



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)



In schizofrenia, come fai a cambiare



da così...



... a così?

Xeplion, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg
Sospensione iniettabile a rilascio prolungato ⁽¹⁾

1. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto
fare click sul logo di prodotto per accedere all'RCP





SOMMARIO

Anno XXVI • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

- 3** Che paese è mai questo
di Giannelli A.
- 9** Lettera all'Assessore alla Salute al Presidente della Commissione Sanità della Regione Lombardia
di Clerici M., Rabboni M.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 11** Influenza del deficit neurocognitivo sul funzionamento personale, sociale e lavorativo della schizofrenia: uno studio sperimentale
di Becchi M., Cocchi F., Bianchi L., Bosia M., Buonocore M., Guglielmino C., Pignoni A., Spangaro M., Smeraldi E., Cavallaro R.
- 21** Un programma innovativo di individuazione e trattamento della depressione in gravidanza e nel post partum presso l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano
di Bo F., Tallarico L., Grecchi A., De Isabella G., Biffi G.
- 30** L'intervento in adolescenza e sugli esordi psicopatologici: complessità cliniche e criticità organizzative
di Grecchi A., Migliarese G.
- 41** Disturbo bipolare o malattia globale
di Zarattini F.

49 L'attualità di Jaspers
di Schiavone M.

54 Sogno ed esistenza
di Borgna E.

NOTE DAI CONVEGNI

58 Percezione soggettiva ed effetto contesto nel trattamento farmacologico infusivo dell'episodio depressivo maggiore resistente
di Galimberti C., Bosi M.F., Tirelli A., Truzoli R., Viganò C., Ba G.

61 Asenapina nel trattamento del paziente con disturbo bipolare di tipo II: uno studio retrospettivo
di Genova C., Galimberti C., Viganò C., Truzoli R., Bassetti R., Bosi M., Ba G.

64 Valutazione delle dinamiche familiari nei pazienti con disturbi Psichiatrici maggiori: il test di Brem Graser
di Bottarini F., Beltrami M.M., Truzoli R., Galimberti C., Mattone C., Viganò C., Ba G.

66 Gravità e gravosità: studio nel contesto dei centri diurni dell'Azienda Ospedaliera di Varese
Berto E., Caselli I., Bonalumi C., Vender S.

71 Depressione e rischio di mortalità in soggetti affetti da stroke: revisione sistematica e meta-analisi
Lax A., Bartoli F., Lillia N., Crocamo C., Carrà G., Clerici M.

IN COPERTINA: *Tavolo surrealista,*

Alberto Giacometti (1933)

Musee national d'art moderne, Centre Georges Pompidou, Paris

Disturbo bipolare o malattia globale

Zarattini Franco*

Spesso sottostimato o misconosciuto, fin dagli esordi, il disturbo bipolare registra oggi percentuali di suicidio molto alte, spesso determinate anche da comorbidità, che ne hanno modificato il concetto da disturbo psichiatrico a malattia globale. Peraltro la comorbidità non riguarda solo le malattie fisiche, ma anche quelle psichiche, oltre all'abuso di sostanze e di alcool. L'insieme di questi fattori concorre al deficit cognitivo ed all'incapacità esecutiva con il decorso della malattia che continua per tutta la vita. La terapia prevede non solo l'impiego di farmaci, ma anche una terapia interpersonale, che se ben attuata, ridurrebbe il rischio di recidive per ben otto volte.

Questa malattia è una delle patologie psichiatriche più impegnative e allo stesso tempo più sensibili ad un adeguato trattamento, purché siano correttamente diagnosticate, anche se spesso non avviene, essendo la sintomatologia sottostimata. I pazienti che ne sono affetti si rivelano spesso molto efficienti nei periodi di normalizzazione affettiva. Il disturbo bipolare è caratterizzato da una serie di manifestazioni cliniche, che da forme lievi di malattia, talvolta difficili da distinguere dalla depressione unipolare o dalle normali variazioni di umore, confluiscono in quadri clinici specifici: disturbo bipolare di tipo I (o bipolare II se la fase euforica è attenuata) anche in comorbidità con abuso di sostanze e non solo. Tale complessità clinica rende spesso difficile la formulazione di una diagnosi corretta con inaccettabili conseguenze sulla terapia e su possibili fenomeni di resistenza. Proprio per questo nella pratica quotidiana i disturbi cognitivi, come valutazione insufficiente dei rischi, rapido esaurimento dell'attenzione concentrata, deficit della esecutività, si accomu-

