

# Disturbo bipolare

## Storia

Falret descrisse nel 1854 la follia circolare e Baillarger nello stesso anno la follia a doppia forma, ma fu Kraepelin nel 1905 che per primo comprese che gli episodi di depressione e mania facevano parte di un unico disturbo che distinse dalla demenza precoce, denominandolo psicosi maniaco depressiva, in base a criteri di familiarità, decorso e prognosi favorevole (frequente familiarità per disturbi dell'umore, ciclicità, restituito ad integrum interepisodica). Nell'ambito della PMD distinse

- mania
- depressione
- follia circolare
- follia periodica
- stati misti
- melanconia involutiva

Kretschmer correla la PMD ai tratti temperamentali premorbose su cui si instaura la PMD parlando di personalità cicloide. Schneider descrive 3 temperamenti

- depressivo
- ipertimico
- ciclotimico

Freud (lutto e melanconia - 1917) fornisce la prima interpretazione psicodinamica della melanconia: la depressione consegue alla perdita reale o immaginaria di un oggetto fortemente investito in maniera ambivalente "l'ombra dell'oggetto cade sull'io". La mania rappresenta il tentativo di negazione della perdita.

Negli anni del dopoguerra si enfatizza (Meyer – USA) la visione delle malattie mentali come reazioni ad eventi stressanti e la PMD viene a rappresentare una reazione maggiore (visione sociale e interpersonale della psichiatria)

Leonhard '70 rimette l'accento sul decorso della PMN e per primo parla di bipolare (contrapposto a monopolare) termine che usiamo tuttora.

UNIPOLARE = disturbi depressivi senza una storia di episodi ipo/maniacali

BIPOLARE = alternanza di episodi maniacali e depressivi

Sempre negli anni '70 si distingue Bipolare I (mania/depressione) e bipolare II (ipomania/depressione) con caratteristiche di decorso differenti

Negli ultimi anni si parla di spettro bipolare, per indicare un continuum dei disturbi dell'umore sotteso da una comune vulnerabilità genetica, che spazia da alterazioni temperamentali a psicosi affettive.

Si enfatizzano poi i concetti di manifestazioni sottosoglia o subsindromiche (disturbi che non soddisfano i criteri DSM ma causano difficoltà lavorative e del funzionamento sociale)

## Epidemiologia

- Prevalenza DB I = 0,6 % DB II = 0,6 %
- Incidenza annuale 20/100.000 abitanti
- Rapporto femmine/maschi DB I 1/1 (unipolari 2/1)
- DB II (episodi ipomaniacali) più frequente nelle donne (nelle quali vi è prevalenza di episodi depressivi)

## Esordio

- Uguale età media di esordio nei due sessi intorno ai 20 (30) anni (primi sintomi 15-16 anni). 30 % < 20 anni (molto rara 0,4% <10-12, rara 12-15, frequente 15-20). 2° picco di comparsa (spt femmine) 45-50 anni. Esordio > 60 anni è raro (in genere esordio demenziale) esordio > 40 anni suggestivo per condizione medica o uso di sostanze (unipolari 40-50 anni). Insorgenza precoce correlata a malattia nei genitori.
- 50 % casi esordio con episodio maniacale (50 % senza mania)
- Esordio DB I in maschi con > frequenza maniacale
- Esordio DB I in femmine con > frequenza depressivo
- | <u>Età di esordio</u> | <u>Ricorrenza a 24 mesi</u> |
|-----------------------|-----------------------------|
| 20 anni               | 20 %                        |
| 30 anni               | 50 %                        |
| >50 anni              | 80 %                        |

Nell'ambito del concetto di **spettro bipolare** il DB rappresenta l'evoluzione di caratteristiche strutturali del soggetto, intese come specifiche predisposizioni affettive (distimico, irritabile, ipertimico, ciclotimico) che si sono dimostrate predittive del successivo sviluppo di DB. Il **temperamento ciclotimico** è quello maggiormente correlato al successivo sviluppo di un DB.

**Episodio maniacale** si sviluppa in **ore/giorni** (più rapido in episodi successivi) con rapida intensificazione, spesso in seguito ad eventi psicosociali stressanti. Gli esordi più gradualmente sono ben riconoscibili soprattutto nei temperamenti depressivi, con improvviso cambiamento del carattere, da introverso e chiuso a estroverso, socievole, dinamico, assertivo, autoritario. Durata episodio maniacale non trattato **3-4 mesi**, in genere risoluzione rapida in qualche giorno con passaggio ad eutimia, depressione o stato misto. Gli episodi maniacali tendono a **presentarsi con le stesse caratteristiche** (ad es manifestazioni psicotiche) negli episodi successivi. Episodi di **privazione di sonno** (fuso orario) possono scatenare un episodio maniacale, ipomaniacale o misto

**Episodio depressivo** si sviluppa in **settimane** (sviluppo più lento in unipolari) e ha durata più breve della DU. Nel 50-60% casi un episodio depressivo maggiore precede o segue, senza intervallo libero, un episodio maniacale.

