parlare con gli adulti.

Sono anche presenti spesso *pensieri di suicidio* che non vanno assolutamente sottovalutati. L'aiuto di uno specialista (un neuropsichiatra infantile o uno psichiatra) va cercato immediatamente.

Il concetto che "chi dice di uccidersi il più delle volte non lo fa" ed il suo intento è solo quello di attirare l'attenzione, è, a nostro avviso, fondamentalmente un errore: si sta sottovalutando il messaggio di aiuto che la persona cara ci sta dando, a prescindere della pericolosità dei suoi proponimenti. Lo si lascia solo, e si tende a manifestare incomprensione, irritabilità, disappunto. Invece è essenziale un ascolto attento, una parola di conforto e di fiducia.

Chi trova il coraggio di confidare a qualcuno i suoi propositi negativi vuol dire che ha già superato il proprio limite di tollerabilità e di distrazione dal problema: ha bisogno del nostro aiuto, ma soprattutto ha bisogno della nostra disponibilità all'ascolto.

8) QUALI SONO LE CAUSE DEL DISTURBO BIPOLARE?

Le cause esatte del disturbo bipolare nello specifico non sono note. La maggior parte delle ricerche in merito tende ad affermare che è la conseguenza di uno **squilibrio biochimico in alcune parti del cervello**, come l'alterazione a carico dei sistemi di comunicazione fra i neuroni. I neuroni per comunicare fra loro utilizzano i neurotrasmettitori. Per esempio, i neurotrasmettitori monoaminergici (serotonina, noradrenalina e dopamina) e l'aminoacido eccitatorio acido glutammico, oppure quello ad attività inibitoria, acido gamma amino butirrico (GABA).

È proprio su questi sistemi infatti che vanno ad agire le medicine attualmente utilizzate per il trattamento del disturbo bipolare, esse si chiamano: *stabilizzanti dell'umore*.

Altri studi tendono ad affermare che il disturbo bipolare è la conseguenza di un **malfunzionamento della funzionalità dei sistemi di messaggio intercellulari** (il sistema motore all'interno delle cellule nervose) all'interno di alcune specifiche zone del cervello.

E' possibile che lo sviluppo del disturbo bipolare sia dovuto a un processo di "**sensibilizzazione**".

Questa ipotesi fa supporre che i primi episodi del disturbo vengano scatenati da *eventi stressanti (lutto, perdita del lavoro, malattie croniche invalidanti, ecc)*, ma che ciascun episodio provochi delle alterazioni cerebrali che rendono più probabile l'episodio successivo, al punto che gli episodi finiscono per verificarsi spontaneamente.

Questo processo è stato inizialmente descritto per spiegare l'epilessia, e potrebbe far comprendere anche i motivi per cui alcuni farmaci anticonvulsivanti siano efficaci anche nel trattamento del Disturbo Bipolare.

Eventi traumatici della vita quali gravi perdite, malattie croniche, uso di droghe o gravi problemi finanziari possono innescare episodi di questo disturbo in soggetti predisposti.

Ci sono nella bipolarità evidenze di una **predisposizione genetica**: il disturbo bipolare tende infatti a presentare una familiarità. Oltre due terzi delle persone affette da tale patologia hanno almeno un parente diretto che ha manifestato episodi patologici di oscillazione dell'umore o di Depressione Maggiore.

9) IL DISTURBO BIPOLARE E' CURABILE?

Il disturbo dell'umore è una malattia cronica, tuttavia la maggior parte delle persone che soffrono di tale disturbo può raggiungere un umore sostanzialmente stabile con un trattamento adeguato.

Un trattamento preventivo a lungo termine è fortemente raccomandato e quasi sempre necessario.

Il concetto importante per il trattamento di questa patologia è che non solo deve essere trattato l'episodio depressivo o maniacale, ma soprattutto deve essere trattata la malattia.

Una strategia (terapeutica) che associ **farmaci** ed **interventi psicoterapici e psicosociali** è considerata ottimale per gestire il disturbo nel tempo.

Vi sono situazioni in cui possono verificarsi sbalzi d'umore malgrado un trattamento corretto. In questi casi, ai primi segni, bisogna assolutamente contattare il proprio psichiatra, il quale adattando la terapia può impedire che il nuovo episodio si sviluppi completamente. Alcuni fattori inoltre, possono svolgere un ruolo importante, come gli eventi di vita stressanti o insuccessi, il consumo eccessivo di caffè, alcol, droga o altri stimolanti, le gravi irregolarità del sonno, una bassa qualità di vita, alcuni farmaci, malattie concomitanti, traumi e lutti.