nano al discontrollo emotivo, osservabili nei pazienti bipolari nel corso di una recidiva. Tale sintomatologia quasi sempre non è riconosciuta dal medico di medicina generale e pertanto non correttamente diagnosticata a detrimento di una presa in carico precoce per una prognosi migliore. Ne consegue la comparsa di importanti tassi di disabilità, significativa incidenza di suicidarietà e multiple comorbidità, sia mediche che psichiatriche (7). Il carattere molto invalidante dei disturbi affettivi nell'ambito della bipolarità, è ben più importante della semplice ricorrenza delle recidive, qualunque essa sia la loro polarità ipomaniacale, manicale, mista o depressiva.

Per Disturbo Bipolare ci si riferisce ad una malattia mentale caratterizzata dall'alternarsi di episodi di mania (euforia fino all'eccitamento) e di depressione. L'umore di una persona con tale patologia per chiarezza può oscillare con frequenza variabile tra due estremi: euforia - irritabilità e tristezza - disperazione, passando attraverso periodi di stabilità emotiva, detta anche eutimia durante i quali i pazienti sono di solito molto efficienti.

Tale malattia generalmente inizia nell'adolescenza o nell'età giovanile-adulta e si ripresenta nell'arco della vita con frequenza variabile, ma in genere si intensifica o peggiora negli anni con intervalli di benessere statisticamente del 45% nel corso dell'esistenza; spesso purtroppo non viene riconosciuta e chi ne è affetto può continuare a soffrirne per anni od addirittura decenni. L'esistenza di sintomi intercritici sotto soglia, il deficit cognitivo a lungo termine, il riadattamento dei rapporti familiari e sociali, oltre alle difficoltà esistenziali causate da una patologia affettiva cronica, sono altrettanti fattori che possono peggiorare la qualità della vita dei pazienti bipolari. Per ovviare a tale inconveniente stanno sorgendo in Italia le società regionali per lo studio e la cura della Bipolarità, proprio perché, come altre gravi malattie, il Disturbo Bipolare provoca grandi sofferenze anche al coniuge, ai familiari (figli, fratelli, genitori), agli amici ed ai colleghi di lavoro. Tanto per fare un esempio i familiari delle persone affette da questa patologia devono spesso

affrontare difficili problemi a causa del comportamento del loro congiunto determinate da spese sconsiderate, contratti svantaggiosi, promessa di matrimonio, donazioni ed altro ancora.

Diversi membri della stessa famiglia possono presentare questa patologia per cui si pensa che in molti casi sia determinante una componente genetica, che interagisca anche con eventi stressanti esistenziali. La vulnerabilità al disturbo bipolare dell'umore è senza dubbio accettata, potendo essere anche multifattoriale. Riprendendo un enunciato di Lopez Ibor e di Hubertus Tellenbach, la genetica non deve necessariamente trasformarsi nella realtà della comparsa di tale malattia, tenendo conto che la predisposizione non è ineluttabile (13).

Tab. 1 Le varie faccie del disturbo bipolare

1. Sintomi della mania (euforia patologica)

- Un periodo in cui il comportamento del paziente è diverso da quello abituale per eccessiva euforia od esaltazione da incremento dell'energia, iperattività, facilità a distrarsi, sensazione di non stancarsi mai, di conseguenza il bisogno di sonno diminuisce;
- sovrappiombamento di pensieri con spinta continua a parlare, associata ad eccessiva fiducia nelle proprie capacità per deficit cognitivo che sfocia, in caso di contrarietà, nella irritabilità estrema;
- comportamento caratterizzato da un aumento del desiderio sessuale, oltreché sconveniente per abuso di droghe, di alcool o di farmaci contro l'insonnia;
- riduzione delle capacità critiche con assoluta mancanza di consapevolezza di malattia, che in alcuni casi si associa alla presenza di fenomeni psicotici (deliri ed allucinazioni);