**Intervallo "libero"** 20-30% DB I presentano significative alterazioni dell'umore interepisodiche (labilità emotiva, etc) e fino al 60% difficoltà croniche interpersonali o lavorative.

Il DB ha decisamente una **componente genetica**. Parenti 1° grado DB I e II presentano frequenze elevate di DDM, DB I, DB II (5-20%)

## Decorso

- **Frequenza episodi = durata del ciclo (da esordio di un episodio ad esordio del successivo) e riflette soprattutto intervallo libero perché la durata episodio è relativamente costante in ogni soggetto**
- **Il DB è un disturbo ricorrente. Nel 90 % casi dopo un 1° episodio maniacale i soggetti andranno incontro ad episodi futuri e nel 80 % dei casi avranno decorso con episodi ricorrenti multipli con progressivo accorciamento degli intervalli liberi. DB I in media 4 episodi in 10 anni dal momento dell'esordio**
- **Decorso naturale del DB verso una maggiore instabilità affettiva, insorgenza di stati misti e una riduzione degli intervalli liberi, fino ad accessi subentranti. Talora si verifica allontanamento degli episodi fino alla loro scomparsa.**
- **Nelle femmine gli episodi depressivi predominano sui maniacali** negli uomini si equivalgono.
- **Maggior frequenza di episodi depressivi (Dm>MD>Md), misti e RC (e di depressioni unipolari) nelle femmine**, mentre i maschi maggior frequenza di episodi maniacali puri (testosterone sembra pro maniacale)
- Spesso intervallo lungo fra 1° e 2° episodio (15 % casi > 5 anni) soprattutto per esordio sotto i 30 anni
- **Frequenza episodi aumenta fino al 3°- 5° poi rallenta e si stabilizza** (in ogni caso cicli più brevi rispetto agli unipolari). Possibile andamento a "grappoli" degli episodi (difficile valutare efficacia stabilizzatori)

- Rischio di nuovi episodi aumenta in relazione al numero di episodi precedenti
- 70 % unipolari o bipolari avranno un nuovo episodio entro 1 anno
- Nel corso del DB **60-70 % degli episodi sono monofasici** (con maggior frequenza depressivi), gli altri bi-tri fasici
- **30 % DB I ciclicità continua** (50 % cicli lunghi – 50 % RC)
- **RC = 4 o più episodi/anno**. Ultra RC = 4 o più episodi/mese. Ultradiani = 1 o più episodi/giorno. Ipotiroidismo attuale o pregresso o lieve ipofunzione tiroidea possono essere associati ai cicli rapidi.
- **55 % DB ha decorsi atipici**: RC 15 %, mania con sintomi psicotici e stati misti 40 %. DB I 25 % dei casi
- **RC** soprattutto DB I, meno DB II, raro unipolari)
- RC 20 % esordio iniziale – **80 % esordio tardivo** (TCA causano RC nel 50 % dei bipolari I, soprattutto femmine)
- Esacerbazione DB in gravidanza nel 20 % in puerperio 50 % (spt se precedenti episodi in puerperio)
- Stati misti o mania disforia soprattutto in donne con esordio precoce, alta frequenza di ricadute, maggior frequenza di deliri congrui e non, suicidi, abuso di sostanze
- Maggior frequenza in femmine bipolari di AC anti tiroide e tiroidite autoimmune con ipotiroidismo e > frequenza di ipotiroidismo in RC. Raro RC in rapporto al ciclo mestruale, però disturbo tarda fase luteinica talora si stabilizza con estroprogestinici e DB resistenti guariscono con EP o talora EP scatenano DB. Perciò **ormoni tiroidei e gonadici possono influenzare il decorso del DB**.
- In adolescenza il DB si presenta come stato misto o RC e con vistosi sintomi psicotici (dd con esordio schizofrenico)
- Rischio max ricadute dopo episodio acuto primi 6 mesi

Depressioni unipolari	—————>	bipolari I	1 %	anno
Depressioni unipolari	—————>	bipolari II	0,5 %	anno
Disturbo Bipolare II	—————>	bipolare I	2 %	anno
Ciclotimia	—————>	bipolare I e II	70 %	dei casi