Gli interventi psicoterapeutici sono finalizzati ad aiutare il paziente a conoscere meglio il proprio funzionamento e ad accettarlo, a distinguere se stesso e la propria personalità dalla malattia, a migliorare la gestione dello stress e indirettamente, quindi, a ridurre i fattori di rischio di ricaduta.

"In modo inesprimibile, la psicoterapia risana. Dà senso in qualche modo alla confusione, tiene a freno i sentimenti e i pensieri che impauriscono, restituisce un certo controllo e la speranza e la possibilità di imparare da tutto questo... Nessuna pillola mi può aiutare ad affrontare il problema di non voler prendere pillole; nello stesso modo, nessun tipo di psicoterapia è in grado, da sola, di prevenire la mia mania e la mia depressione. Ho bisogno di entrambe".

(Kay Redfield Jamison, Una mente inquieta, TEA, 1995).

10) QUALI SONO I FARMACI INDICATI PER LA CURA?

Le medicine per i disturbi bipolari sono in genere prescritte dallo psichiatra. Per curare il disturbo bipolare si usano:

- **stabilizzatori dell'umore** (questi prodotti sono la prima scelta, quindi essenziali, per il controllo del disturbo e delle oscillazioni dell'umore nelle due polarità; a questa categoria appartengono i sali di litio e gli anticonvulsivanti);
- **antipsicotici atipici** (questi prodotti sono assimilabili nella loro azione agli stabilizzatori dell'umore);
- **antidepressivi**: da utilizzare nelle fasi depressive in associazione con stabilizzanti dell'umore al fine di ridurre il rischio di viraggi verso la fase contro polare (maniacale) ed impedire (o non favorire) la sua evoluzione verso la riduzione dei periodi intervallari liberi da sintomi con conseguente aumento dei "cicli di malattia".

11) QUALI SONO GLI INTERVENTI PSICOSOCIALI E PSICOTERAPEUTICI PER CURARE IL DISTURBO?

Questi interventi sono generalmente attuati da psicologi o figure professionali che hanno seguito una preparazione specifica sul tema e devono sempre essere condotti in accordo ed in collaborazione con lo psichiatra curante.

Gli interventi attualmente più utilizzati per il disturbo bipolare sono:

- ◆ **psicoterapia cognitivo-comportamentale,**
- ◆ **psicoeducazione,**
- ◆ **psicoterapia cognitivo-costruttivista,**
- ◆ **interventi sui familiari,**
- ◆ **riabilitazione psicosociale.**

La **psicoterapia cognitivo-comportamentale** è tra i trattamenti più efficaci nella cura di questo Disturbo. Questo strumento può essere d'aiuto sia al paziente per aumentare la consapevolezza e la capacità di gestione del proprio Disturbo, sia al medico per comprendere meglio l'andamento della sintomatologia e per impostare un trattamento più efficace.

L'approccio cognitivo-comportamentale prevede anche un **trattamento psicoeducativo** per il paziente ed i suoi familiari perché comprendano meglio le fasi della malattia. Spesso i familiari sottovalutano alcuni comportamenti come

insonnia, euforia, irritabilità, ridefinendoli in termini di peculiarità del carattere, o aspetti comportamentali legati alla volontà dell'individuo, all'influenza delle cattive compagnie o alla vita regolata.

La Riabilitazione Psicosociale è un elemento cardine nella cura del paziente, che libero dai sintomi della malattia, consapevole del funzionamento psicologico del proprio io, rioccupa il proprio posto in società non soltanto perché si sente meglio e può ritornare al suo lavoro, ma anche perché ha imparato a gestire meglio le proprie difficoltà, a governare le tendenze distruttive della malattia e a vivere con un'opportunità concreta della cura del sé. Buone tecniche riabilitative per i disturbi dell'umore sono: la canto-terapia, la danzo-terapia, l'arte-terapia e lo sport (e in esso in particolare: la corsa, il nuoto e il gioco di squadra). La forza del gruppo diluisce le tensioni personali, facilita il confronto, la cooperazione e la sinergia d'azione per il raggiungimento della meta.

12) COSA SONO I “GRUPPI DI AUTO-AIUTO” ?