2. Sintomi dell'ipomania (euforia accettabile)

- Una fase nel quale l'umore predominante è elevato, espansivo, anche irritabile e talora compatibile con sintomi attinenti alla fase maniacale;

- la sua gravità non è tale da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo;
- non è richiesta l'ospedalizzazione come invece può essere tassativa per la mania;
- manca l'ideazione delirante;
- tutti gli altri sintomi tendono ad essere meno gravi rispetto a quelli descritti nell'episodio maniacale.

3. Sintomi della depressione (sono il rovescio della medaglia)

- umore depresso, talora anche ansioso con persistente senso di vuoto, cui si associa diminuzione di interesse o di piacere per quasi tutte le attività, compresa quella sessuale;
- mancanza di energia, facile stancabilità o sensazione di rallentamento psichico, per diminuita capacità di riflettere, di concentrarsi o di prendere decisioni da attribuire a sentimenti eccessivi o immotivati di autosvalutazione, di colpa con pessimismo, visione negativa di sé, del mondo e del futuro;
- perdita di appetito e di peso, talvolta un suo aumento, si associano a dolori cronici come le cefalee, oppure a persistenti sintomi fisici non causati da una malattia organica;
- ideazione di morte o propositi suicidi accompagnano sempre lo stato d'animo di chi soffre di depressione, nel contesto di un disturbo bipolare dell'umore, tanto che i tentativi di suicidio non mancano nei casi di particolare gravità, portando il rischio di suicidarietà all'82%.

4. Sintomi del disturbo bipolare misto

- Un periodo di almeno una settimana durante il quale coesistono sintomi maniacali e depressivi;
- l'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali e delle

- relazioni interpersonali;
- possono essere presenti manifestazioni psicotiche con deliri congrui all'umore;
 - i sintomi non sono dovuti ad abuso di sostanze o di alcool, oppure da una condizione medica generale, tipo ipotiroidismo.

Nei pazienti depressi manca la capacità di fare qualsiasi cosa. Sembra che la mente sia rallentata e talmente vuota, da essere quasi inutile...

Inoltre percepiscono di essere assediati da un totale senso di disperazione, così da non ritenersi più capaci di provare alcun sentimento, di muoversi, di pensare, di prendersi cura di sé o degli altri sentendo un gelo interiore. Chi non è ammalato solitamente dice "passerà", non avendo la minima idea di come uno si senta in quello stato, anche se crede di saperlo. Appare doveroso non dimenticare che questi diversi sintomi sono manifestazioni estreme di un'unica malattia, denominata il Disturbo Bipolare: da un lato la depressione più cupa che sfuma in quadri depressivi più lievi; su questa linea ideale troviamo poi quella che comunemente viene definita tristezza, accanto all'umore cosiddetto "normale"; proseguendo verso il polo opposto troviamo l'ipomania e poi la mania.

Molte persone con questa malattia, se non curate, hanno nel corso della loro vita ricorrenti episodi di Depressione e solo occasionalmente di Mania.

Può succedere anche il contrario, perché la Mania o l'Ipomania sono il sintomo principale, mentre raramente compaiono fasi di depressione. Inoltre i sintomi della Mania e della Depressione possono coesistere in un unico episodio realizzando il Disturbo Bipolare Misto. La caratteristica essenziale di tale patologia consiste in un lungo periodo di malattia durante il quale vi può essere un Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto conseguente alla presenza per almeno una settimana dei sintomi di entrambe le polarità. La sintomatologia non è dovuta ad abuso di sostanze (cocaina, alcool) o ad una patologia medica generale come ipertiroidismo, oppure

epilessia del lobo temporale. Si usa dire "periodo di malattia" quando ci si riferisce ad un periodo di tempo durante il quale il paziente continua a palesare sintomi attivi della malattia. Per certi ammalati, questo periodo di malattia, può prolungarsi per anni, magari anche per decenni. Solo quando il paziente si è completamente ristabilito si può ritenere che la malattia sia finita (DSM-IV R).