## Considerazioni sulla depressione bipolare

- **25 % DB** può avere **3-4 episodi depressivi** prima che si verifichi il 1° episodio maniacale
- 10-15 % DUR diventa bipolare
- **40-50 %** degli episodi depressivi sono depressioni bipolari (diagnosi anni dopo)
- Maggiore è il **numero e frequenza** di episodi depressivi più è probabile che si tratti di un DB
- Fattori predittivi di sviluppo DB in 1° episodio depressivo
  - ❖ **Familiarità** (alta frequenza DB e DU in familiari aumenta probabilità che si tratti di un DB)
  - ❖ **Età < 25 anni** (più giovane è il soggetto con episodio depressivo, più è probabile che si tratti di un DB)
  - ❖ **Clinica** = depressione con agitazione psicomotoria, accelerazione ideica, colpa/inadeguatezza, anedonia, ideazione suicidaria
- Rischio di un 2° episodio depressivo in bipolari = 50 % in 3 anni, 90 % in 20 anni. In unipolari 50 % nella vita (90 % dopo 3° episodio)
- 30 % dei bambini con un episodio depressivo sviluppa DB

## Bipolari e suicidio

**T.S. in 25-50 % DB I life-time** soprattutto se

- Abuso di sostanze
- Familiarità per disturbi dell'umore
- Esordio < 25 anni

**Suicidio riuscito 15 %** (20-25 % senza terapia)

T.S. DB I e II > UP

TS popolazione generale

F/M = 3/1

Suicidio popolazione generale

F/M = 1/3

In DB prevalenza per suicidio si equivale tra maschi e femmine

80 % delle depressioni bipolari hanno ideazione suicidaria

50 % dei suicidi entro 1 anno dal 1° ricovero

Ogni TS aumenta rischio di nuovo TS in successiva fase depressiva

No suicidio in fase maniacale ma pensieri o TS in 40 % degli stati misti (soprattutto femmine). **Stati misti i più a rischio** = depressione con disforia, aumento del livello di energia, impulsività.

**Non c'è aumento di rischio di suicidio nella depressione delirante** rispetto alla depressione non delirante

## **Episodio maniacale (criteri ICD-10 – DSM IV-TR)**

- Umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile (euforia vitale, sensazione di energia, benessere)
- Autostima ipertrofica e grandiosità con capacità di critica e giudizio ridotte (guidare contromano in autostrada)
- Diminuito bisogno di sonno
- Aumento dell'appetito, ingestione di liquidi e della spinta sessuale
- Maggiore loquacità o logorrea
- Aumento della gestualità (iperprassia)
- Esperienza soggettiva di accelerazione del flusso ideativo o fuga delle idee
- Distraibilità (attenzione labile e incostante facilmente deviata da stimoli esterni irrilevanti o non pertinenti)
- Aumento dell'attività finalizzata con affollamento di iniziative (sociale, lavorativa, scolastica, sessuale) spesso inconcludenti fino ad agitazione psicomotoria
- Eccessivo coinvolgimento in attività ludiche e/o potenzialmente dannose (comprare, disinibizione sessuale, investimenti) prodigalità
- Delirio espansivo (grandezza, onnipotenza) fino al delirio oltimico
- Possibile abuso di alcolici, stimolanti
- Compromissione significativa del funzionamento lavorativo, sociale, interpersonale,
- Esclusione di una condizione medica generale (ipertiroidismo) o effetti di una sostanza

## **Episodio ipomaniacale**

- Periodo definito di umore persistente elevato, espansivo o irritabile della durata ininterrotta di almeno 4 giorni.
- Sintomi meno gravi rispetto all'episodio maniacale con compromissione lavorativa e sociale lieve. Assenti deliri.

## **Episodio misto**

- Episodio durante il quale sono soddisfatti sia i criteri per l'episodio maniacale che per l'episodio depressivo maggiore, della durata di settimane o mesi.
- Rapide alternanze di umore (tristezza, irritabilità, euforia) nel corso della giornata o coesistenza di sintomi delle due polarità.
- Solitamente sono presenti agitazione, insonnia, disregolazione dell'appetito, manifestazioni psicotiche, ideazione suicidaria.

## **Disturbo ciclotimico**

- Esordio insidioso precoce in adolescenza o prima età adulta. Nell'80% dei casi la ciclotimia inizia a 12-14 anni con episodi di 2-3 giorni di durata e > 12 episodi/anno
- Decorso cronico, fluttuante, con alternanza di numerosi episodi ipomaniacali e depressivi "minori" per almeno 2 anni
- Predisporre a insorgenza di DB
- Frequente presenza nei consanguinei di 1° grado di DB I e II e DDM