I gruppi d'auto-aiuto o auto-mutuo-aiuto per i pazienti ed i familiari sono costituiti da un piccolo gruppo di persone che, accomunate dagli stessi problemi, si riuniscono periodicamente per mettere in comune le loro esperienze, scambiandosi peraltro comprensione ed incoraggiamento.

In questi gruppi si possono trovare informazioni, sostegno, solidarietà ed amicizia.

I gruppi di auto-aiuto hanno avuto l'approvazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

I gruppi di auto-aiuto sono un elemento essenziale di una nuova cultura e di un nuovo approccio alla malattia mentale basato sul concetto di una maggior consapevolezza e responsabilità da parte del paziente e della sua famiglia.

13) DOVE RIVOLGERSI PER CURARE LA DEPRESSIONE E IL DISTURBO BIPOLARE?

Ogni persona che soffre di un disturbo bipolare dovrebbe essere seguita regolarmente da uno Psichiatra con competenze specifiche sulla diagnosi ed il trattamento di tale malattia.

Gestire bene le malattie dell'umore è fondamentale per la qualità della vita del paziente e dei familiari; tutto ciò si può verificare con l'applicazione e la comprensione di alcuni parametri essenziali:

- lo psichiatra deve essere il medico di riferimento;
- è cruciale una forte alleanza terapeutica con il paziente, per la sua corretta

aderenza alle cure;

- la depressione è una malattia con alterazioni biologiche significative e non è segno di debolezza o di pigrizia: pertanto non può essere vinta con uno atto di volontà (*devo farcela da solo!*);

Ai primi segni di allarme della malattia è necessario rivolgersi al medico curante, al Centro di Salute Mentale, ai Servizi Psichiatrici Territoriali o ai servizi psichiatrici privati per una valida prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie dell'umore.

Curando il Disturbo dell'Umore ci si garantisce una buona qualità di vita.

Non restare solo nella tua sofferenza: comunicala!

Non aver vergogna e pregiudizi nel chiedere aiuto.

Non credere che tutto sia inutile!

Ricordati che: "Insieme si vince!"

Non rimanere nella tua tristezza ...



**... ricordati che la depressione
si può combatterla**



**e
VINCERLA !**



§§§§§§§§§§§§

Bibliografia :

- 1 - A.VV.: DSM -IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Masson, Milano, 2000.
- 2 - AA.VV.: Medicina e salute. Milano, Motta, 2004.
- 3 - Akiskal HS. (1996) - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol, 16: suppl 1: 4-14.
- 4 - Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. [2003] - In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, eds. Bipolar disorder. Chichester: John Wiley and Sons, 1-52.
- 5 - Agius M, Tavormina G [2009] - "The bipolar spectrum: do we need a single algorithm for affective disorder?". European Psychiatry, 24: suppl 1: P01-218.
- 6 - Agius M, Tavormina G [2007] - "Identifying and treating bipolar illness early". BMJ, February 19th, 2007.
- 7 - Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. [2003] - Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord, 73: 133-146.
- 8 - Ba G. (a cura di) - Metodologia della riabilitazione psicosociale. Milano, F. Angeli, 1994.
- 9 - Baum A.E., et al. (2008) - A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder Molecular Psychiatry, 13(2), 197-207.
- 10 - Bear M.F./Connors, B.W./Paradiso, M.A., (1999) - "Neuroscienze: Esplorando Il Cervello", Masson. Milano.
- 12 - Benazzi F. [2007] - "Mixed Depression and the dimensional view of mood disorders". Psychopathology, 40:431-439.
- 13 - Benson D.F / Blumer, D., (1975) - "Aspetti psichiatrici delle malattie neurologiche", Bulzoni Editore. Roma.
- 14 - Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls Nature, 447(7145), 661-678.
- 15 - Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16 - Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - La relazione psicoterapeutica integrata. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - Nuovo Dizionario di Psicologia. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20 - Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21 - National Institute of Mental Health. Depression. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22 - Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23 - Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. New Research In Mental Health, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24 - Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25 - Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26 - Tavormina G. [2010] - "The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders". Psychiatria Danubina, 22, suppl 1: 15-17.
- 27 - Tavormina G [2011] - "Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?". Psychiatria Danubina, 23, suppl 1: 13-14.
- 28 - Tavormina G - An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. Psychiatria Danubina, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29 - Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. Psychiatria Danubina 2010; 22:139-142.