La storia clinica dei pazienti stessi può essere alquanto esplicativa tramite la descrizione di alcuni stati d'animo che caratterizzano questa patologia.

Ipomania

"All'inizio i pazienti si sentono fantasticamente su di giri, perché le idee scorrono veloci, tutta la timidezza scompare, le parole ed i gesti sono pronti... Le persone e le cose più significative appaiono ricche di interesse. La sensualità è travolgente, il desiderio di sedurre e di essere sedotti è incontenibile.

Si è pervasi da un'idea di onnipotenza, di benessere, di euforia: si crede di poter fare tutto, ma ad un certo punto questo incanto svanisce".

Mania

"Le idee giungono troppo velocemente e tutte insieme; una confusione affaccendata prende il posto della chiarezza, tanto che l'ammalato non riesce più a seguire questo flusso di pensieri e la memoria svanisce.

Questa condizione non è più divertente. Gli amici cominciano a spaventarsi notando la perdita del senso del limite nei pazienti che appaiono irritabili, arrabbiati, spaventati, incontrollabili ed in trappola".

Non è facile riconoscere il Disturbo Bipolare, perché il paziente spesso non se ne accorge, né tanto meno i familiari. Succede che neppure i medici riescano ad identificarlo tempestivamente.

Un segno precoce può essere l'ipomania, il paziente sente di avere una grande energia, oppure di essere irritabile e di cattivo umore, unitamente ad un comportamento

impulsivo ed avventato. L'ipomania sembra un'esperienza gradevole per chi la prova. Spesso i familiari e gli amici si accorgono di queste variazioni del tono dell'umore, mentre l'individuo continua a negare che ci sia qualcosa di strano. In queste fasi iniziali, il Disturbo Bipolare può non apparire chiaramente, comparando sotto forma di un abuso di alcool o sostanze stupefacenti, oppure come una riduzione del rendimento scolastico o lavorativo. Se il disturbo non viene trattato quanto prima, tende a peggiorare col tempo, manifestandosi con gravi episodi maniacali, depressivi o misti.

Chiunque soffra di questo tipo di disturbo dovrebbe rivolgersi ad uno specialista psichiatra in grado di giungere alla diagnosi per poter iniziare una terapia adeguata e corretta, incoraggiato da parenti ed amici ad intraprenderla, in quanto consapevoli che qualcosa non va. A volte è necessario anche un coinvolgimento maggiore per convincere chi ne soffre della necessità di farsi curare in ambiente ospedaliero per essere anche tutelato nel modo migliore. Tra le eventualità patologiche segnalate i pazienti con Depressione Unipolare, (eccetto che nelle forme ricorrenti) sono depressi o stanno bene, invece i pazienti con Disturbo Bipolare possono presentare mania, depressione, episodi misti, a ciclo continuo o rapido ed eutimia, solo quando vi è la normalizzazione dell'umore. Se il paziente con Depressione Unipolare risponde (parzialmente o completamente) agli antidepressivi, nel Disturbo Bipolare, questi psicofarmaci non hanno più la stessa considerazione di un tempo, tanto da essere messi da parte in seguito a recenti acquisizioni epidemiologiche validamente accertate, salvo che nel disturbo bipolare di tipo II, dove possono essere usati nella fase depressiva senza che si corra il rischio di un viraggio euforico incontenibile.

La stabilizzazione affettiva è l'obiettivo centrale della terapia e poche sono le associazioni di farmaci efficaci, che consentono di raggiungerla e di mantenerla in maniera prolungata.

Secondo un accreditato modo di vedere, l'errore più

grave nel trattamento del paziente con Disturbo Bipolare è quello di valutare solo la situazione clinica emergente, senza considerare il decorso longitudinale della malattia, che richiede un monitoraggio clinico a lungo termine per un risultato ottimale. Gli unici trattamenti che si sono dimostrati efficaci sia a breve e sia a lungo periodo per il Disturbo Bipolare di tipo I sono i *farmaci stabilizzatori dell'umore: litio e alcuni anticonvulsivanti* (12).

Mentre nella fase depressiva del disturbo bipolare di tipo 2 gli autori francesi consigliano ancora l'uso degli antidepressivi in quanto non porterebbero al viraggio verso l'ipomania (5). Tuttavia queste terapie farmacologiche hanno subito una evoluzione nel corso degli anni. I Sali di Litio e gli antiepilettici della seconda generazione sono stati per lungo tempo i farmaci di riferimento, mentre attualmente la loro efficacia nel Disturbo Bipolare è stata messa in discussione per la disponibilità degli antipsicotici atipici, nuovo mezzo terapeutico il cui rapporto rischio-beneficio appare interessante. Da non trascurare i progressi fatti dalla terapia educativa con l'intervento psicoeducativo per pazienti con disturbo bipolare e loro familiari chiamato modello di Colom, la cui efficacia consiste nel ridurre di 8 volte le recidive, che i pazienti avrebbero se continuassero ad essere curati solo con i farmaci (4).

Tab.2 Convivere con un malato affetto da disturbo bipolare

- Essere flessibili e programmare le attività tenendo conto delle possibili crisi.
- Non esitare a chiamare il 118, se necessario.
- Aiutare il paziente a mantenere i propri spazi vitali (per non diventare un "peso" nella famiglia).
- Fare in modo che la persona accetti di essere curata, senza forzarla, ma individuando il clinico adatto, ricordandogli gli appuntamenti.
- Imparare a riconoscere l'avvicinarsi delle crisi appare assai importante per aiutare il paziente ad evitare gli

episodi scatenanti, incoraggiandolo magari a partecipare a sedute di gruppo di mutuo-aiuto, una forma di supporto e gestione delle emozioni, denominata terapia interpersonale, in grado di ridurre di ben otto volte le ricadute.

- Riuscire a mantenere in pratica questi consigli sarebbe già un buon risultato per fare ulteriori passi avanti.

La corretta individuazione di questi diversi stati dell'umore è essenziale per proporre una terapia efficace e così evitare molte delle pericolose conseguenze del Disturbo Bipolare, come lo sconvolgimento dei rapporti interpersonali, il disfacimento del matrimonio, la perdita dell'impiego ed il suicidio.

Attualmente sono disponibili trattamenti efficaci in grado di alleviare le sofferenze dovute al Disturbo Bipolare e di prevenirne le ricadute e le conseguenze.

Si è incominciato a parlare di comorbidità nell'ambito della Medicina Generale negli anni '70, ma con l'andare del tempo tale concetto ha trovato la sua massima espressione in psichiatria al punto da diventare indispensabile sia per un approfondimento sulle cause della malattia, sia per una formulazione prognostica, non disgiunta da strategie terapeutiche innovative, che ne conseguono (9). Non si comprenderebbe appieno il significato di comorbidità senza chiarire che si tratta dell'insieme di patologie che modificano la prognosi in senso peggiorativo della malattia principale, in quanto le malattie fisiche contribuiscono ampiamente ad abbreviare la vita di questi pazienti (14).

Da studi epidemiologici condotti su un grande numero di pazienti provengono segnali allarmanti sulla presenza contestuale di altri disturbi nei pazienti bipolari, come quelli d'ansia, del comportamento alimentare, della sindrome da deficit dell'attenzione ed iperattività, della condotta deviante da abuso di sostanze, nonché di alcool (3).

A livello psicopatologico sembra ormai acquisito che la comorbidità prevalente nei pazienti bipolari risieda

proprio nei disturbi d'ansia, in quanto la sintomatologia spesso precede e talora accelera l'insorgenza del Disturbo Bipolare completo, tanto che sovente la loro presenza è responsabile di una importante esacerbazione della sintomatologia, di una incompleta risposta alla terapia e di un aumento nell'abuso di sostanze con elevato rischio di suicidio conseguente (2).

Anche la comorbidità con i disturbi di personalità (un tempo chiamate nevrosi), può interferire sulla prognosi e sul decorso del Disturbo Bipolare mutandone i quadri clinici, incrementando il rischio suicidario e rendendo problematico l'approccio terapeutico.

La pratica clinica ed i dati della letteratura scientifica sono concordi nel riportare livelli significativi di comorbidità trasversale tra la patologia bipolare e la condotta alimentare, tanto da trovare un tasso più elevato di obesità nei pazienti bipolari, rispetto alla popolazione generale (1). Ne consegue un aggravamento della malattia psichica, che avrà nel lungo termine un decorso peggiore per l'associazione documentata tra la sintomatologia dei disturbi della condotta alimentare, i sintomi affettivi e l'ideazione suicidaria.

Fermo restando che il suicidio si è rivelato la principale causa del maggior tasso di morte non naturale con il 34% di decessi per gli uomini ed il 31% per le donne nel disturbo bipolare complessivamente, non si deve dimenticare che le malattie somatiche contribuiscono in misura ancora maggiore ad abbreviare la vita di questi pazienti. A tale riguardo è bene ricordare che essi si confrontano con un elevato rischio di sovrappeso e di obesità, scontando frequentemente l'insorgenza di diabete mellito, non insulino-dipendente e di altre patologie endocrine, che facilitano l'esordio di malattie cardiovascolari per l'elevata correlazione di fattori di rischio, quali il fumo di tabacco, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, la scarsa attività fisica e l'incoostante osservanza del programma terapeutico, realizzando l'inevitabile traguardo verso la sindrome metabolica (14).

Queste complicazioni fisiche sono riassumibili nella

figura 1, sottostante, che le ripropone come fattori di rischio in percentuale nei pazienti bipolari.

Nel Disturbo Bipolare l'associazione tra obesità e disfunzioni metaboliche è avvalorata da una complessità di eventi, condizionati da fattori biologici (predisposizione genetica, disordini somatici, terapie farmacologiche responsabili di un aumento del peso corporeo), psicogeni (ambiente familiare, comorbidità psichiatrica) e demografici, nonché sociali (età e contesto sociale). Uno dei più significativi fattori dipendenti da un incremento della predisposizione alla malattia, correlato all'obesità sembra ravvisabile nell'indice di massa corporea, non trascurando l'importanza del deposito centrale di grasso, derivabile da un elevato girovita (6). Il tessuto adiposo viscerale diventa un passaggio chiave nella comparsa della sindrome metabolica che incrementa la prevalenza di alcune malattie cardiovascolari.

Anche se molti studi hanno confermato l'efficacia dei sali di litio nel Disturbo Bipolare, soprattutto nella fase

di eccitamento euforico (mania), ma anche nella sua terapia di mantenimento, questa indispensabile cura di mantenimento non è priva di effetti tossici, vuoi sulla funzionalità renale e tiroidea, vuoi sull'incremento ponderale, che compare dal 30 al 65 % dei pazienti in trattamento, provocata da un appetito maggiore. Anche il valproato, che viene prescritto in associazione, oppure in alternativa ai sali di litio è responsabile di un importante rischio di aumento di peso, causato, sia da una diminuzione del consumo energetico, sia da un metabolismo ridotto, concorrendo a realizzare la sindrome metabolica a genesi farmacologica ed iatrogena (10). Non va trascurata una comorbidità emicranica anche nel disturbo bipolare, relativamente superiore nei maschi con una prevalenza del 24.8%, rispetto al 10.3% delle femmine in rapporto al tasso di pazienti bipolari, stimato nel 2,4% della popolazione generale. Da non dimenticare poi, che nella differenza di genere tra i pazienti maschi con disturbo bipolare associato a comorbidità emicranica e pazienti femmine, il divario appare significativo in quanto risulta

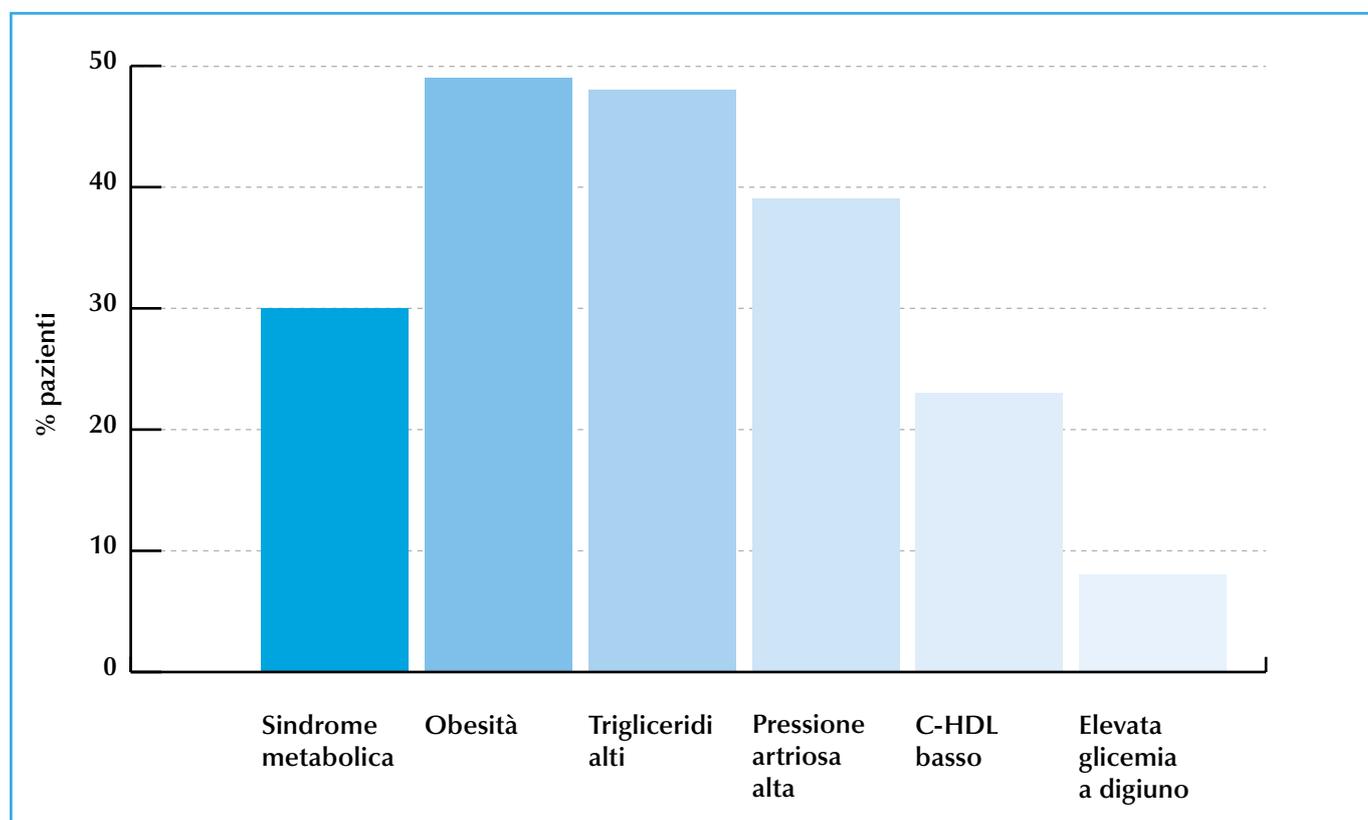


Fig. 1 - Percentuale di rischio unico o multiplo in pazienti con disturbo bipolare dell'umore

del 14.9% per i primi, rispetto al 34.7% delle seconde. Pertanto i pazienti con disturbo bipolare e comorbidità emicranica specialmente se di sesso maschile, vanno soggetti ad una maggiore disfunzionalità sociale e ad un accentuato ricorso a cure psichiatriche, mentre per le femmine bipolari ed emicraniche vi è una maggiore necessità di cure mediche. L'emicrania è riscontrabile sia nella depressione maggiore sia nel disturbo bipolare dell'umore, ma anche nei pazienti affetti da attacchi di panico e da fobia sociale. Tuttavia la più convincente correlazione è rinvenibile tra disturbo bipolare dell'umore e cefalea a grappolo, poiché nelle recidive entrambi risentono generalmente della ricorrenza stagionale primavera- autunno, rispondono in varia misura e con diverse finalità alla terapia con i Sali di litio, opportunamente dosati con i dovuti controlli della litiemia e nel loro decorso sopportano il peso di un'importante comorbidità medica e psichiatrica.

Vale la pena ricordare che oggi giorno i numerosi dati clinici e psicopatologici disponibili, confermano la necessità di cambiare il paradigma di classificazione per passare dalla nozione di disturbo psichiatrico a quello innovativo di malattia globale. Tale approccio consente una visione unitaria sulla frequenza delle comorbidità somatiche, spesso prese in carico senza valutarne correttamente la portata, oltreché sui dati recenti, che sottolineano l'importanza dei meccanismi infiammatori, riscontrati nell'incremento del tasso delle citochinine pro-infiammatorie, che tende ad incrementarsi parallelamente all'avanzare della malattia negli anni, mentre i fattori neurotrofici cerebrali che presiedono alla sopravvivenza ed alla plasticità dei neuroni stessi per correlazione negativa decrescono (9). Come conseguenza diretta i pazienti che soffrono di disturbo bipolare sono esposti allo stress ossidativo che si traduce clinicamente nella triade: deficit cognitivo, attenzione concentrata esauribile, ed esecutività incontrollata, sia nelle fasi acute della malattia, sia durante i periodi di stabilità (10). Trattasi comunque di un ulteriore passo avanti nelle conoscenze e non di una meta.

Pertanto i pazienti bipolari sono predisposti ad un'importante comorbidità psichiatrica ed organica responsabile di queste gravi patologie, che riducono la loro aspettativa di vita. Risulta evidente quanto sia importante monitorare l'evoluzione di questa malattia psichica e prevenirne le comorbidità, ogni qual volta che le condizioni psicopatologiche lo permettano.

Per concludere non si deve dimenticare che il suicidio è una conseguenza drammatica e frequente del disturbo bipolare.

** Psichiatra*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Beyer J, Kuchibhatla M., Gersing K., et al, *Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population.* Neuropsychopharmacology 2005; 30: 401-4.
2. Calossi S., Fagiolini A., *Disturbo Bipolare e Comorbidità.* Giornale Italiano di Psicopatologia n. 3 -2011 pag. 352-360.
3. Cassidy F., Ahearn E.P., Carroll B.J., *Substance abuse in bipolar disorder.* Bipolar Disorder 2001; 3:181-8.
4. Colom F., *Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial.* British Journal of Psychiatry 2009- 194:260-265.
5. Courtet P., Samalin L., Ollié E., *Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire.* L'Encéphale, Supplement 3, 2011, S 161-S162.
6. Fagiolini A., Kupfer D.J., Houck P.R., et al., *Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder.* Am J Psychiatry 2003; 160:112-7.
7. Guillaume S., Courter P., Samalui L., *Depression Bipolaire ed conduite suicidaires supplement 3, L'Encéphale, S169-S172.*
8. Krishnan K.R., *Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder.* Psychosom Med 2005; 67:1-87.
9. Leboyer M., Fossati P., *Ya-t-il des marqueurs biologiques de la dépression bipolaire? De l'imagerie à la biologie.* L'Encéphale, Supplement 3, S185-S190, 2012.
10. McElroy S.L., Frye M.A., Suppes T., et al., *Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder.* J Clin Psychiatry 2002; 63: 2007-13.
11. Roust A., Belliver F., *Troubles cognitifs et dépression bipolaire,* L'Encéphal, Supplement 3, S191-S195, 2012
12. Samalin L., Norry A., Llorca P.M., *Lithium et anticonvulsivants dans la dépression bipolaire.* L'Encéphale, Supplement 3, 2011 S 203-S209.
13. Tellenbach H., Lopez I., *La Mélancolie.* Puf, Paris, 1979.
14. Vaan Gaal L.F., *Long-term health considerations in schizophrenia: metabolic effect and the role of abdominal adiposity.* Eur Neuropsychopharmacol 2005; 16. S142/8.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: I. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi