# International *Bipolar* Foundation

## *Convivere con il disturbo bipolare*

**I. Riguardo il Disturbo Bipolare**


a. Che cos'è il disturbo bipolare……20
b. Bambini e adolescenti con il disturbo bipolare……22
c. Trattamento farmacologico del disturbo bipolare……32
d. Suicidio e disturbo bipolare……52
e. I rischi dell'abuso di sostanze per i soggetti con disturbo bipolare……55
f. Gravidanza e disturbo bipolare……67
g. Stigma e malattia mentale……73


**II. Vivere bene**


a. Una vita e delle relazioni familiari sane……82
b. Supporto nutrizionale..……89
c. Salute mentale e famiglie religiose……101
d. Avere il disturbo bipolare sul posto di lavoro……124
e. Andare al college con il disturbo bipolare……118
f. Interazione sociale……127
g. La figura del caregiver……136


**II. Risorse**


a. Scheda per la raccolta delle informazioni riguardanti i farmaci……143
b. Scheda per la raccolta delle informazioni riguardanti l'umore……144
c. Scheda per la raccolta degli effetti collaterali legati al trattamento riguardanti i farmaci…145
d. Diario delle attività fisiche……146
e. Diario dei pasti……147
f. Scheda contatti figure mediche……148
g. Domande per il medico……149
h. Risorse……150

**International *Bipolar* Foundation**

## Dedica

Questa guida è dedicata a chiunque sia entrato in contatto con il disturbo bipolare. Se tu, o qualcuno a cui tieni, soffri di disturbo bipolare, la tua forza e il tuo coraggio sono fonte d'ispirazione per tutti noi. Dedichiamo questa guida a te e ti auguriamo ottima salute. Un ringraziamento speciale ai bambini che ci hanno ispirato a fondare questa organizzazione, Chris, Court, Lauren e Sam.

*Le informazioni contenute in questa guida intendono fornire indicazioni utili riguardo il disturbo bipolare. Questa guida non intende, né dovrebbe, essere utilizzata, per diagnosticare o trattare alcuna condizione medica. Per la corretta diagnosi o trattamento di ogni problema medico occorre consultare il proprio medico. L'Editore e gli autori non sono responsabili di alcuna conseguenza dannosa sia fisica che mentale risultante dalla errata interpretazione o applicazione delle informazioni o dei suggerimenti contenuti in questa guida. Le voci bibliografiche fornite sono soltanto a fini informativi e non sono state approvate da nessuno degli autori della guida né da alcun sito web o altre fonti della International Bipolar Foundation.*

*Traduzione italiana a cura di Gianluca Serafini, M.D., Ph.D., Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma.*

## Ringraziamenti

La International Bipolar Foundation è stata fondata nel 2006 da quattro madri di figli affetti da disturbo bipolare. Il desiderio di assicurare un future migliore ai loro figli così come ad altri affetti da questa malattia ha dato vita a un'organizzazione dedicata a trovare la cura del disturbo bipolare.
In questo manuale, siamo così fortunati da ricevere il supporto e l'input di innumerevoli esperti nel campo del disturbo bipolare, medici di medicina generale e quelli che sono stati colpiti direttamente dalla malattia. Questi professionisti hanno condiviso il fine comune di realizzare un manuale che avrebbe aiutato chiunque entrasse in contatto con questa malattia. Intendiamo rivolgere particolari ringraziamenti ai quattro membri fondatori della International Bipolar Foundation - Lynn Hart-Muto, Karen Sheffres, Muffy Walker, e Lisa Selbst Weinreb – il cui amore per i propri bambini e il desiderio di costruirgli un futuro migliore e per altri affetti dalla malattia non ha mai conosciuto fine. La International Bipolar Foundation è stata creata attraverso il loro instancabile lavoro, la loro prospettiva e dedizione. La fondazione si è aggiudicata oltre 210,000 dollari in finanziamenti per aiutare a trovare una cura del disturbo bipolare.
Desideriamo ringraziare inoltre il nostro comitato scientifico e i nostri comitati consultivi onorari e dei consumatori che hanno continuato a sostenere la fondazione. Un forte ringraziamento infine a tutti coloro che offrono aiuto alla International Bipolar Foundation fornendo incoraggiamento, assistenza e amore a tutte le persone affette dalla malattia.

A tutti voi,

Il Consiglio Fondatore

Lynn Hart-Muto Karen Sheffres Muffy Walker Lisa Selbst Weinreb

## International *Bipolar* Foundation

Fondata da quattro genitori di bambini affetti da disturbo bipolare, la International Bipolar Foundation è un'organizzazione no profit il cui scopo è quello di abbattere il disturbo bipolare attraverso il progresso della ricerca; promuovere e rafforzare la cura e i servizi di supporto; e di cancellarne lo stigma associato attraverso l'istruzione pubblica.

www.InternationalBipolarFoundation.org

Siamo in grado di mettere a disposizione queste attività e servizi gratuiti alla nostra intera comunità:

**Ricerca**

- **Programma di Ricerca Partner:** Il Programma di Ricerca Partner offre ai donatori l'opportunità di selezionare personalmente e finanziare ricercatori sulla base di specifici obiettivi di ricerca, delle loro istituzioni associate, o di una combinazione di questi.

**Cura & Supporto**

- **Programma Amico:** Se ti è nuova la diagnosi di disturbo bipolare e hai bisogno di aiuto, o se hai intenzione di dare una mano a una persona o una famiglia a cui è stata fatta da poco la diagnosi, allora il Buddy Program può esserti utile. Questo programma mette insieme nuovi membri con membri/famiglie di maggiore esperienza.

- **Solidarietà & invio:** Se hai bisogno di un riscontro o di un parere da parte di un curante, ti invieremo i commenti dei nostri sostenitori.

- **Programma ambasciatori:** Gli ambasciatori oltrepassano le barriere derivanti dallo stigma, aiutano gli altri affetti da disturbo bipolare (o altri disturbi psichiatrici), e promuovono l'obiettivo di istruire il pubblico e abbattere lo stigma

- **Blogger internazionali**

- **Riconoscimenti:** Il riconoscimento HOPE viene concesso a un individuo o un'organizzazione i cui sforzi pubblici migliorano la cura, il sostegno e l'accesso alle cure relative alla salute mentale e/o a coloro che si distinguono nell'abbattere lo stigma associato alla malattia mentale e infondere speranza alle famiglie, le comunità di appartenenza e la nazione. Il riconoscimento IMAGINE viene concesso a un individuo affetto da disturbo bipolare che guarda oltre la malattia e riesce a immaginare un futuro libero di barriere stigma, and discriminazione. Il vincitore di questo riconoscimento fortifica il prossimo condividendo la sua storia e infondendo speranza e inspirazione.

- **Il muro del ricordo:** Lascia un commento di speranza o una dedica sul nostro sito web muro della memoria.

**Istruzione**

• La guida "**Convivere il disturbo bipolare**";

• Ragazze Scout degli Stati Uniti con lo **stemma consapevolezza della salute mentale**;
• E-newsletter "**My support**";
• **Concorso di scrittura** per studenti delle scuole medie-superiori;
• **Ufficio Speakers**;
• **Seminari Web**;
• **Conferenze mensili**;
• **Campagna anti-stigma "Say it Forward**";
• **FaceBook, Twitter, ShareCare**;
• **Video e brochure informativi;**
• **Conferenze**

## Come utilizzare questo manuale

Questa guida è stata creata per assistere chiunque sia entrato in contatto con il disturbo bipolare. Contiene informazioni utili su una moltitudine di temi che emergono nella vita di ogni giorno, così come risorse per affrontare problematiche specifiche con le quali si imbattono i soggetti affetti da questa malattia. È nostro scopo mettere a disposizione nuove prospettive nonché guide utili per una vita serena, così come riconoscere lo stigma e le sfide del disturbo bipolare.

Il formato permette di continuare ad aggiungere informazioni ulteriori in modo tale che questo possa divenire il tuo manuale di riferimento. Aggiornamenti periodici saranno pubblicati alla pagina www.InternationalBipolar Foundation.org che è possibile consultare e stampare gratuitamente.

**Gli autori**

## Ashley Aleem, B.A.

Ashley Aleem, B.A. laureata in Psicologia presso l'Università di San Diego nel 2008. Mentre era studentessa universitaria, si è offerta volontariamente come sostenitrice del Centro per i bambini di San Diego dove ha lavorato accanto a giovani gravemente disturbati sul piano emotivo. Ha anche lavorato presso la Contea indipendente di San Diego come supervisore residenziale di ragazze adottive e come *case manager* ed educatrice per fornire abilità quotidiane ai minori in fase di affidamento all'interno della comunità. Sta attualmente seguendo un Master in *counseling* clinico nella salute mentale presso l'università di San Diego. Nel Luglio 2010, Ashley presentato una proposta relative al processo di screening per antisociali violenti alla conferenza nazionale dell'associazione americana per il *counseling* nella salute mentale tenutasi Boston, Massachusetts. Sin dall'inizio nel Gennaio 2010, Ashley ha lavorato per Exodus Central Connections, il settore di trattamento del Behavioral Health Court Calendar di San Diego, dove si occupa di case *management* e servizi riabilitativi agli individui gravemente disturbati mentalmente e coinvolti nel sistema giudiziario penale.

**Gli autori**

**Russ Federman, Ph.D., ABPP**

Russ Federman, Ph.D., ABPP, è direttore dei servizi psicologici e di counseling all'Università della Virginia e ricercatore clinico presso il dipartimento universitario di psichiatria e scienze neurobiologiche. È uno psicologo abilitato, laureato in psicologia clinica e iscritto al board americano degli psicologi professionali e membro del consiglio di redazione della rivista Journal of College Student Psychotherapy. Il Dr. Federman scrive su un blog per Psicologia Oggi denominato "Bipolare Tu" ed è anche coautore del libro edito nel 2010– Affrontare il disturbo Bipolare: Guida ai giovani adulti per convivere con il disturbo bipolare (New Harbinger Publications). Il suo articolo del 2011 Trattamento del disturbo bipolare nella popolazione universitaria (Journal of College Student Psychotherapy) è stato selezionato dalla Fondazione per la salute dei College americani per il premio Stephen Weiss.

**Gli autori**

## Karen Freeman, MS, RD, CSSD

Karen Freeman è una dietologa e una specialista in dietologia sportiva ed ha messo in pratica la sua esperienza in capo nutrizionale in ambito accademico, clinico e privato durante il corso dei precedenti trenta anni. È specializzata nella gestione del peso corporeo, nei disturbi alimentari e nella alimentazione sportiva in tutte le fasce d'età. Insieme alla sua pratica privata a tempo pieno, lavora come dietologa sportiva per la squadra di football dei San Diego Chargers. Ha anche lavorato con i San Diego Padres, con la squadra calcistica donne San Diego Spirit, con I Los Angeles Raiders, con la squadra di hockey dei New York Rangers, così come con scuole superiori, college e atleti olimpici.

Karen è docente all' Università di San Diego della California, press il dipartimento di medicina familiare preventive dove insegna come nutrizionista sportiva a studenti in medicina e interni in medicina sportiva.

Karen ha conseguito la sua laurea in Dietologia presso l'Università di Buffalo, a New York e il suo master in Nutrizione e Salute Pubblica, con enfasi in Fisiologia alla Columbia University. La sua attività di ricerca nell'ambito del Master all'Università di San Francisco, California, ha compreso lo studio dell'obesità nei bambini e negli adolescenti.

**Gli autori**

## Rob Friedman, M.D.

Il Dottor Rob Friedman è specializzato in psichiatria dei bambini, degli adolescenti e degli adulti. Dopo aver conseguito la sua laurea con lode in Psicologia presso la Duke University, il Dr. Friedman ha conseguito la laurea in medicina dal programma dello Stato di New York nel 1985 presso la Scuola di Medicina Sackler di Tel Aviv, Israele. Ha conseguito la specializzazione in psichiatria al Centro Medico dell'Isola di Long Island Jewish/Hillside presso Great Neck, New York, seguita dall'associazione in psichiatria dei bambini e degli adolescenti al centro medico UCSD nel 1990. Da allora, il Dr. Friedman ha esercitato la sua professione privatamente a San Diego. È partner fondatore, Presidente di PsyCare, Inc., un gruppo che si occupa di assistenza comportamentale con sette presidi a San Diego. Il Dr Friedman è Assistant Clinical Professor di Psichiatria presso il Dipartimento UCSD di Psichiatria di San Diego e fornisce supervisione clinica a giovani psichiatri e neuropsichiatri infantili in formazione. Il Dr. Friedman è membro dell'American Psychiatric Association e dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatrists.

## Gli autori

### Ellen Frudakis

Ellen Frudakis è nata nella California del Nord ed è cresciuta nelle colline pedemontane della Contea del Nevada in California. Nel 2004 è stata una delle fondatrici della Impact Young Adults (IYA), un'organizzazione no profit in grado di provvedere ad attività sociali e sviluppo delle abilità per giovani adulti con malattia mentale. Da allora ha svolto il ruolo di vice-presidente, aiutando a costruire un'organizzazione insieme all'emergente categoria dei suoi giovani leader. Precedentemente membro del Comitato Consultivo dei Consumatori, Ellen fa parte ora del Comitato Esecutivo della International Bipolar Foundation. È stata anche insignita del prestigioso riconoscimento "Imagine" della International Bipolar Foundation.

Ellen ha conseguito la sua laurea triennale in Servizi Umani al College di Springfield nel 2005, laureandosi con lode e ottenendo il premio Student Humanics per aver rappresentato proprio i principi del suo corso di laurea. Sta attualmente frequentando una Scuola di specializzazione, adoperandosi in un Master in leadership and gestione no-profit all'Università di San Diego.

## Gli autori

### Reverendo Susan Gregg-Schroeder

Il Reverendo Susan Gregg-Schroeder della California ha fondato i Ministeri della Salute Mentale nel 2001 allo scopo di fornire attraverso i media e la stampa risorse educative per aiutare ad abbattere lo stigma della malattia mentale nelle nostre comunità religiose. La serie di DVD di Susan, Salute Mentale e Famiglie della Fede: Come le Congregazioni possono rispondere, offre otto possibili scenari su una serie di problematiche relative alla salute mentale. C'è anche a disposizione una guida (risorsa/studio) consultabile e alter risorse stampate disponibili in lingua inglese e spagnola all'indirizzo: www.MentalHealthMinistries.net. Susan condivide il suo personale viaggio con la depressione nel suo libro, "All'ombra delle ali di Dio: la Grazia nel bel mezzo della depressione". Susan lavora con diverse associazioni nazionali tra cui il comitato consultivo per il NAMI FaithNet, l'associazione americana dei consiglieri pastorali e la commissione "Directors for Pathways to Promise".

**Gli autori**

## Tom Horvath, PHD ABPP

Il dott. Horvath è abilitato in California e diplomato in psicologia clinica tramite l'American Board of Professional Psychology ed è fondatore e presidente di "Practical Recovery", un metodo di auto-responsabilizzazione per il trattamento delle dipendenze a San Diego. È stato presidente della American Psychological Association's Society of Addiction Psychology (Division 50), la più grande organizzazione mondiale di psicologi nel campo delle dipendenze. È autore di "Sesso, farmaci, gioco d'azzardo & cioccolato: Un libro di esercizi per quelli che stanno superando la dipendenza" (nominato dall'Associazione per le Terapie Cognitive e Comportamentali come "libro di auto-aiuto meritevole"). È stato presidente di SMART Recovery (un gruppo di supporto internazionale per le dipendenze, auto-responsabilizzante, no-profit, basato sulle evidenza scientifiche) per 15 dei suoi 17 anni.

## Gli autori

### Christi Huff

Christi Huff ha ricevuto una diagnosi di disturbo bipolare II nel 2005, dopo aver sofferto di disturbi alimentari e aver lottato al college contro l'anoressia, la bulimia e la depressione. Christi ha lavorato per capire la sua malattia e come gestirla cercando nei siti internet per maggiori informazioni e supporto. Oltre a lavorare come para-legale, è partner e autrice del sito "Ask A Bipolar" e blogger mensile dell'International Bipolar Foundation. Il suo scopo è scrivere per fornire supporto e aiutare gli altri. Christi vuole che gli altri sappiano che non sono soli e spera che il suo lavoro possa aiutare a vincere lo stigma.

**Gli autori**

**Tom Jensen, M.D.**

Il Dr. Jensen è uno psichiatra privato di San Diego. È specializzato in medicina generica e neuropsichiatria infantile, per gli adolescenti e gli adulti, ma è particolarmente stimato per il suo lavoro con i pazienti con disturbo bipolare. Il Dr. Jensen è il direttore medico dell'International Bipolar Foundation.

Tom Jensen si è laureato con lode presso l'UCSD con una laurea in chimica. Dopo aver preso la laurea in Medicina all'UCLA, Jensen ha conseguito la specializzazione presso la USCD seguita da una borsa di studio in neuropsichiatria infantile alla Stanford University.

Nel corso della sua carriera, il Dr. Jensen ha svolto ruoli dirigenziali, scritto numerosi articoli medici, è stato intervistato da televisioni e radio, ha parlato in oltre 100 organizzazioni, è stato presidente della San Diego Chapter of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, è stato ricercatore e professore associato e ha ricevuto numerosi premi come "l'American Psychiatric Association (APA) Distinguished Fellow" e lo "Special Presidential Commendation" dell'APA.

## Gli autori

### Wendy McNeill

Wendy McNeill è nata a Los Angeles ma si è trasferita a San Diego per frequentare l'Università della California, dove si è laureata in lettere nel 1995. Da allora, i suoi obiettivi professionali e personali sono stati quelli di educare, scrivere e promuovere la salute mentale. Attualmente, è tutor al San Diego Mesa College's Writing Center, dove ha lavorato con gli studenti per oltre 10 anni. Prima di lavorare al College, la Sig.ra McNeil era una reclutatrice e assistente clinico presso un centro di ricerca medica, il Women's Health Initiative dell'UCSD. Successivamente, ha lavorato nel marketing per il Prudential. Nel mondo no-profit, la Sig.ra McNeil ha lavorato per quattro anni come Editore capo del The Advocate, la newsletter della NAMI (National Alliance on Mental Illness). La Sig.ra McNeil ha continuato a lavorate presso la NAMI come mentore, come oratrice presso In Our Own Voice, come addestratrice per il PERT, Psychiatric Emergency Response Team con l'SDPD. Inoltre, la Sig.ra McNeil è stata nel Consiglio della NAMI per quattro anni ed è attualmente nel Consiglio della MHA (Mental Health America). La Sig.ra McNeil continua a battersi per le persone con malattie mentali nel suo blog "Wendy's Whirl'd". È stata pubblicata nelle nostre storie: le cose che abbiamo conosciuto ora e che desideriamo aver conosciuto successivamente e il Magazine bp.

**Gli autori**

**J. Anderson Thomson, Jr., M.D.**

Il Dr. Thompson è uno psichiatra abilitato presso il Counseling and Psychological Services della University of Virginia Student Health Services, oltre che un professionista privato presso Charlottesville, Virginia. Il suo lavoro con Paul Andrews sulla depressione dal punto di vista evolutivo è stata pubblicato dal New York Times Magazine nel 2010. È co-autore del libro del 2010 "Fronteggiare il disturbo bipolare: la guida dei giovani adulti per affrontare il disturbo bipolare" (New Harbinger Publications), oltre che autore del "Perché crediamo negli dei: una guida concisa alla scienza della fede" (Pitchstone Publishing, 2011).

## Gli autori

### Muffy Walker, MSN, MBA

Muffy Walker è nata e cresciuta fuori da Philadelphia, PA. Attualmente vive a Rancho Santa Fe con il marito, John C. Reed, e i suoi tre figli. Nel 1983, si è laureata con un master in scienza e psichiatria infermieristica presso l' Università della Pennsylvania. Ha lavorato nel campo della salute mentale per oltre 18 anni prima di trasferirsi in California dove ha ottenuto il suo MBA in marketing presso l'Università della California-Irvine.

La Walker ha gestito diverse aziende profit e no-profit ed è fondatrice e presidente dalla International Bipolar Foundation (IBPF). Dopo aver saputo che il figlio minore era affetto da disturbo bipolare, la Walker si è aggregata ad altre associazioni di salute mentale prima di fondare l'IBPF. Ha lavorato in molti Consigli, tra cui quelli del Children's Hospital, Kids Korps USA, NeighborHelp, ChildHelp USA, dedicando gli ultimi 10 anni della sua vita a promuovere l'educazione sulla salute mentale. Gli interessi della Walker includono viaggiare, ballare, andare a teatro e cucinare cibo tailandese.

**Gli autori**

**Lisa Weinreb, J.D.**

Lisa Weinreb è un avvocato della contea di San Diego ed è stata Pubblico Ministero per 19 anni. La Sig.ra Weinreb è Professore Associato presso la California Western School of Law, dove insegna pratica processuale, reato da impiegato, cultura e sistema della giustizia criminale, procedimento criminale avanzato. È stata anche istruttrice presso la California District Attorneys Association, la National Institute for Trial Advocacy e la National District Attorneys Association. La Sig.ra Weinreb si è laureata presso l'Università del Texas ad Austin e ha preso il dottorato in giurisprudenza presso la California Western School of Law.

È co-fondatrice e vice-presidente dell' International Bipolar Foundation.

## Cos'è il disturbo bipolare?

di Lisa Selbst Weinreb, J.D.

Il disturbo bipolare, conosciuto precedentemente come psicosi maniaco-depressiva, è una malattia del cervello che causa fluttuazioni non comuni del tono dell'umore di un individuo. Queste fluttuazioni sono molto diverse dai normali cambiamenti di umore che la maggior parte delle persone sperimenta. Coloro che soffrono di disturbo bipolare, di solito, sono affetti da forti cambiamenti di umore che possono impattare in tutti gli aspetti della loro vita, tra cui il lavoro, le relazioni, la scuola e possono comportare abuso di sostanze e tentativi di suicidio. Il disturbo bipolare è comunque trattabile e la maggior parte delle persone che riceve una diagnosi di disturbo bipolare conduce vite sane, attive e di successo.

Secondo quanto riportato dal National Institute of Mental Health. (NIMHC), ci sono 27 milioni di persone nel mondo affette da disturbo bipolare. Le cifre sono però più alte dal momento che le statistiche concernenti i bambini non vengono attualmente considerate. Il disturbo bipolare si sviluppa di solito nella tarda adolescenza e nella prima parte dell'età adulta, con molte persone che sperimentano i primi sintomi nell'infanzia. Il disturbo bipolare spesso non viene riconosciuto o non correttamente diagnosticato, causando inutili sofferenze per anni prima di essere adeguatamente diagnosticato e trattato.

**Ci sono 27 milioni di persone nel mondo affette da disturbo bipolare**

Il disturbo bipolare è una malattia che dura tutta la vita e deve essere affrontato e curato per tutta l'esistenza di una persona, proprio come ogni altra malattia cronica, come il diabete o le malattie cardiache.

### Sintomi del disturbo bipolare

Secondo il NIHM, "le persone con disturbo bipolare sperimentano stati emozionali di intensità non comune chiamati "episodi di alterazione del tono dell'umore"che avvengono in periodi ben precisi. Il NIHM descrive un episodio di alterazione del tono dell'umore come uno stato di gioia o eccitazione eccessiva o episodio maniacale e uno stato di estrema tristezza o sconforto come episodio depressivo. A volte, un episodio di alterazione del tono dell'umore include sintomi sia maniacali che depressivi, trasformandosi in uno stato misto. Le persone con disturbo bipolare possono essere esplosive e irritabili durante un episodio di alterazione del tono dell'umore.

### Cambiamenti del tono dell'umore

| Sintomi della mania o dell'episodio maniacale includono: | Sintomi depressivi o episodio depressivo includono: |
|---|---|
| • Un lungo periodo caratterizzato dal sentirsi su o un umore eccessivamente euforico; | • Un lungo periodo di preoccupazione o senso di vuoto |
| • Umore estremamente irritabile o agitazione psicomotoria; | • Perdita di interesse in attività precedentemente amate |

**Cambiamenti in ambito comportamentale**

| Sintomi della mania o dell'episodio maniacale includono: | Sintomi depressivi o episodio depressivo includono: |
|---|---|
| • Distraibilità | • Sentirsi stanchi o rallentati |
| • Pensieri ed eloquio accelerati | • Avere problemi a concentrarsi, ricordare, e prendere decisioni |
| • Aumento delle attività finalizzate, come impegnarsi in nuovi progetti | • Sentirsi agitato o irritabile |
| • Ridotto bisogno di sonno | • Modificare il mangiare, il dormire o altre abitudini |
| • Avere convinzioni irrealistiche sulle capacità di un individuo | • Pensare alla morte, al suicidio o tentare il suicidio* |
| • Agire impulsivamente e intraprendere comportamenti ad alto rischio come spendere freneticamente o avere attività sessuali impulsive | |

National Institute of Mental Healt, www.nihm.gov

* Idee di suicidio possono manifestarsi negli episodi maniacali, depressivi e misti.

## Bambini e adolescenti con disturbo bipolare

### di Rob Friedman, MD

Se siete genitori e sospettate che vostro figlio possa essere affetto da disturbo bipolare, starete senza dubbio tentando di capire quello che significa per voi, per vostro figlio e per il resto della vostra famiglia, ora e in futuro. Non tutti i bambini con oscillazioni dell'umore o collera, comunque, sono affetti da disturbo bipolare.

L'argomento del disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti è confuso nella sua interezza, anche all'interno comunità medica. È comprensibile, quindi, che anche i genitori possano essere confusi. Scetticismo e incredulità sono reazioni iniziali comuni, a volte motivatamente. D'altra parte, è importante che i genitori non permettano che le proprie paure e confusioni interferiscano con l'individuazione di un aiuto adeguato per il proprio figlio. Con così tante informazioni accessibili facilmente tramite le risorse indicate in questa guida, un po' di auto-educazione può facilitarvi nell'aiutare vostro figlio e la vostra famiglia. In questo capitolo, esamineremo perché c'è tutta questa confusione riguardo il disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti, aiuteremo a chiarire alcune questioni concernenti questa confusione e tenteremo di fornire una guida per voi e per la vostra famiglia.

**Con una guida e un trattamento adeguati, garantirete a vostro figlio la migliore possibilità di condurre una vita felice, sana, piena e di successo**

Con una corretta informazione sarete in grado di cercare e trovare l'intervento e le cure più adeguate per voi e la vostra famiglia. Con una guida e un trattamento adeguati, garantirete a vostro figlio la migliore possibilità di condurre una vita felice, sana, piena e di successo.

### Il disturbo bipolare è un disturbo del cervello

È difficile per noi pensare al nostro cervello come pensiamo a qualsiasi altro organo del nostro corpo, come cuore, pelle, pancreas o polmoni. Quando uno di questi organi non funziona a causa di una malattia, non c'è alcuna discriminazione. Se qualcuno soffre di pressione alta, amici e parenti non suggeriscono di stabilizzarla usando la mente. Se qualcuno soffre di cancro della pelle, nessuno si aspetta che il cancro sparisca con la volontà. Se qualcuno soffre di diabete, non gli suggeriamo di far sì che il cervello comandi al pancreas di regolare i livelli di glucosio nel sangue. Se qualcuno ha la polmonite, nessuno si aspetta che la mente combatta i virus o i batteri che la causano. Ci sono ovviamente cose che possono aiutare. Nel caso della pressione alta, possiamo ridurre l'apporto di sale. Nel caso del diabete, possiamo modificare la dieta, fare esercizio fisico e ridurre l'apporto di zucchero. Quando il corpo deve combattere cancro o infezioni, riposiamo in modo che l'organismo possa utilizzare le proprie risorse per curarsi.

Quando qualcuno soffre di un disturbo del cervello, invece di avere cambiamenti misurabili nella pressione sanguigna o nel livello di zuccheri nel sangue, abbiamo spesso cambiamenti più difficilmente misurabili nel pensiero, nei sentimenti e nel comportamento, spesso al di là del controllo da parte dell'individuo. Veniamo cresciuti, però, nella convinzione di avere il potere e l'abilità di controllare i nostri pensieri, i nostri sentimenti e il nostro comportamento. Quando non lo

facciamo, siamo ritenuti responsabili e ci sono delle conseguenze. Questo è ragionevole se non ci sono dei disturbi del cervello. Quando c'è un disturbo, però, ci sono cambiamenti chimici, cellulari e strutturali causati da esso che, fino a poco tempo fa, erano difficili da osservare e misurare; le persone avevano difficoltà a credere che tali cambiamenti fossero reali. La convinzione di essere in grado di controllare pensieri, sentimenti e comportamento è andata di pari passo con la mancanza di evidenze che ci fosse qualcosa di fisicamente alterato nel cervello delle persone con disturbi nei pensieri, sentimenti, o comportamenti e ha prodotto il pregiudizio e lo stigma che chi soffriva di una malattia del cervello o della mente avrebbe dovuto essere in grado di controllare i pensieri, i sentimenti e i comportamenti anormali di cui soffriva. Lo stigma è stato alimentato dalle nostre paure di non essere in grado di controllare pensieri, sentimenti e comportamento e, nel contempo, di non riuscire a distinguere un cervello normalmente funzionante da uno malato.

Durante gli ultimi due decenni però, con gli avanzamenti della tecnologia e lo sviluppo di sofisticate tecniche di neuroimaging, è possibile osservare, misurare e studiare i cambiamenti cerebrali delle persone che soffrono di disturbi mentali. Sebbene queste tecniche vengano usate nello studio dei disturbi mentali non sono ancora, nella maggior parte dei casi, disponibili per la valutazione, la diagnosi e il trattamento degli individui che soffrono di una forma di disturbo mentale o del cervello.

Dopo anni di ricerca, sebbene conosciamo relativamente poco sul funzionamento del cervello, ci sono alcune cose che abbiamo imparato sulle sue malattie, come il disturbo bipolare. Sabbiamo che nel disturbo bipolare, ci sono spesso determinanti genetiche che vengono ereditate nel DNA, che modulano la sintesi e il rilascio chimico dentro e tra le cellule cerebrali e che hanno un impatto sul suo funzionamento. A seconda di quali siano le aree del cervello colpite, ci possono essere dei cambiamenti nei pensieri, nei sentimenti e nel comportamento. Nonostante ci siano altre molecole coinvolte, alcune di queste sono chiamati "neurotrasmettitori". Alcuni neurotrasmettitori sono la serotonina, la dopamina, l'acetilcolina e la noradrenalina. Che siano determinati completamente da fattori genetici o da un'interazione tra ambiente e DNA, il risultato possono manifestarsi come modificazioni chimiche e strutturali del cervello che producono cambiamenti nel modo in cui pensiamo, sentiamo e ci comportiamo. Quando questi pensieri, sentimenti e comportamenti alterati sono riconosciuti come anormali, sono chiamati "sintomi". Quando c'è una serie di sintomi che ha un impatto negativo sul corretto funzionamento del singolo, lo chiamiamo malessere, malattia o disturbo. Nel passato, prima di trovare un nesso per correlare questi sintomi relativi ad alterazioni del pensiero e del comportamento alla struttura fisica del cervello, li attribuivamo alla "mente" e affermavamo che fossero il risultato di un "disturbo mentale". Molta della confusione e dello stigma intorno a queste malattie potrebbero essere dissipate se cominciassimo a capire cosa sono effettivamente: malattie del cervello o disturbi mentali.

**Genetica e ambiente**

Il disturbo bipolare è definito come un disturbo del cervello geneticamente determinato che porta a un'alterazione di pensieri, sentimenti e comportamento dell'individuo, non immediatamente controllabili dalla volontà o dal desiderio di controllarli. Secondo l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, studi su gemelli identici hanno dimostrato che se uno dei gemelli ha un disturbo bipolare, c'è una possibilità del 70% che anche l'altro lo manifesti. C'è una possibilità da quattro a sei volte maggiore che un

**C'è una possibilità da quattro a sei volte maggiore che un bambino sviluppi il disturbo bipolare se ha genitori o fratelli che già ne soffrono**

bambino sviluppi il disturbo bipolare se ha genitori o fratelli che già ne soffrono.

Nonostante ciò, la maggior parte dei bambini con genitori o fratelli affetti da disturbo bipolare, non lo manifestano. Un'alimentazione corretta, esercizio fisico e un riposo sufficiente, oltre a evitare situazioni di stress estremo, traumi e sostanze che possono avere un effetto tossico sul cervello come alcol e droghe, aiutano a ritardare l'insorgenza e a minimizzare l'impatto del disturbo bipolare nelle persone geneticamente vulnerabili.

È difficile criticare l'idea che le persone siano responsabili del loro comportamento. Tuttavia, se possiamo capire che il comportamento di alcuni bambini o adolescenti è il risultato di una malattia che colpisce il cervello, non per colpe loro proprie, possiamo aiutare genitori, fratelli, insegnanti, amici e medici a mantenere un atteggiamento di empatia e compassione, minimizzando le tendenze alla frustrazione, alla rabbia e al rigetto. Queste emozioni negative possono diventare parte degli stress ambientali che influenzano bambini e adolescenti affetti da disturbo bipolare e contribuiscono a determinare una prognosi sfavorevole per loro e le loro famiglia. Per mantenere quest'atteggiamento, è richiesta molta pazienza ed autocontrollo, sottolineando la necessità di auto-aiuto e supporto. È importante comprendere che raggiungere o mantenere un tale livello di serenità potrebbe non essere sempre possibile, ma è utile porlo come obiettivo ideale a cui tendere mentre si crescono e si interagisce con bambini e adolescenti affetti da disturbo bipolare.

**Diagnosticare il disturbo bipolare in bambini e adolescenti**

Come per tutte le condizioni mediche, si iniziano a comprendere le condizioni, le modalità di trattamento e cosa aspettarsi nel futuro a cominciare da una diagnosi corretta. Qui comincia la maggior parte della confusione sul disturbo bipolare in bambini e adolescenti. Trent'anni fa, il disturbo bipolare in bambini e adolescenti era una rarità. Negli ultimi dieci anni, c'è stata una crescita nella diagnosi del disturbo bipolare in bambini e adolescenti fino ad arrivare all'un per cento (circa un milione) dei bambini e degli adolescenti che negli Stati Uniti sono stati diagnosticati con disturbo bipolare (disturbi bipolari: una guida per aiutare bambini e adolescenti ad opera di Mitzi Walt). C'è una controversia sul fatto che questa stima rifletta un miglior riconoscimento del disturbo che è stato sempre presente, una iperinclusività di quello che definiamo disturbo bipolare in bambini e adolescenti o una combinazione di questi tre fattori.

Tuttavia, è difficile per un genitore sentirsi dire o accettare che il comportamento e l'umore del proprio figlio possano essere il risultato di una condizione psichiatrica grave. Come genitori, vogliamo che i nostri figli siano "normali" e ci opponiamo alla notizia che il loro comportamento possa collocarsi al di fuori di ciò che viene considerato "normale", indipendentemente dalla diagnosi. All'improvviso, le nostre speranze, i nostri sogni e i nostri desideri sono minacciati. A peggiorare la situazione, come spesso accade in medicina, più impariamo, più capiamo di non sapere. È importante che il bambino sia affiancato da un medico qualificato e aggiornato con cui sentirsi a proprio agio e di cui fidarsi.

In passato, il disturbo bipolare era chiamato "depressione maniacale" o "sindrome maniaco depressiva". Questi termini sono sinonimi ma, oggi, definiamo questa condizione come disturbo bipolare. Si pensa al disturbo bipolare quando ci sono sintomi di episodi maniacali o mania, oltre che episodi depressivi o depressione. Questi episodi possono essere moderati o gravi. Quando sono molto gravi, gli episodi depressivi o maniacali possono essere accompagnati da alterazione dell'esame di realtà, o sintomi psicotici, quali credenze illusorie o allucinazioni. Uno dei problemi nel riconoscere e diagnosticare il disturbo bipolare è che, nel tempo, una persona per un certo periodo di tempo manifesta uno stato maniacale per poi apparire normale o "eutimica" in altri

momenti. Quest'alternanza è conosciuta come disturbo bipolare di tipo I. Se l'episodio maniacale è lieve, si definisce talvolta ipomania poiché non ha oltrepassato il confine diagnostico per un episodio maniacale florido. Invece di essere diagnosticato come affetto da disturbo bipolare di tipo I, si può allora essere diagnosticati come affetti da disturbo bipolare di tipo II. Episodi di depressione moderata alternati con episodi ipomaniacali possono essere definiti "ciclotimia". In presenza di sintomi suggestivi di un disturbo bipolare ma che non soddisfano i criteri per nessuno dei sottotipi elencati, il disturbo può essere definito come disturbo bipolare non altrimenti specificato.

Per aggiungere ulteriore confusione, questi cambiamenti di umore possono durare per settimane e mesi, ma ne contempo manifestarsi anche con una frequenza maggiore, come accade nei disturbi bipolari "a cicli rapidi". Quando i cambiamenti di umore avvengono molto frequentemente, più volte al giorno per più giorni di fila, si parla di disturbo bipolare "a cicli ultra rapidi". Come se non fosse abbastanza, a volte le persone possono essere affetti sia da stati maniacali che depressivi presenti allo stesso tempo. In questo caso si parla di episodio misto del disturbo bipolare.

Per chiarire parzialmente questa confusione, sembra esista una traiettoria di sviluppo dei sintomi del disturbo bipolare dall'infanzia all'età adulta. Nella prima infanzia è più comune avere stati misti e sintomi tipici dei cicli ultra-rapidi. Quando i bambini crescono è più probabile che il pattern si sposti verso il sottotipo caratterizzato dai cicli rapidi. Spostandosi dalla tarda infanzia verso la prima adolescenza, è più probabile che si verifichi una separazione degli stati misti verso i più classici episodi maniacali e depressivi dell'ipomania o della mania alternati a umore normale ed episodi depressivi, schema che continua ad essere più comune nell'età adulta.

Diamo uno sguardo più approfondito ai sintomi degli episodi maniacali e depressivi.

**I sintomi della mania o degli episodi maniacali includono:**

- Un umore elevato, espansivo, troppo gioioso, troppo superficiale, o irritabile;
- Ridotto bisogno di sonno;
- Accelerazione ideica;
- Eloquio accelerato;
- Autostima ipertrofica o grandiosità;
- Eccessivo coinvolgimento in attività piacevoli ma rischiose;
- Aumentata attività ed energia fisica o mentale;
- Un aumento delle idee o dell'interesse sessuale;
- Diminuzione della capacità di concentrarsi e rimanere concentrati.

**I sintomi della depressione o degli episodi depressivi includono:**

- Frequente tristezza, pianto o persistente irritabilità;
- Diminuzione dell'interesse nelle attività solitamente interessanti o incapacità di goderne;

- Senso di noia, sconforto, senso di inutilità o non appropriatezza;
- Diminuzione dell'energia;
- Isolamento sociale e ritiro dagli altri;
- Elevata sensibilità verso fallimenti e rifiuti reali o percepiti;
- Bassa autostima, rabbia e ostilità;
- Problemi di concentrazione;
- Scarso rendimento scolastico;
- Modifiche nelle abitudini alimentari con aumento o diminuzione di peso;
- Cambiamenti nelle abitudini legate al sonno, con aumento o diminuzione della durata del sonno, mal di testa, mal di stomaco o altri problemi fisici.
- Pensieri di morte e/o suicidio

Per diagnosticare accuratamente il disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti, bisogna tener conto di tutte le informazioni menzionate, contestualizzandole e misurando intensità, durata e frequenza dei sintomi. È importante distinguere se i comportamenti e gli umori che vengono riportati e sperimentati rientrano nel range della normalità o travalicano il confine dell'anormalità. Anche condizioni mediche ed effetti collaterali che possono imitare i sintomi del disturbo bipolare devono essere considerate. Anche altri disturbi psichiatrici, abuso di alcol e sostanze possono essere caratterizzati da sintomi che possono essere confusi o concorrere con quelli del disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti.

Molti dei sintomi dell'ADHD, un altro disturbo comune nell'infanzia, si sovrappongono ai sintomi del disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti. Impulsività, iperattività e distraibilità sono i sintomi dell'ADHD che possono essere presenti anche nel disturbo bipolare. L'irritabilità, oltre a un carattere oppositivo e di sfida, è comunemente presente nei bambini con ADHD o disturbo bipolare. È utile sapere che l'euforia, la grandiosità, il ridotto bisogno di sonno e l'aumentato interesse sessuale sono fortemente indicativi di disturbo bipolare e non sono generalmente parte dell'ADHD. Un altro indizio è che i sintomi dell'ADHD sono sempre presenti, mentre i sintomi di disattenzione, distraibilità, iperattività e impulsività, se presenti nel disturbo bipolare, tendono a fluttuare così come sono fluttuanti gli episodi maniacali e depressivi. In ogni caso, visto che l'85% dei casi bambini e adolescenti affetti da disturbo bipolare soffrono anche di ADHD, la distinzione non è sempre d'aiuto.

Un altro dilemma che causa confusione in termini di diagnosi comprende l'uso di droghe e alcol, specialmente negli adolescenti. A volte, gli effetti di droghe e alcol possono imitare i sintomi degli episodi maniacali o depressivi del disturbo bipolare. Altre volte, gli adolescenti nel mezzo di un episodio maniacale o depressivo possono sperimentare sostanze e alcol, aggiungendo un altro livello di complessità alla difficoltà di diagnosticare accuratamente di disturbo bipolare in adolescenti e giovani adulti. Una cosa è chiara. L'uso di droghe e alcol in presenza di disturbo bipolare deve essere proibito. Non solo complica il quadro diagnostico, ma il loro utilizzo getta ulteriore benzina sul fuoco di un cervello debilitato da una grave malattia, acuendo e peggiorando

sintomi e prognosi. Disturbi d'ansia, disturbo depressivo maggiore, schizofrenia, disordini dello spettro autistico, disturbo da stress post-traumatico e ADHD sono alcune delle condizioni psichiatriche che possono essere confuse e manifestarsi insieme al disturbo bipolare in bambini ed adolescenti.

Punti essenziali di una diagnosi corretta e accurata sono una valutazione approfondita e completa, che comprenda un esame fisico, esami ematochimici e ricerca di sostanze, un'anamnesi completa, la storia farmacologica, un'analisi psicologica e comportamentale del comportamento a casa, a scuola e nella comunità di appartenenza, con particolare attenzione alle oscillazioni del tono dell'umore, del comportamento, dei sentimenti, della performance, del sonno, dell'appetito, delle energia e del livello di attività. Si dimostrerà d'aiuto intervistare il bambino e i suoi genitori, sfruttando input collaterali di amici, insegnanti e parenti.

Infine, se le sfide diagnostiche summenzionate non fossero sufficienti, la diagnosi di disturbo bipolare in bambini e adolescenti, non è priva di ulteriori controversie. Come già detto, nell'ultimo decennio, c'è stato un grande aumento delle diagnosi di disturbo bipolare in età infantile. Mentre alcuni genitori si oppongano al fatto che i propri figli possano essere affetti da disturbo bipolare, altri possono così spiegarsi i comportamenti dei propri figli, sebbene tali comportamenti possano più avere a che fare con problemi comportamentali e genitoriali che con il disturbo bipolare. Altri bambini ancora possono essere diagnosticati come affetti da disturbo bipolare perché c'è presenza di collera e scatti di rabbia, oltre a comportamenti distruttivi che richiedono un intervento, ma non c'è una categoria diagnostica che meglio riesca a categorizzare questi sintomi. I ricercatori hanno recentemente cominciato a esaminare il sottoinsieme di bambini che potrebbero essere diagnosticati con disturbo bipolare senza avere episodi di mania e depressione conclamati. Alcuni di questi bambini avranno cicli rapidi o ultrarapidi, mentre altri possono presentarsi differentemente. Ci sono bambini che presentano una irritabilità grave e continua, oltre a una bassa tolleranza alla frustrazione, che porta a gravi scatti emozionali non adeguati alla loro età che possono essere accompagnati da sintomi di tristezza, ansia, distraibilità, difficoltà di concentrazione, insonnia e agitazione.

Questi bambini possono avere una differente traiettoria di sviluppo della malattia rispetto a quelli con disturbo bipolare dal decorso classico. Una volta raggiunta l'età adulta, possono essere a rischio di manifestare un disturbo d'ansia e depressione e non un disturbo bipolare. Potrebbe nascere una nuova entità diagnostica denominata disturbo da disregolazione distruttiva dell'umore. Indipendentemente dalla diagnosi, i bambini che manifestano questi sintomi, come i loro genitori, fratelli e tutti quelli intorno a loro, possono soffrire molto, e gli impedimenti possono essere gravi.

**Nel caso si scopra che il bambino è veramente affetto da disturbo bipolare, è importante che sia curato adeguatamente**

Sono chiaramente necessari una migliore comprensione di questi bambini, un intervento efficace e trattamenti in grado di alleviare i sintomi. Ricapitolando, non tutti coloro che hanno delle oscillazioni dell'umore soffrono di disturbo bipolare.

Sebbene sia difficile, la questione può essere chiarita da una visita approfondita fatta da un medico

**Ci sono trattamenti molto efficaci che possono migliorare o controllare i sintomi e permettere al bambino di condurre una vita produttiva e soddisfacente**

qualificato in modo tale da chiarificare e stabilire una diagnosi corretta che porti a un intervento e un trattamento appropriati.

Nel caso si scopra che il bambino è veramente affetto da disturbo bipolare, è importante che sia curato adeguatamente. Un disturbo bipolare non trattato o trattato parzialmente può avere conseguenze gravissime. Ci sono trattamenti molto efficaci che possono migliorare o controllare i sintomi e permettere al bambino di condurre una vita produttiva e soddisfacente.

**Corso e decorso dei bambini e degli adolescenti con disturbo bipolare**

Si stanno portando avanti nuovi studi sul disturbo bipolare in bambini e adolescenti e, al tempo stesso, si stanno apprendendo nuove informazioni. Nel 2005, gli studi suggerivano che una percentuale compresa tra il 40% e il 100% dei bambini e degli adolescenti colpiti da un episodio maniacale, sarebbero andati incontro a remissione nell'arco di due anni. In base a quanto affermato dal Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, tra coloro che non andavano incontro a remissione però fino al 60-70% avrebbero avuto una possibilità di avere una ricaduta entro 10-12 mesi (Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 44, Issue 9, pagine 846-871). Molti di questi giovani inoltre sperimenteranno frequenti oscillazioni del tono dell'umore, più spesso con episodi depressivi o misti, regolarmente, oltre agli episodi ricorrenti. I fattori associati a un decorso peggiore nel tempo includono un'insorgenza in giovane età, una lunga durata della malattia, episodi misti, rapidi cicli, presenza di sintomi psicotici, mancanza di trattamento e scarsa aderenza alle cure prescritte. Il 20-25% circa di quelli con disturbo bipolare non altrimenti specificato o disturbo bipolare di tipo II hanno maggiore probabilità di manifestare il tipo I in età adulta. Molti di questi giovani sperimentano tra gli episodi quelli che vengono denominati sintomi "subsindromici" del disturbo bipolare, sintomi di alterazione del tono dell'umore, o del comportamento oltre ciò che viene considerato normale anche se non sufficientemente gravi per dar vita a un episodio conclamato. Nel 30% delle volte, sarà più frequente che le oscillazioni complete del tono dell'umore tra mania e depressione si manifestino una volta o meno nell'arco di un anno tra i bambini e gli adolescenti, mentre nel 50% dei casi sarà più frequente che le oscillazioni del tono dell'umore si manifestino per più di cinque volte l'anno. Il 40% delle volte il cambiamento avverrà 10 volte l'anno e nel 24% dei casi più di 20 volte l'anno. ("Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents with Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study, American Journal of Psychiatry, Volume 166, pag.795-804).

Il disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti può essere meglio compreso come caratterizzato dall'alternanza di episodi maniacali e depressivi, mentre tra gli episodi sono comuni i sintomi depressivi, misti e i rapidi cicli. La sfida per genitori e medici è essere in grado di distinguere bambini con fisiologici cambiamenti del tono dell'umore da bambini con sintomi che richiedono un trattamento.

**Sebbene non sia facile, si tratta di un compito difficile poiché ogni anno di mancato trattamento rende più difficile un recupero completo in età adulta**

Sebbene non sia facile, si tratta di un compito difficile poiché ogni anno di mancato trattamento rende più difficile un recupero completo in età adulta. Senza trattamento, molti bambini cresceranno fino a diventare adulti affetti da disturbo bipolare.

Senza trattamento, il disturbo può peggiorare il rendimento scolastico e lavorativo, le relazioni interpersonali, la salute fisica nell'arco della vita, oltre che determinare scompiglio su famiglie, persone amate e amici. Non c'è da stupirsi se molte persone affette da disturbo bipolare finiscano in prigione. Il disturbo bipolare può portare a morte prematura a causa di comportamenti ad alto rischio, quali l'uso di sostanze e alcol, oltre che per incidenti, suicidio e complicazioni mediche dovute a una salute fisica scadente. Una persona su quattro affetta da disturbo bipolare proverà a suicidarsi, a volte causandosi ferite debilitanti, mentre una su dieci riuscirà realmente a suicidarsi.

**Trattamento dei bambini e degli adolescenti con disturbo bipolare**

Molte forme di psicoterapia, o "talk" therapy, che prendono in considerazione il bambino o l'adolescente e i suoi genitori e i suoi familiari, sono preziose e importanti. È fondamentale che tutti all'interno della famiglia siano educati sul disturbo bipolare e che si tengano aggiornati sugli sviluppi e le nuove scoperte, visto che la ricerca è in continua evoluzione in tutti i paesi del mondo. Informative e guide per i parenti sono essenziali. Bisogna ricordare che, sebbene il bambino possa sembrare in grado di controllare il suo comportamento, molti dei suoi comportamenti sono il risultato di una malattia del cervello su cui non ha alcun controllo. Il bambino può arrivare giàa biasimare se stesso per la difficoltà a controllarsi. Uno dei fattori che potrebbe avere conseguenze negative nello sviluppo è lo sperimentare rabbia, frustrazione, disappunto o rifiuto da parte di chi gli è vicino. Sebbene sia ragionevole aspettarsi che i familiari provino questi sentimenti, è possibile modularli in maniera positiva e d'aiuto attraverso terapisti e consulenti professionisti.

Anche se nessun genitore vorrebbe mai sentirlo, le medicine sono il trattamento principale per stabilizzare l'umore di bambini e adolescenti con disturbo bipolare. Ci sono numerose medicine approvate dalla Food and Drug Administration per il trattamento del disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti. Queste includono il litio, gli antipsicotici di seconda generazione, Risperdal, Abilify, Seroquel e Zyprexa. È importante tenere a mente che molte medicine usate per curare le malattie dell'infanzia possono essere tuttavia approvate per curare gli adulti ma non i bambini. Ci sono altri medicinali che sono stati o vengono usati per curare il disturbo bipolare nei bambini con diversi livelli di successo: anticonvulsivi, Depakote, Tegretol, Trileptal, Topamax, Neurontin e Lamictal, oltre ad altri antipsicotici di seconda generazione come Geodon e Clozaril. Alcuni di questi farmaci vengono utilizzati da soli o in combinazione, a seconda delle circostanze.

L'utilizzo di farmaci antidepressivi quali Prozac, Paxil, Zoloft, Celexa e Lexapro può essere utile per curare i sintomi depressivi ma può essere rischioso se usato nel tentativo di curare i sintomi depressivi nel contesto del disturbo bipolare. Attivazione, disinibizione, scatenarsi di un episodio maniacale e peggioramento dei sintomi di alterazione del tono dell'umore sono eventi comuni. Se queste medicine vengono utilizzate sono necessari cautela e stretto monitoraggio (guarda la sezione sul trattamento).

Non è raro che il disturbo bipolare si presenti insieme ad altri disturbi psichiatrici come ADHD e disturbi d'ansia; in tal caso, si deve ricorrere a una terapia combinata. Il trattamento può essere una sfida visto che i sintomi di uno dei disturbi possono peggiorare se si prova a curare il disturbo associato utilizzando i farmaci.

Ogni farmaco o combinazione di farmaci ha dei pro e dei contro, vantaggi e svantaggi, rischi e benefici. Farmaci differenti possono essere adatti in circostanze e tempi diversi. Ognuno può avere effetti indesiderati in aree cerebrali o parti del corpo diverse e può causare effetti indesiderati. Questi effetti collaterali possono configurarsi come lievi noie temporanee o problemi permanenti. Il fatto che ci sia la possibilità di avere un effetto collaterale non vuol dire che tale possibilità si manifesti. Occorre tener presente che ci sono gravi rischi potenziali anche se non si usano farmaci per il trattamento del disturbo bipolare. Acquisire informazioni riguardo alle medicine e discutere le diverse opzioni di trattamento e le alternative con lo psichiatra o il neuropsichiatra infantile in cui si ha fiducia sono i primi passi. Nel caso vengano prescritte delle medicine, è essenziale sottoporsi a visite di *follow up* regolari con il bambino per tenere sotto controllo i sintomi e la risposta al trattamento, oltre che a verificare eventuali effetti collaterali.

**La conoscenza è potere**

Può non essere ovvio, ma i bambini e gli adolescenti possono essere spaventati dalle oscillazioni del tono dell'umore e dalla mancanza di controllo rispetto a come si sentono. Anche se difficile, è importante che i genitori mantengano il loro ruolo di adulti, rimanendo calmi in situazioni sconvolgenti e reagendo in maniera congrua e razionale. Questo può avere un grande impatto e aumentare le possibilità di esito positivo per il bambino e la famiglia. Il bambino ha bisogno di contare su di voi per fare le scelte giuste nel passaggio dall'infanzia all'età adulta. Apprendete quanto possibile da fonti affidabili e prendete le decisioni migliori per la salute e il futuro del vostro bambino.

**Bibliografia:**

Hamrin, V. and DeSanto Iennaco, Psychopharmacology of Pediatric Bipolar

Disorder, Expert Review of Neurotherapeutics;10 (7): 1053-1088 (2010).

Pavuluri, Mani N., Birmaher, Boris, Naylor, Michael W., Pediatric Bipolar Disorder:

A Review of the Past 10 Years, Journal of the American Academy of Child and

Adolescent Psychiatry, Volume 44, Issue 9, Pages 846-871, September, 2005.

Birmaher, Boris, MD, Axelson, David, MD, Goldstein, Benjamin, MD, Strober,

Micael, Ph.D., et. al, Four-Year Longitudinal Course of Childhood and

Adolescents with Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of

Bipolar Youth (COBY) Study, American Journal of Psychiatry, 166: 795-804 (2009).

Kowatch, MD, PhD, Monroe, CNS, Erin, Delgado,MD, Sergio, Not All Mood

Swings Are Bipolar Disorder, Current Psychiatry, Vol. 10, No. 2, February, 2011.

www.nimh.nih.gov

www.aacap.org

**Trattamento farmacologico del disordine bipolare**

**di Tom Jensen M.D.**

Le medicine sono le fondamenta per pianificare un trattamento efficace degli individui affetti da disturbo bipolare. Sebbene non siano sufficienti come unica opzione di trattamento, è difficile che gli altri trattamenti siano efficaci se il paziente si trova ad affrontare costantemente oscillazioni del tono dell'umore, episodi maniacali, depressivi, misti o da grave ansia. Questo capitolo non vuole essere una guida alla prescrizione ma, piuttosto, descrivere i principi generali del trattamento farmacologico e informare l'utente delle problematiche più rilevanti relative ad ogni medicina che i pazienti o i familiari potrebbero trovarsi a sopportare.

**Le medicine sono le fondamenta per pianificare un trattamento efficace degli individui affetti da disturbo bipolare**

Visto che molti utenti sono più familiari con i nomi commerciali, ho deciso di usare questi nel testo, aggiungendo anche una tabella che mostra il nome generico del farmaco. Inoltre, non mi sono limitato a commentare l'indicazione approvato dalla FDA per ogni medicina, perché indica solo che il produttore ha finanziato e prodotto studi che dimostrano l'efficacia in determinate condizioni; quali produttori cerchino l'approvazione dell'FDA è una questione più commerciale che medica. Finanziare studi per una specifica indicazione della FDA è costoso e viene fatto principalmente per le nuove medicine. Che l'FDA non abbia dato la sua approvazione per un uso specifico, non vuol dire assolutamente che il farmaco non è efficace in quel caso, ma semplicemente che il produttore non ha finanziato studi per approvare quell'utilizzo. Capita che farmaci senza approvazione siano praticamente gli stessi di altri che sono stati approvati. Per esempio, il Seroquel XR ha avuto l'approvazione per la depressione bipolare. Questo è successo quando il brevetto del Seroquel stava per scadere e, di conseguenza, sarebbe stata disponibile una versione generica. Il produttore creò una versione a rilascio lento chiamata XR e finanziò uno studio per la depressione bipolare. Con quello studio in mano, il Seroquel XR può immesso sul mercato con l'indicazione per la depressione bipolare ma il Seroquel, lo stesso farmaco a rilascio immediato, no.

Discuterò in questo capitolo gli effetti collaterali più comuni; detto ciò, è impossibile che un capitolo di questo tipo elenchi tutti gli effetti collaterali per ogni medicina. Mi sono concentrato sui più comuni e più gravi. Come regola generale, tutti i medicinali di cui parleremo possono causare nausea, vomito, mal di testa, reazioni allergiche, sonnolenza o mancanza di sonno. Questi effetti collaterali non verranno elencati.

Per quanto riguarda le interazioni, non possiamo analizzarle tutte in questo capitolo. Suggerisco a utenti e famiglie di usare un programma al computer di interazione tra farmaci ogni volta che si aggiunge un farmaco, sia di tipo psichiatrico, da banco o di tipo antibiotico. Ce ne sono molti online. Quello su www.drugs.com sembra molto facile da usare, quindi lo consiglio. Se non ci sono computer disponibili, discutete dei farmaci con il vostro medico o farmacista.

Per discutere e comprendere il trattamento farmacologico del disturbo bipolare, bisogna capire i diversi episodi di alterazione del tono dell'umore, o fasi della malattia. Per anni, ho spiegato ai miei pazienti che il disturbo avrebbe dovuto chiamarsi "quadripolare", perché ci sono quattro stati di alterazione del tono dell'umore nelle persone malate. Lo stato che vogliamo mantenere più a lungo è quello eutimico, dal latino "vero umore", o normale. Una condizione di umore normale e costante

è auspicabile ed è importante registrare anche il tempo trascorso dal paziente in questo stato, non solo in quelli alterati.

Per cominciare, diamo un'occhiata alle diverse categorie di disturbo bipolare e a come viene definito ciascun episodio di alterazione del tono dell'umore. Ci sono quattro tipi di disturbo bipolare descritti nel DSM IV. Li descriverò sotto, ma bisogna sottolineare che ci sono evidenze genetiche forti che queste distinzioni sono artificiali e che, in effetti, si parla dello spettro di una singola malattia.

Il disturbo bipolare di tipo I è caratterizzato da uno o più episodi maniacali. Per rientrare in questa categoria non è richiesto un episodio depressivo o ipomaniacale che spesso però si verifica.

Il disturbo bipolare di tipo II è caratterizzato dall'assenza di episodi maniacali, ma dalla presenza di episodi ipomaniacali e da almeno un grave episodio depressivo. Le ipomanie sono delle manie che non causano compromissione significativa, ma questa distinzione è abbastanza labile nella vita reale.

Il disturbo ciclotimico è caratterizzato da una storia di una o più ipomanie e periodi di depressione che non soddisfano i criteri per il disturbo depressivo maggiore.

Il disturbo bipolare non altrimenti specificato è una categoria non ben definita che, include essenzialmente quanti non rientrano pienamente nelle categorie sopracitate.

Sebbene non rappresenti una categoria diagnostica, possiamo includere anche il bipolare di tipo III. Questo si riferirebbe a persone che hanno riportato manie indotte da farmaci (per esempio, antidepressivi).

I rapidi cicli vengono presi in considerazione quando ci sono quattro o più episodi in un anno.

Un episodio maniacale è definito come un periodo di umore euforico, espansivo o irritabile che dura almeno una settimana, a cui si aggiungono tre o più di questi sintomi:

- Autostima ipertrofica o grandiosità;
- Sonno ridotto;
- Eloquio accelerato;
- Fuga delle idee;
- Distraibilità;
- Aumentato coinvolgimento in attività finalizzate;
- Agitazione fisica (o psicomotoria)
- Eccessivo coinvolgimento in attività con conseguenze probabilmente dannose.

Nel caso in cui l'umore sia semplicemente irritabile, sono richiesti quattro sintomi invece che tre.

L'episodio ipomaniacale è simile alla mania, ma meno grave e senza compromissione significativa nella vita.

Un episodio grave di depressione è un periodo di due o più settimane di umore depresso o irritabile associato ad almeno cinque di questi sintomi:

- Disturbi del sonno;
- Perdita di interesse nelle attività abituali;
- Pensieri di colpa o negativi;
- Perdita di energia; scarsa concentrazione;
- Cambiamento nell'appetito;
- Attività fisica rallentata anche denominata "rallentamento psicomotorio";
- Perdita della libido.

Per essere riconosciuti come tali, i sintomi devono essere abbastanza gravi da causare una compromissione del funzionamento.

Uno stato misto è una condizione ibrida che mostra caratteristiche di mania e depressione insieme. Per esempio, si può avere l'umore depresso irritabile della depressione ma fortemente amplificato da accelerazione ideica ed elevata energia della mania. Quello che è importante sapere è che questa è probabilmente la meno piacevole tra le esperienze psicologiche sperimentabili. Spesso non viene riconosciuta come tale e una persona viene definita intollerabilmente irritante senza comprendere che il problema è proprio l'irritabilità. Il livello di agitazione e irritazione è spesso straordinario e associato con rilevanti idee di suicidio. Penso che la maggior parte dei suicidi in pazienti bipolari avvenga in uno stato misto e che trattarlo adeguatamente possa prevenire l'esito più grave della malattia: il suicidio. Gli antidepressivi hanno una tendenza a indurre o peggiorare gli stati misti. Alcuni medici credono che è comune suicidarsi dopo poche settimane dall'assunzione di antidepressivi. I criteri ufficiali del DSM prevedono che il paziente abbia sintomi di depressione e mania contemporaneamente. Una definizione più precisa impone confini molto stretti e, secondo me, non permette di rendersi conto che fenomeni depressivi con elementi di mania o manie con elementi depressivi sono molto comuni. Questo stato è spesso sottostimato da medici e pazienti. Non riconoscerlo può portare a un trattamento errato in grado di peggiorare lo stato misto.

I pazienti tipici si presentano inizialmente per un trattamento delle fasi maniacali, depressive o miste della malattia, sebbene alcuni di loro cerchino una cura in una fase di umore stabile (eutimia). I risultati ottimali sono ottenuti stabilendo delle priorità terapeutiche e introducendo i farmaci in base a queste priorità. Il paziente con mania acuta deve essere rapidamente condotto in una fase di stabilità o, almeno, lievemente ipomaniacale, in modo che non intraprenda comportamenti pericolosi o prenda decisioni potenzialmente distruttive. I pazienti in stato di estrema irritabilità devono essere stabilizzati rapidamente in modo che non esprimano la propria rabbia in maniera inappropriata o che tentino il suicidio. I pazienti depressi devono curare la propria depressione senza che gli antidepressivi inneschino uno stato maniacale o misto.

Nella mia esperienza, il trattamento per la maggior parte dei pazienti bipolari si raggiunge in quattro fasi:

1. Rapida stabilizzazione dello stato maniacale o misto per evitare conseguenze, anche a lungo termine, dovute a comportamenti pericolosi;

2. Introduzioni di agenti in grado di tamponare i cambiamenti del tono dell'umore e ridurne la frequenza, piuttosto che provvedere ad una repressione acuta dei sintomi dello stato maniacale o misto;

3. Trattamento della depressione residuale se si è oltre la fase 1 e 2;

4. Trattamento delle condizioni coesistenti (più comunemente ansia o ADHD).

Prima di discutere come portare avanti questo trattamento in quattro fasi, è importante discutere le tipologie dei farmaci, i loro vantaggi e svantaggi. Non essendoci un farmaco adatto a tutto, siamo tenuti a fare continuamente delle scelte per soppesare rischi, benefici, effetti collaterali e possibilità di successo nei diversi stati di alterazione del tono dell'umore. Non esiste una medicina senza effetti collaterali o priva di rischi. Ad ogni modo, visti gli effetti devastanti di un disturbo bipolare non trattato, la decisione di non curarlo può avere risultati assolutamente sfavorevoli. Può sembrare che in questa malattia un ciclo si sussegua all'altro e il fallimento nella stabilizzazione dell'umore sia associato con il peggioramento della malattia nel tempo. È drammatico vedere individui con malattie trattabili che si oppongono così fortemente ai farmaci per evitare effetti collaterali e che poi peggiorano progressivamente nel corso degli anni.

Un altro fondamento importante è che, salvo controindicazioni, i farmaci dovrebbero essere introdotti singolarmente, adattati con cura per ottimizzarne gli effetti e lasciati agire per un po' di tempo prima di aggiungere ulteriori farmaci. Il motivo è semplice. Se un medico aggiunge più farmaci velocemente, non riesce a comprendere quale stia funzionando e quale stia producendo effetti collaterali.

Le classi di farmaci che analizzeremo sono: stabilizzatori dell'umore antipsicotici, stabilizzatori dell'umore, farmaci per trattare la fasi depressive, farmaci ansiolitici, farmaci per l'ADHD.

Non credo che il farmaco di ultima generazione sia necessariamente il migliore. Quando un nuovo farmaco ottiene l'approvazione per un qualsiasi disturbo, è importante per il produttore pubblicizzarla. Vengono organizzate campagne pubblicitarie per aumentarne la diffusione. I rappresentanti hanno la tendenza ad amplificare i vantaggi e dimenticano un problema fondamentale: l'approvazione della FDA non avviene attraverso il confronto del prodotto con quelli esistenti, ma solo con un placebo. Che il nuovo prodotto sia superiore a quelli preesistenti, è soltanto una congettura. Inoltre, gli effetti collaterali a lungo termine o a frequenza ridotta non saranno notati se non dopo molti anni. Come regola generale, suggerisco quindi di usare prima farmaci già introdotti sul mercato da tempo, a meno che non ci sia una ragione di usare immediatamente i farmaci di nuova generazione in un dato paziente.

Ho scelto di separare gli stabilizzatori dell'umore antipsicotici dagli altri stabilizzatori dell'umore perché hanno caratteristiche, vantaggi e svantaggi diversi dagli stabilizzatori tradizionali. Gli stabilizzatori dell'umore antipsicotici sono indicati per le manie acute o stati misti, forme gravi che minacciano la sicurezza del pazienze o lo pongono a rischio di ospedalizzazione. I loro vantaggi includono la rapida somministrazione e il rapido aggiustamento dei dosaggi che permettono di controllare stati acuti di mania o stati misti in un periodo che va dalle 24 alle 72 ore, seppur pagando il prezzo di noiosi effetti collaterali. Questi effetti rapidi non sono sovrapponibili a quelli di nessun altro stabilizzatore dell'umore. Prima dell'avvento degli stabilizzatori dell'umore antipsicotici, un paziente con manie acute era ospedalizzato per molte settimane allo scopo di permettere che gli stabilizzatori tradizionali svolgessero la loro lenta azione. Un altro vantaggio deriva dalla somministrazione in pazienti colpiti da allucinazioni, paranoia, illusioni o altri sintomi

che impediscono loro di distinguere ciò che è reale da ciò che non lo è. Gli stabilizzatori dell'umore antipsicotici rappresentano il modo migliore per trattare questi sintomi psicotici.

In ogni caso, gli stabilizzatori dell'umore antipsicotici hanno anche degli svantaggi. Con l'eccezione di Abilify e Saphris, i farmaci di questa classe inducono aumento di peso, cosa che possono fare anche Abilify e Saphris. L'aumento di peso può essere sostenuto e portare a obesità e diabete di tipo II. Molti farmaci di questa classe hanno proprietà fortemente sedative. Questo può essere un vantaggio per sedare il paziente maniacale e interrompere la mania, ma uno svantaggio quando può manifestarsi sedazione diurna indesiderata. Un altro svantaggio è che, rispetto agli stabilizzatori tradizionali, non c'è alcuna evidenza che gli stabilizzatori dell'umore antipsicotici agiscano aumentando l'intervallo temporale tra i cicli, migliorando così la prospettiva a lungo termine della malattia. È un punto controverso, ma nella mia esperienza ventennale con migliaia di pazienti bipolari, sono arrivato alla conclusione che gli stabilizzatori dell'umore antipsicotici mancano di questa importante caratteristica.

Due effetti collaterali importanti degli antipsicotici sono gli EPS e l'acatisia. EPS sta per effetti collaterali extrapiramidali. Gli EPS determinano una rigidità muscolare reversibile. Se colpiscono i muscoli facciali, determinano facies amimica associata a morbo di Parkinson. Se colpiscono il collo, questo può bloccarsi da un lato finché gli effetti del farmaco non svaniscono. Spesso, soprattutto nei bambini, gli EPS possono interessare gli occhi, determinando crisi oculogire facendoli rigirare e questo, a volte, viene scambiato per una crisi epilettica. Questo effetto collaterale può essere facilmente superato utilizzando un farmaco con proprietà asciuganti o anticolinergiche come il Benadryl o il Cogentin; il vostro medico dovrebbe discutere su cosa fare nel caso manifestiate questi effetti collaterali a seguito di una prescrizione di antipsicotici.

Un effetto collaterale più subdolo e spesso non riconosciuto è l'acatisia. L'acatasia può essere definita come un sensazione di impossibilità a stare fermi: può essere caratterizzata fisicamente dall'incapacità di restare fermo o da una continua agitazione. Può anche essere mentale e caratterizzato da inquietudine, agitazione, sconforto o scatti d'ira. Se si esprime principalmente come inquietudine mentale, può essere scambiata con il peggioramento di una mania o con uno stato misto. È necessario interrogare attentamente il paziente per distinguere le due condizioni; nel caso non si riesca a distinguere, si può utilizzare un dosaggio di prova di un farmaco per trattare l'acatasia. La ragione per la quale abbiamo bisogno di parlare scrupolosamente con il paziente è che la risposta al peggioramento di un'ipomania o di uno stato misto è di solito l'aumento del dosaggio di un antipsicotico inefficace per l'acatisia che, di solito, si cura utilizzando un anticolinergico o farmaci ansiolitici come benzodiazepine (Ativan o Klonopin). Inoltre, le medicine che stimolano la dopamina (amantadina) possono essere usate per l'acatisia, nel caso questa sia cronica e non ad insorgenza cronica.

Infine, gli stabilizzatori dell'umore antipsicotici hanno due gravi, sebbene rari, effetti collaterali. Possono causare discinesia tardiva, movimenti involontari che di solito coinvolgono bocca, labbra o lingua, anche se possono interessare anche altre parti. Le discinesie tardive cominciano di solito con movimenti agitati della lingua, schiocchi di labbra e movimenti di collo, spalle e parti restanti del corpo. Nel caso di cure a lungo termine, bisogna monitorare gli effetti collaterali di questi farmaci.

Un altro effetto collaterale secondario, ma molto grave, è la sindrome maligna da neurolettico NMS. La NMS è un'emergenza medica per cui si rischia la vita. È caratterizzata da un pericoloso aumento della temperatura corporea e simultaneamente irrigidimento dei muscoli (questo può contribuire all'innalzamento della temperatura), sebbene la maggior parte del calore sia dovuto a un malfunzionamento del sistema di regolazione della temperatura del cervello. La prolungata contrazione muscolare può condurre alla rottura delle cellule muscolari con conseguente rilascio di

proteine chiamate enzimi muscolari nel sangue. In quantità sufficienti, questi enzimi possono accumularsi nei glomeruli renali e portare a insufficienza renale. Il paziente diventa confuso e la pressione sanguigna altalenante. Non bisogna interpretare questo effetto collaterale come una ragione valida per evitare gli antipsicotici, poiché la NMS è estremamente rara. Non esistono stime precise, ma la maggior parte delle evidenze concorda nell'indicare intorno allo 0,2% l'incidenza di questo effetto collaterale nei soggetti trattati con antipsicotici. Questa stima comprende anche i pazienti che utilizzano antipsicotici di vecchia generazione che al momento, non vengono più utilizzati. Queste vecchie medicine avevano più possibilità di causare NMS. L'NMS dovrebbe essere curata immediatamente nel pronto soccorso dell'ospedale più vicino.

Cos'è che rende un farmaco antipsicotico? La risposta è lineare e al contempo complessa. Una delle prime ipotesi che prendeva in considerazione sia i neurotrasmettitori che i disturbi mentali era l'ipotesi dopaminergica". Secondo questa ipotesi, che ha resistito alla prova del tempo, i sintomi psicotici sono dovuti a un eccesso di attività di un neurotrasmettitore chiamato dopamina. L'ipotesi è stata rafforzata dal fatto che i farmaci che bloccano la dopamina riducono anche la psicosi (antipsicotici), mentre quelli che stimolano la dopamina (cocaina e anfetamina) inducono sintomi psicotici. I sintomi psicotici includono allucinazioni (percezioni senza oggetto che possono interessare uno degli organi di senso), deliri (idee false che non tengono conto dell'evidenza del contrario), trasmissione del pensiero (l'idea che TV e radio trasmettano i pensieri e li rendano percepibili dagli altri), paranoia (certezza incrollabile che gli altri abbiano intenzioni ostili nonostante l'evidenza del contrario) e, generalmente, incapacità di distinguere cosa è reale da ciò che non lo è.

Nel tempo, sono stati identificati diversi ricettori coinvolti nella trasmissione di segnali intracellulari attivati dalla dopamina. Uno di questi, l'D2, si è rivelato molto importante nell'insorgenza delle psicosi.

Gli antipsicotici bloccano i ricettori dopaminergici e si occupano, quindi, della sovrastimolazione dei neuroni dopaminergici che determinano psicosi. Gli antipsicotici di vecchia generazione, che non vengono più utilizzati, bloccavano anche altri ricettori oltre il D2, mentre i nuovi antipsicotici sono più selettivi. Come risultato, i nuovi antipsicotici inducono una minore incidenza di effetti collaterali quali la discinesia tardiva o l'NMS. Alcuni di questi vecchi farmaci erano l'Haldol, la Torazina, il Trilafon, il Mellaril e il Prolixin.

**Gli antipsicotici bloccano i ricettori dopaminergici e si occupano, quindi, della sovrastimolazione dei neuroni dopaminergici che determinano psicosi**

Gli antipsicotici qui discussi sono definiti atipici o "D2 bloccanti". La tabella mostra la possibilità per un dato farmaco di causare un determinato effetto collaterale. Discuteremo ognuno dei farmaci con particolare enfasi alle caratteristiche rilevanti che potrebbero determinarne la nostra scelta di una molecola piuttosto che l'altra: proprietà sedative, tendenza a causare EPS e acatisia, aumento di peso e proprietà antidepressive. Il livello con cui ogni effetto collaterale può scatenarsi è indicato da un segno più all'interno della tabella. Ognuno di questi farmaci verrà discusso brevemente tenendo conto delle caratteristiche rilevanti di un agente rispetto all'altro: proprietà sedative, tendenza a causare EPS e acatisia, aumento di peso e proprietà antidepressive.

| Nome commerciale | Nome generico | Effetto antidepressivo | Effetto sedativo | Effetto anticolinergico | Aumento di peso | Acatisia |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ZYPREXA** | **OLANZAPINA** | + + | + + + | + | + + + + | + |
| **RISPERDAL** | **RISPERIDONE** | + | + | + | + + | + + |
| **GEODON** | **ZIPRASIDONE** | + | + + | + + | + + | + |
| **SEROQUEL** | **QUETIAPINA** | + + | + + + | + | + + | + |
| **ABILIFY** | **ARIPRPRAZOLO** | + + | + | + | **Da 0 a +** | + + + + |
| **SAPHRIS** | **ASENAPINA** | **Sconosciuto** | + + | + | **Da 0 a +** | + + |
| **INVEGA** | **PALIPERIDONE** | + | + | + | + + | + + |
| **FANAPT** | **ILOPERIDONE** | + | + | + | + + | + + |
| **CLOZARIL** | **CLOZAPINA** | + + | + + + | + + + | + + + | **Da 0 a +** |

**Zyprexa**: è il mio farmaco "veloce" indicata per trattare stati maniacali acuti o stati misti caratterizzati da agitazione acuta. È fortemente sedativa e quindi può essere utilizzata per indurre il sonno nel paziente maniacale. Questo, di solito, interrompe rapidamente la mania. Nella mia esperienza, lo Zyprexa ha una ridotta possibilità di indurre EPS o acatisia. Può però indurre fortemente aumento di peso. Non tutti i pazienti aumentano di peso, ma coloro che accusano aumento di peso procedono a un ritmo impressionante nelle prime settimane. Anche se non approvata dall'FDA per la fase depressiva del disturbo bipolare, nella mia esperienza ho constatato che risolve i sintomi depressivi e dello stato misto piuttosto efficacemente. Il dosaggio dello Zyprexa negli adulti può variare dai 5 mg prima di andare a dormire ai 10 mg due volte al giorno, o anche dosaggi più elevati.

**Risperdal**: è meno sedativo dello Zyprexa ed è, pertanto, una buona scelta per quanti affetti da disturbo schizoaffettivo (una categoria diagnostica che indica soggetti che soddisfano i criteri del disturbo bipolare o sono affetti da psicosi pur non risultando maniacali o depressi) o disturbo bipolare con sintomi psicotici, che potrebbero richiedere antipsicotici nell'arco della giornata senza dover essere sedati. Visto che è meno sedativo, non lo uso con pazienti affetti da stati maniacali acuti che desidero sedare rapidamente. Il Risperdal ha maggiori possibilità di causare EPS o acatisia dello Zyprexa visto che è un bloccante dopaminergico più incisivo. Il Risperdal può causare, anche se meno probabilmente dello Zyprexa, aumento di peso. Il Risperdal non ha l'approvazione della FDA per la fase depressiva del disturbo bipolare e, nella mia esperienza, ci sono meno possibilità che funzioni in questo senso rispetto a Zyprexa, Abilify, Seroquel o Geodon.

**Geodon**: è un farmaco più sedativo del Risperdal ma meno dello Zyprexa. Il Geodon è associato a una bassa incidenza di EPS o acatisia. Può causare, anche se in misura minore dello Zyprexa, aumento di peso. È spesso abbastanza sedativo per trattare manie acute e, visto che ci sono meno possibilità di indurre aumento di peso, può essere indicato per quei pazienti che richiedono un lungo trattamento con antipsicotici. Il Geodon non ha l'approvazione della FDA per la fase depressiva del disturbo bipolare, ma sembra essere simile a Zyprexa e Seroquel per quanto riguarda la depressione. È bene notare che il Gedeon può rallentare la velocità degli impulsi elettrici del pacemaker

cardiaco. In determinate condizioni, o se il paziente sta assumendo altri farmaci, può essere indicato un ECG prima di iniziare il trattamento.

**Seroquel**: è un antipsicotico sedativo al pari dello Zyprexa. È pertanto una buona scelta per quanto riguarda le manie acute. La tendenza a causare EPS o acatisia è simile a quella dello Zyprexa. Può causare aumento di peso e, nella mia esperienza, le possibilità che ciò accada è intermedia tra lo Zyprexa e il Risperdal. La nuova versione a lento rilascio del Seroquel (Seroquel XR), ha ottenuto l'approvazione della FDA per la fase depressiva del disturbo bipolare. Detto ciò, non c'è ragione logica di presumere che la versione XR sia meglio della versione tradizionale più economica per quanto riguarda la depressione. La versione XR raggiunge il suo picco di concentrazione nel sangue 3.5 ore dopo l'assunzione e tale picco sarà inferiore di quello della versione tradizionale che viene assorbita più velocemente. Questa può essere una ragione per utilizzare la versione a formulazione XR in quanti richiedono un unico dosaggio al giorno. Il picco inferiore di concentrazione nel sangue può indurre minore sedazione diurna. Se l'obiettivo è comunque il trattamento di manie acute o la sedazione del paziente, la versione tradizionale ha un'azione più rapida e sembra una scelta migliore e meno costosa.

**Abilify**: è un antipsicotico stabilizzatore dell'umore e, almeno per la maggior parte delle persone, non molto sedativo. Ha l'interessante proprietà di attivare i ricettori della dopamina se somministrato a basso dosaggio e bloccarli se somministrato ad alto dosaggio. Questa proprietà può portare all'attivazione anfetamino-simile, che a basso doaggio può rappresentare un problema in persone con manie e stati misti. La possibilità di causare EPS, nella mia esperienza, non è elevata, simile a quella dello Zyprexa. Nella mia esperienza, però, l'Abilify è associato a elevata incidenza di acatisia rispetto agli altri antipsicotici stabilizzatori dell'umore. Non è raro vedere casi in cui l'acatisia venga confusa con la mania, con conseguente aumento dei dosaggi dell'Abilify risultante in una profonda agitazione e malessere. L'Abilify ha la possibilità di indurre aumento di peso meno marcatamente degli altri antipsicotici di questa categoria, qualificandosi come il farmaco più indicato per coloro che hanno una necessità di assumere cronicamente antipsicotici ma hanno problemi di aumento di peso. Detto ciò, molti specialisti del disturbo bipolare indicano che è meno efficace degli altri antipsicotici atipici stabilizzatori dell'umore. L'Abilify ha ottenuto l'approvazione dell'FDA per la fase depressiva del disturbo bipolare e, per me, è il migliore di questa classe. Utilizzo raramente l'Abilify per le manie acute perché non è abbastanza sedativo per indurre il sonno in certi individui e, come già riportato, può indurre attivazione a basso dosaggio e con un'elevata incidenza di acatisia può essere difficile distinguere tra attivazione, acatisia o mania in pazienti in cui la capacità di descrivere le loro sensazioni è compromessa dalla mania acuta.

**Saphris**: è un antipsicotico relativamente nuovo che ha l'approvazione della FDA per la mania bipolare e gli stati misti. Si tratta di una molecola unica, un antipsicotico davvero di nuova generazione, a differenza degli altri che rappresentano varianti minori di farmaci di vecchia generazione. È abbastanza nuovo da lasciare ancora indefinito il suo effetto finale nel trattamento del disturbo bipolare. I primi studi, che lo hanno confrontato esclusivamente con il placebo mostrano una bassa incidenza di aumento di peso e un incidenza minore di acatisia rispetto all'Abilify. È moderatamente sedativo e può associarsi a miglioramento del sonno se somministrato di notte. Al momento, lo utilizzo soltanto quando l'Abilify non funziona a causa degli effetti collaterali, visto che il farmaco è in commercio da più tempo e conosco come interagisce con agenti farmacologici esistenti. Il Saphris si somministra sotto la lingua e viene assorbito molto rapidamente. Il sapore, però, è piuttosto spiacevole e questo può causare problemi di assunzione. Se il farmaco si dimostrerà efficace come promesso, diventerà una molecola fondamentale nel trattamento del disturbo bipolare.

**Invega**: è un antipsicotico di recente approvazione ed ha l'indicazione da parte della FDA per la schizofrenia e il disturbo schizoaffettivo. Essendo relativamente nuovo, il suo ruolo nel disturbo schizoaffettivo o nel disturbo bipolare non è ancora chiaro. In termini strutturali e farmacodinamici è simile al Risperdal ed è stato immesso sul mercato dalla stessa azienda farmaceutica che produce il Risperdal poco prima che questo diventasse un farmaco generico. Un vantaggio rispetto al Risperdal è che si tratta di una formulazione a rilascio prolungato, permette quindi di utilizzare minori dosaggi in coloro che richiedono una copertura antipsicotica giornaliera. Non lo utilizzo per la cura della mania acuta, visto che devo ancora costatarne i vantaggi rispetto alle molecole di vecchia generazione e sono scettico rispetto al fatto che mostrerà vantaggi reali rispetto al più economico Risperdal.

**Fanapt**: è il secondo antipsicotico approvato più recentemente per il trattamento della schizofrenia. Resta da chiarire se avrà un ruolo nel disturbo schizoaffettivo o nel disturbo bipolare. Come il Geodon, può rallentare la velocità degli impulsi elettrici nel pacemaker cardiaco. Al momento dell'immissione in commercio, ritengo che il Fanapt possa collocarsi nel trattamento del disturbo bipolare solo come protocollo di ricerca o nel caso ulteriori dati suggeriscano una sua utilità in tal senso.

**Lurasidone**: è l'antipsicotico atipico più nuovo sul mercato ed è in attesa di una decisione da parte della FDA per quanto riguarda l'uso nel disturbo bipolare. Si tratta di una molecola di così recente immissione in commercio che non ho modo di confrontarlo con gli altri antipsicotici e, pertanto, lo userò come tutti i nuovi farmaci: quando i vecchi non funzionano.

**Clorazil**: è stato il primo degli l'antipsicotici atipici o bloccanti D2. È altamente sedativo e ha scarsa tendenza a causare EPS o acatisia. Può portare aumento di peso. I suoi effetti nella fase depressiva del disturbo bipolare non sono completamente chiari. È, più o meno, l'ultima risorsa riguardo i farmaci antipsicotici perché ha tanti effetti collaterali anche gravi. L'effetto collaterale grave che può indurre è la soppressione dell'abilità del midollo osseo di produrre globuli bianchi che combattono le infezioni, i neutrofili. È un effetto abbastanza comune che richiede controlli ematici settimanali e, dopo aver dimostrato una buona tollerabilità a lungo termine, controlli mensili. Il farmaco è disponibile soltanto se il paziente aderisce a controllo che includa la conta dei neutrofili prima di ogni somministrazione. Il decesso non è raro con questo farmaco. Nel caso, estremamente raro, che nessun altro farmaco funzioni, potete valutarlo con il vostro medico. Inoltre, può essere considerato in caso di insorgenza di discinesie tardive con altri antipsicotici in un paziente che richiede comunque antipsicotici.

**Stabilizzatori dell'umore**

Gli stabilizzatori dell'umore tradizionali includono il litio e un gruppo di farmaci antiepilettici chiamati anticonvulsivanti. Non è raro dover usare più stabilizzatori dell'umore contemporaneamente ma l'introduzione di nuovi farmaci dovrebbe essere effettuata gradualmente e uno alla volta piuttosto che essere introdotti tutti insieme. La tabella riassume questi farmaci e la probabilità con la quale questi possono causare effetti collaterali, poi ognuno verrà discusso in dettaglio. La probabilità con la quale ogni effetto collaterale può scatenarsi è indicato da un segno più.

| Nome commerciale | Nome generico | Effetto sedativo | Effetto antidepressivo | Effetti collaterali renali | Effetti collaterali tiroidei | Effetti collaterali epatici | Effetti collaterali al livello del midollo osseo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESKALITH CR | SALI DI LITIO A LENTO RILASCIO | + | + + | + + | + + | 0 | 0 |
| DEPAKOTE | ACIDO VALPROICO | + | 0 | 0 | 0 | + + | + + |
| LAMICTAL | LAMOTRIGINA | 0 | + + + | 0 | 0 | Da 0 a + | 0 |
| NEURONTIN | GABAPENTIN | + + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TEGRETOL | CARBAMAZEPINA | + + | 0+ + | 0 | 0 | + + + | + + + |
| TRILEPTAL | OXCARBAMAZEPINA | + | 0 | 0 | 0 | + | + |
| ZONEGRAN | ZONISAMIDE | + | + + | 0 | 0 | + | 0 |
| KEPPRA | LEVITERACETAM | + | + + + | 0 | 0 | + | 0 |

Il litio è stato il primo farmaco per il trattamento del disturbo bipolare. Rimane un farmaco utile, poiché funziona quando gli altri farmaci non sono efficaci. Nei decenni successivi alla sua scoperta, ci sono state molte controversie riguardo al suo funzionamento; evidenze recenti suggeriscono che agisca a livello dello "orologio biologico" su un fattore di crescita denominato "BDNF" o fattore neurotrofico derivato dal cervello e sul turnover della glicogeno sintetasi chinasi e del fosfatidil-inositolo. Indipendentemente dalle modalità di funzionamento, è particolarmente efficace nei pazienti affetti da forme non rapide cicliche, anche se non altrettanto efficace nei rapidi cicli. Il litio, sfortunatamente, può indurre problematiche a lungo termine ed effetti collaterali a breve termine che ne limitano l'utilizzo soltanto dopo che gli altri agenti hanno fallito.

I rischi più importanti del litio a lungo termine sono rappresentati dai danni alla tiroide e ai reni. Il litio può causare danni permanenti alla tiroide che è coinvolta nella regolazione dell'energia, dell'umore, del metabolismo e in altre funzioni essenziali per l'organismo. Accade di solito gradualmente, cosicché è necessario monitorare la funzionalità tiroidea attraverso controlli ematici nei pazienti che stanno assumendo il litio, con sospensione del farmaco nel caso in cui gli esami ematochimici indichino valori problematici. Dei tre esami ematochimici normalmente prescritti (TSH, FT3 e FT4), il TSH è quello che funziona come segnale precoce di allarme. In generale, prima che gli ormoni stessi della tiroide (FT3 e FT4) scendano al di sotto della norma, il TSH sale nel tentativo di stimolare la tiroide danneggiata a produrre più ormoni. Generalmente, il TSH viene effettuato un mese dopo la prescrizione dei Sali dei litio e un trimestre dopo aver assunto il farmaco. I medici di solito prescrivono gli esami FT3 e FT4 con frequenza variabile ma una volta l'anno può considerarsi una buona media nel caso i valori si attestino nella normalità. Se la tiroide dovesse essere sufficientemente danneggiata (i danni più lievi sono reversibili) e il litio si rivelasse essere l'unico farmaco efficace, è necessario accettare questo effetto collaterale. In questo caso, il paziente sarà costretto a prendere farmaci che sostituiscono la tiroide per tutta la vita.

Il danno renale era un effetto collaterale comune nei primi anni in cui si utilizzavano i Sali di litio. Questo accadeva perché non c'erano formulazioni di litio né monitoraggi della funzionalità renale affidabili a livello sanguigno. Il danno renale è un effetto collaterale poco frequente che può accadere solo dopo decenni di utilizzo con le formulazioni moderne e gli esami trimestrali del sangue a disposizione per monitorare la funzionalità dei reni. L'eccezione è data da quei pazienti

che manifestano un sovradosaggio di litio. Questi sovradosaggi possono causare danni considerevoli. L'esame del sangue usato principalmente per monitorare la funzionalità dei reni è quello del livello di creatinina, un indicatore di quanto siano efficienti i reni nel filtrare.

È importante misurare i livelli di litio e adattarli per garantirne una quantità sufficiente nel sangue ed evitare che diventi tossico. I livelli sono comunemente mantenuti tra 0,8 e 1,2 ng/dl, anche se alcuni soggetti rispondono bene a livelli inferiori.

I problemi più comuni con il litio sono quegli effetti collaterali noiosi e a breve termine di cui molti pazienti si lamentano. Coloro che sono soggetti all'acne, possono subire notevoli peggioramenti. Sebbene noi tutti siamo soggetti a tremori delle mani, il litio può aumentarli (di solito moderatamente, ma a volte molto gravemente). Questo effetto collaterale può essere curato con il Propanololo, che blocca i ricettori adrenergici responsabili del tremore. Le persone sotto litio possono soffrire la sete e devono essere ben idratate. Questo può richiedere frequentemente di dover recarsi in bagno. Il litio può comportare raramente problemi con gli elettroliti (bilancio salino) nel sangue e il medico dovrà controllare gli elettroliti insieme alla funzionalità renale trimestralmente. I bambini che assumono il litio potrebbero manifestare incontinenza urinaria notturna. Potrebbe rendersi necessaria una riduzione del dosaggio negli anziani o in coloro con funzionalità renale compromessa.

Oltre a essere eliminato dai reni, il litio viene eliminato con il sudore. Questo può diventare un problema negli atleti, ad esempio in coloro che corrono abitualmente che sudano molto in allenamento. Si possono avere livelli di litio nella norma e poi subire un forte calo a causa del sudore cominciando ad allenarsi. Al contrario, si potrebbe adattare il dosaggio di litio in un atleta ma se questa persona smette di allenarsi il livello può salire dal momento che il litio non viene più eliminato così tanto nel suo sudore.

Il litio non causa, di solito, aumento di peso, a meno che non si estingua la sete con bevande caloriche. L'acqua è la scelta consigliata e l'assunzione di liquidi calorici non dovrebbe essere aumentata in risposta all'aumentata sete. I Sali di litio possono anche interagire con alcuni farmaci utilizzati per controllare l'ipertensione chiamati tiazidi, idroclorotiazidi o diazidi. Se il medico modifica i dosaggi di farmaci tiazidici, il livello di litio può variare e causare malessere.

Alcuni soggetti mostrano una buon effetto antidepressivo in risposta al litio, che viene per questo utilizzato occasionalmente per le depressione unipolare. Una caratteristica del litio è che è associato alle evidenze più robuste di riduzione del suicidio come stabilizzatore dell'umore. I dati sembrano mostrare che i pazienti rispondono meglio al litio se somministrato nella fase iniziale della malattia. Una parte dei soggetti hanno una risposta incredibile al litio e manifestano un sollievo quasi completo dei sintomi. Questi pazienti hanno caratteristiche cliniche precise, quali predominante mania euforica piuttosto che irritabile, buon recupero tra gli episodi e assenza di disturbi psichiatrici quali alcolismo o disturbi d'ansia. L'utilizzo del litio è diminuito negli anni a causa della maggior percezione dei rischi ad esso associati e al marketing delle case farmaceutiche. Ogni paziente con disturbo bipolare, però, dovrebbe almeno una volta aver sperimentato il litio in un periodo della sua vita per verificare se si tratta di uno di quelli che risponde in maniera eccezionale ad esso.

Il Depakote è un anticonvulsivante che funziona anche come stabilizzatore dell'umore. Il funzionamento degli anticonvulsivanti stabilizzatori dell'umore non è chiaro, anche se le teorie suppongono che non lavorino a livello recettoriale quanto, piuttosto, a un livello più elementare, tra le cellule nervose su molecole chiamate secondi messaggeri o riducendo il ritmo con cui i neuroni trasmettono impulsi elettrici. Ci sono prove inoltre che gli anticonvulsivanti stabilizzatori dell'umore siano in grado di proteggere alcuni neuroni dalla morte prematura; questo effetto neuro-

protettivo, in particolare in un'area del cervello chiamata amigdala, può essere un aspetto importante della loro azione. L'effetto neuroprotettivo sembra essere presente in tutti gli anticonvulsivanti.

Il Depakote è uno dei capisaldi nel trattamento del disturbo bipolare da almeno vent'anni. Sembra essere efficace sia nei pazienti con rapidi cicli che in quelli con cicli non rapidi. Di solito viene somministrato in una versione a lento rilascio chiamata Depakote ER ed è disponibile come farmaco generico. Comunemente, il Depakote ER viene somministrato prima di coricarsi per evitare la sedazione diurna. Il Depakote non comporta danni renali ma, essendo metabolizzato dal fegato, può occasionalmente danneggiarlo. Può danneggiare allo stesso modo il midollo osseo comportando una drastica riduzione dei globuli bianchi che combattono le infezioni, i neutrofili. Come con il litio, i livelli di farmaco nel sangue sono importanti anche per il Depakote. I laboratori definiscono terapeutico un livello di Depakote tra 50 e 100 ng/dl e indicano un livello superiore come potenzialmente tossico. Detto ciò, in molti pazienti bipolari è necessario che il livello arrivi tra 100 e 120 ng/dl. La maggior parte delle persone tollerano il Depakote. Il medico di famiglia potrebbe allarmarsi nel vedere raggiungere questi livelli più elevati; tali preoccupazioni dovrebbero essere riferite allo psichiatra.

Gli effetti collaterali del Depakote includono sedazione e aumento di peso. L'aumento di peso può essere un motivo per interrompere il Depakote, come con gli antipsicotici di cui si è già parlato. Il Depakote può inoltre causare ovaio policistico nelle donne. Il Depakote raramente è efficace nel trattare la fase depressiva del disturbo bipolare.

Il Tegretol è stato usato anche per più tempo del Depakote per quanto riguarda il disturbo bipolare. Il Tegretol possiede un'infelice caratteristica chiamata "autoinduzione". Questo significa che una volta cominciato il trattamento, il fegato potrebbe cominciare a produrre in misura maggiore gli enzimi che lo danneggiano. Questo può portare a un aumento del dosaggio ogni una-due settimane nei primi mesi di trattamento. In questo periodo, i livelli degli altri farmaci possono fluttuare. Come il Depakote, anche il Tegretol può causare danni a fegato e midollo osseo.

Una lieve modifica chimica al Tegretol ha condotto al Trileptal, un farmaco privo di "autoinduzione". Le possibilità di danni a fegato e midollo osseo sono pertanto ridotte. Visto che queste proprietà lo rendono di più facile utilizzazione, viene preferito al Tegretol. I pazienti che rispondono solo a quest'ultimo sono solo un piccolo sottogruppo.

Il Trileptal sembra funzionare efficacemente nei pazienti affetti da cicli rapidi e non. Il danno a fegato e midollo osseo è raro e molti medici non effettuano controlli di routine su sangue e fegato. Sebbene non ci siano valori terapeutici di riferimento del Trileptal per il disturbo bipolare, sappiamo che quello per l'epilessia è tra 10 e 30 ng/dl. Gli studi che hanno stabilito che il Trileptal funziona per il disturbo bipolare sono stati condotti in Europa nei primi anni ottanta del millenovecento. Un centro usava 900 mg al giorno di Trileptal, un altro 1200 mg al giorno. Nessuna misurazione dei livelli sanguigni fu mai eseguita e i due centri ottennero risultati simili. Detto ciò, i neurologi utilizzano dosaggi sostanzialmente più elevati del Trileptal. Sebbene non esistano studi, l'esperienza clinica dimostra che i pazienti con disturbo bipolare possono richiedere più di 1200 mg al giorno per rispondere al farmaco. Quindi, in coloro che non rispondono, può essere utile controllare i livelli ematici e aumentare il dosaggio fino a ottenere livelli intorno ai 20 ng/dl prima di concludere che non c'è risposta terapeutica.

Ci sono due interazioni importanti che vanno menzionate. La prima è che sia il Trileptal che il litio possono alterare l'equilibrio salino del sangue (riducendo la quantità di sodio). Questo può causare sintomi quali la confusione mentale. Quando i due farmaci vengono utilizzati insieme, la possibilità

di riduzione del sodio è aumentata. Per questo, gli elettroliti dovrebbero essere misurati più frequentemente in caso di combinazione piuttosto che solo in ionoterapia con litio. Secondo, il Depakote può diminuire i livelli di Trileptal nel sangue. Quindi, nel caso il Depakote venga utilizzato insieme a Trileptal, non bisogna stupirsi se si renderà necessario utilizzare dosaggi più elevati di Trileptal.

Sembra che il Trileptal sia raramente utile nella fase depressiva del disturbo bipolare. Il Trileptal non è di solito associato ad aumento di peso, quindi può essere preferito al Depakote in coloro che sono soggetti all'aumento di peso.

Il Lamictal è un eccellente anticonvulsivante stabilizzatore dell'umore. Quello che lo rende così eccellente è la l'efficacia frequente nella fase depressiva del disturbo bipolare. Il farmaco ha spesso permesso a individui con disturbo bipolare di superare la fase depressiva cronica dalla quale sono affetti. Il Lamictal inoltre è un farmaco efficace nella prevenzione dei cicli maniacali. Con l'eccezione di un effetto collaterale grave, sembra ben tollerato dalla maggior parte delle persone senza comportare effetti avversi. In uno studio inoltre i pazienti bipolari a cui è stato aggiunto il Lamictal a farmaci preesistenti hanno riportato assenza di disturbi del pensiero.

Il rischio più importante del Lamictal è una grave reazione che interessa la pelle chiamata sindrome di Steven's Johnson. Questa sindrome può determinare progressivamente in un rash potenzialmente letale chiamato necrolisi epidermica tossica. Quando il farmaco è stato approvato per la prima volta, la titolazione dei dosaggi era piuttosto aggressiva ed era associato a circa l'1% d'incidenza di questo effetto collaterale negli adulti. Recentemente, aggiustamenti più lenti dei dosaggi sono diventati la norma e la percentuale di adulti colpiti è molto diminuita, sebbene non ci siano dati affidabili e facilmente accessibili. La Glaxo Smith Kline riporta un'incidenza dello 0,1%.

TABELLA 1: Titolazione del Lamictal per pazienti di età maggiore dei 12 anni affetti da epilessia

| | Per pazienti che assumono Valproato di sodio | Per pazienti che non assumono Carbamazepina, Fenitoina, Fenobarbital, Pirimidone b o Valproato di socio | Per pazienti che assumono Carbamazepina, Fenitoina, Fenobarbital, Pirimidone b e non assumono Valproato di sodio |
|---|---|---|---|
| Settimane 1 e 2 | 25 mg per ogni altro giorno | 25mg al giorno | 50 mg al giorno |
| Settimane 3 e 4 | 25 mg al giorno | 50 mg al giorno | 100 mg/giorno (2 somministrazioni) |
| Settimana 5 fino al mantenimento | Aumento da 25 a 50 mg al giorno ogni 1 o 2 settimane | Aumento di 50 mg al giorno ogni 1 o 2 settimane | Aumento di 100mg al giorno ogni 1 o 2 settimane |
| Dosaggio di mantenimento | Da 100 a 200 mg/giorno con solo Valproato di sodio<br><br>Da 100 a 400 mg/giorno con Valproato di sodio e altri farmaci inducenti glucuronidazione (in 1 o 2 somministrazioni) | Da 225 a 375 mg/giorno (2 somministrazioni) | Da 300 a 500 mg/giorno (2 somministrazioni) |

La tabella indica la titolazione del Lamictal. È importante notare che i bambini hanno maggior probabilità di manifestare la sindrome di Steven's Johnson e impiegare maggiore cautela per questi pazienti ma, visto che il farmaco è di grande utilità, non dovrebbe essere scartato solo per questo rischio.

Sfortunatamente, ci sono molti psichiatri che temono di subire cause legali nel caso si manifesti la sindrome di Steven's Johnson e, come risultato, non somministrano mai il Lamictal ai propri pazienti. Questo è una paradosso in termini di trattamento, visto che i maggiori problemi nel disturbo bipolare sono collegati alla depressione e non alla mania e il Lamictal è molto efficace nelle fasi depressive.

Inoltre, non ci sono studi che definiscano il livello terapeutico del Lamictal nel sangue per il disturbo bipolare. Come risultato, molti psichiatri non misurano i livelli nel sangue e non si avvicinano nemmeno ai dosaggi che i neurologi utilizzano senza problemi (da 300 a 500 mg al giorno negli adulti). Il livello terapeutico del Lamictal nel sangue è compreso generalmente tra 3 e 15 ng/dl. Detto ciò, nella mia esperienza e in quella di molti colleghi che, come me, trattano principalmente il disturbo bipolare e in particolare i casi resistenti, sebbene le proprietà antidepressive del Lamictal si manifestino sotto i 5 ng/dl, le proprietà antimaniacali non sembrano ottimali a livelli così bassi. Quando provo a prevenire l'insorgenza di manie con il Lamictal, il mio obiettivo è rimanere a livelli tra 8 e 12 ng/dl nel sangue, che possono richiedere dai 300 ai 500 mg al giorno per un adulto. Questo dosaggio è di routine in neurologia, ma molti psichiatri non sono abituati a vedere questi valori e si spaventano nell'osservarli. Se voi o uno dei vostri cari avete una variante particolarmente aggressiva della malattia e i valori sanguigni non sono stati portati nel range descritto, potreste considerare la possibilità di incontrare uno specialista di disturbo bipolare che abbia maggiore familiarità con il farmaco.

Il Neurontin è un altro anticonvulsivante utilizzato per il disturbo bipolare. Quando fu immesso in commercio, oltre 10 anni fa, ci fu un grande clamore sul suo utilizzo come stabilizzatore dell'umore (una voce mai supportata da fatti). Gli psichiatri si affrettarono a prescriverlo con risultati altalenanti. Guardando indietro dal punto di vista odierno, deduciamo che è spesso utile per trattare l'ansia, di cui soffrono metà dei pazienti bipolari, ma non sembra molto efficace per i cicli maniacali o depressivi. Coloro che affermavano che il prodotto avesse buone proprietà stabilizzanti hanno confuso le proprietà ansiolitiche con quelle stabilizzanti il tono dell'umore.

Il Topamax è un altro medicinale che si supponeva potesse essere utile per il disturbo bipolare. Pare esserci un sottogruppo di persone che rispondono in maniera ottimale al Topamax, ma si tratta di un sottogruppo molto limitato. Bisogna stare attenti a controllare gli effetti collaterali cognitivi del Topamax, in particolare la difficoltà a trovare le parole mentre si parla. Ho visto un po' di bambini sviluppare anche difficoltà nella lettura e nella matematica. Sarebbe meglio riservare il Topamax all'utilizzo come anticonvulsivante o come farmaco contro la bulimia, ma raramente come farmaco per trattare il disturbo bipolare.

Lo Zonegran è un nuovo anticonvulsivante che pare avere effetti stabilizzatori dell'umore. Non ci sono abbastanza dati per stabilire se funzioni o meno. Visto che è il più simile al Lamictal tra tutti gli anticonvulsivanti, l'ho usato in persone che utilizzavano il Lamictal e avevano sviluppato un rash. L'ho fatto così di rado che non posso ipotizzare la sua efficacia.

Il Keppra è un altro anticonvulsivante che a volte funziona nel disturbo bipolare. Visto che non ci sono molti dati su questo farmaco, il suo utilizzo dovrebbe essere limitato ai casi in cui non

funzionano le terapie già consolidate. Detto ciò, una risposta a questo farmaco, quando gli altri hanno fallito, può salvare la vita.

Avendo descritto gli antipsicotici stabilizzatori dell'umore che sono usati nella fase 1 del trattamento e gli stabilizzatori dell'umore utilizzati di solito nella fase 2, restano da considerare quelli usati nella depressione residuale (fase 3).

Come discusso precedentemente, la maggior parte dei medici che si occupa di disturbo bipolare concorda che gli antidepressivi possano peggiorare il decorso della malattia nel tempo e abbiano una forte tendenza a indurre switch maniacali o misti. Ovviamente, ci sono eccezioni a questa regola generale. Nella misura in cui possono indurre gravi stati misti, possono precipitare un tentativo di suicidio. Per questo motivo, evitiamo gli antidepressivi in pazienti con disturbo bipolare e, quando li usiamo, lo facciamo come interventi a breve termine. Inoltre, gli studi a lungo termine portati avanti sul disturbo bipolare, chiamati STEP-BD, hanno dimostrato che gli antidepressivi non funzionano.

Quindi, come trattiamo la depressione bipolare senza usare gli antidepressivi? Ci sono alcuni "trucchi del mestiere" che possono essere di aiuto. Gli interventi standard utilizzano farmaci di cui si è già parlato: Lamictal, Seroquel, o Abilify. Ognuna delle opzioni per trattare la depressione bipolare viene aggiunta al regime stabilizzante esistente e adattate per trattare i sintomi depressivi. Nel caso del Lamictal, si può salire fino al dosaggio descritto sopra per poi ridurre o eliminare qualcuno degli altri stabilizzatori dell'umore.

Come riportato precedentemente, il Lamictal può essere un ottimo farmaco per trattare la fase depressiva e prevenire i cicli maniacali. Nel caso si soffra frequentemente di fasi depressive e non si sia sperimentato il Lamictal, questa opzione dovrebbe essere sicuramente presa in considerazione.

Si è parlato del Seroquel e dell'Abilify come stabilizzatori dell'umore antipsicotici. Si è scoperto che l'Abilify è un antidepressivo nelle persone con depressione bipolare e anche in quanti hanno depressioni ricorrenti senza storia di mania. La medesima limitazione che si deve prendere in considerazione nel monitorare dell'acatisia si applica anche se l'Abilify viene introdotto per trattare la depressione.

**Approcci naturali:**

Due approcci naturali si sono dimostrati utili per il disturbo bipolare. Il primo consiste in dosaggi elevati di acidi grassi omega 3 somministrato come olio di pesce. Gli studi iniziali portati avanti negli anni '90 prevedevano in considerazione dosaggi da 3 a 6 grammi al giorno (da 3.000 a 6.000 mg al giorno). Vengono assunte tipicamente capsule o liquidi di olio di pesce durante i pasti. Dopo questi studi iniziali, molte case farmaceutiche hanno prodotto formulazioni di olio di pesce e tipologie particolari che hanno determinati acidi grassi omega-3. Non esistono dati affidabili che dimostrino un miglioramento in termini di risposta, ma nemmeno che dimostrino il contrario.

**Gli approcci naturali si sono dimostrati utili per curare la depressione bipolare**

I dosaggi negli studi iniziali non sono stati portati avanti utilizzando i farmaci commerciali, ma solo con i principi attivi. Ci sono due aspetti importanti da evidenziare quando si acquista l'olio di pesce. I migliori sono quelli a rivestimento enterico, che vuol dire che non rilasciano l'olio finché non è

passato attraverso lo stomaco. Questo può minimizzare il retrogusto spiacevole in caso di rigurgito. Alcune preparazioni, di solito costose, sono messe in bottiglia in assenza di ossigeno, in modo che l'olio non si ossidi. Questo tipo di olio non ha odore o sapore di pesce e può essere ingerito liquido. Si crede che l'olio di pesce funzioni perché diventa parte delle cellule nervose incrementandone la fluidità che aiuta l'efficienza del trasporto dentro e fuori dai neuroni e rendendo i segnali elettrici più efficienti.

Il secondo approccio naturale, che non ha mai preso piede negli Stati Uniti, è un composto chiamato inositolo. Ci sono due studi fatti in Israele in cui l'inositolo è stato aggiunto come trattamento in pazienti bipolari che non erano più maniacali ma ancora depressi. L'inositolo viene chiamato a volte "vitamina B8" ed è una specie di vitamina B non ufficiale. Ha una struttura simile al glucosio. L'inositolo è presente in grandi quantità nelle membrane delle cellule nervose coinvolte nel funzionamento dei neuroni serotoninergici. Il principale effetto collaterale di un elevato dosaggio di inositolo sembra essere quello delle feci liquide in alcuni individui, sebbene una volta abbia avuto un paziente che sembrava aver manifestato uno stato ipomaniacale.

**Altri approcci**

Un farmaco  per cui esiste solo uno studio sul disturbo bipolare è il Mirapexin (nome generico Pramipexolo). Il Mirapexin è astato provato dalla FDA per il morbo di Parkinson e la sindrome delle gambe senza riposo, ma viene utilizzato anche per curare l'emicrania a grappolo. Funziona stimolando i ricettori dopaminergici.

Ho provato a usare il Mirapexin otto anni fa su un paziente con grave depressione per cui null'altro aveva funzionato. Visto che stimola i ricettori dopaminergici, ero preoccupato che potesse indurre psicosi (non è raro che accada nei pazienti con morbo il Parkinson) o mania. Detto ciò, adesso ho un'esperienza estesa nell'utilizzo del farmaco su pazienti con disturbo bipolare e non ho visto nessuno diventare psicotico o maniacale. La risposta sembra molto buona, simile a quella indotta Lamictal e di solito lo utilizzo su pazienti in cui quest'ultimo non ha funzionato. Inizio con 0.25 mg al giorno e posso arrivare a 1 mg o più due volte al giorno. Non è affatto un approccio standard per la cura del disturbo bipolare, ma l'ho preso in considerazione perché si è rivelato efficace in molti pazienti in cui le altre molecole avevano fallito.

Un'altra opzione che viene presa in considerazione in alcuni centri è la ketamina per il trattamento della depressione refrattaria. La somministrazione viene fatta prevedendo un livello di monitoraggio più elevato, pari a un'unità di cura intensiva. Questo comporta che questa opzione sia molto cara, con trattamenti che costano in media $1800. Per alcuni pazienti sembra miracolosa, ma dovrebbe essere utilizzata soltanto come ultima risorsa.

**Approcci non medici**

Per il trattamento del disturbo bipolare, si possono anche utilizzare approcci non medici ma biologici. Il più datato è l'ECT, "terapia elettroconvulsivante". Si usa un impulso elettrico mentre il paziente è anestetizzato, per causare un crisi epilettica. Di solito, si utilizza una serie da 6 a 12 applicazioni. Questo porta spesso il soggetto depresso in uno stato maniacale, per cui poi si utilizzano stabilizzatori dell'umore per trattare la mania. Raramente è necessario e cerco di evitarlo perché il disturbo bipolare di solito si riacutizza e trattamenti ECT a lungo termine causano spesso perdite di memoria progressive.

Un trattamento simile all'ECT ma che non causa problemi di memoria è la rTMS o TCMS. Il trattamento è stato approvato dall'FDA per la depressione, anche se non specificatamente per la

depressione bipolare. È molto caro e di solito non viene coperto dalle assicurazioni; il trattamento deve essere portato avanti più volte a settimana. Non sembra inoltre che si siano scoperti tutti gli effetti avversi e, sebbene il trattamento sia promettente e privo di effetti collaterali, il tasso di risposta nei pazienti nella pratica clinica non sembra coincidere con quello indicato negli studi che hanno portato all'approvazione da parte della FDA.

Un altro trattamento biologico della fase depressiva del disturbo bipolare è la stimolazione magnetica celebrale profonda. Sviluppata da un gruppo canadese, è attualmente disponibile solo come protocollo di studio presso l'Emory University di Atlanta. Dei microelettrodi vengono inseriti in uno preciso raggruppamento di cellule del cervello. Una volta trovata la frequenza e l'ampiezza dell'impulso elettrico, questo sembra curare la depressione. La tecnica chirurgica è essenziale per il successo e ci vorrà un po' prima che la tecnica ottenga l'approvazione della FDA.

La privazione del sonno, sotto supervisione medica, può aiutare a uscire dallo stato depressivo. Il motivo per cui ciò dovrebbe essere fatto solo dietro prescrizione medica è che la privazione di sonno può determinare rapidamente il passaggio dalla depressione allo stato misto o maniacale.

Sebbene il focus di questo capitolo sia sui farmaci, la discussione non sarebbe completa senza citare che anche la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) può essere utile per il disturbo bipolare. Ci sono evidenze che anche il regolare esercizio fisico può migliorare l'umore. Molti individui con disturbo bipolare sono più depressi durante l'inverno; può essere utile camminare all'aperto al sole o usare una luce artificiale come la fototerapia. È importante utilizzare la fototerapia con attenzione e sotto supervisione di uno psichiatra, visto che la eccessiva esposizione alla luce può scatenare stati maniacali o misti.

Dopo aver trattato le fasi 1, 2 e 3, presteremo attenzione ai disturbi in comorbidità con il disturbo bipolare. Il più comune è l'ansia di cui soffrono il 50% dei pazienti affetti da disturbo bipolare. Senza specificare troppo dei disturbi d'ansia, citiamo solo che includono il disturbo d'ansia generalizzata (un'eccessiva preoccupazione riguardo più aspetti della vita), il panico (che comporta attacchi specifici di ansia acuta associati spesso con sensazioni di dispnea, tachicardia, sensazione di perdere il controllo, sudorazione o tremori); fobie e disturbo ossessivo compulsivo. Le ossessioni sono pensieri intrusivi, non desiderati e che parassitano il paziente. Sono diverse dai pensieri negativi o dalle rimuginazioni della depressione, poiché non sono concentrate su un contenuto negativo o depressivo. Le compulsioni sono comportamenti che il soggetto sente di dover ripetere nonostante consumino tempo e interrompano la routine quotidiana senza uno fine utile.

Al momento, il disturbo d'ansia generalizzata è il disturbo d'ansia più frequente in comorbidità con il disturbo bipolare. Il trattamento per il disturbo d'ansia generalizzata si basa sulla psicoterapia cognitiva comportamentale e, a volte, sull'approccio farmacologico. Si utilizzano agenti della classe delle benzodiazepine (Klonopin, Ativan, Serax, Valium, Xanax). Questi farmaci possono dare assuefazione e sintomi di astinenza al termine della terapia. Hanno tutte una tendenza a indurre sedazione quindi è necessaria attenzione se ci si mette alla guida mentre le si assumono. Qualche dato in letteratura indica che il Klonopin è utile anche per stabilizzare l'umore e per questo motivo è la benzodiazepina più utilizzata per i pazienti bipolari affetti da ansia acuta.

Nei pazienti con disturbi d'ansia ma non affetti da disturbo bipolare, i farmaci principali sono gli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina. Questi comprendono il Prozac, Paxil, Luvox, Zoloft, Lexapro e Celexa. Può essere utilizzato anche un gruppo di antidepressivi affini chiamati inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina che comprendono il Cymbalta e lo Efexor. Come descritto precedentemente, il problema con gli antidepressivi è che tendono a peggiorare le oscillazioni del tono dell'umore e a indurre stati misti nei pazienti con

disturbo bipolare. Per questo, si cerca di non utilizzarli nei pazienti bipolari. Il primo antidepressivo serotoninergico a ricevere l'approvazione della FDA è stato un farmaco spesso dimenticato chiamato Anafranil o Clomipramina. Sebbene non possa menzionare studi o dati per confermarlo, posso dire che nella mia esperienza la medicina è spesso utile per trattare il disturbo d'ansia generalizzata e il disturbo ossessivo-compulsivo a dosaggi spesso ridotti (da 25 a 50 mg prima di dormire, rispetto alla dose tipica di 150 mg prima di andare a dormire nei pazienti non bipolari). Per ragioni che non so spiegare, non sembra indurre stati maniacali o misti, torna quindi utile nei pazienti ansiosi e, in particolare, in quelli con disturbo ossessivo-compulsivo. In ogni caso, bisognerebbe prima trattare i sintomi ansiosi o compulsivi con degli stabilizzatori del tono dell'umore come il Neurontin, visto che persino l'Anafranil può indurre stati maniacali o misti.

I pazienti bipolari con disturbo da attacchi di panico possono anche essere trattati con una terapia cognitivo- comportamentale e con le benzodiazepine, oltre che con il beta bloccante Propanololo. Nella mia esperienza, non ho necessità di trattare i pazienti con disturbo da attacchi di panico. Utilizzo piuttosto,una tecnica che ho appreso da Aaron Beck, colui che ha inventato la terapia cognitiva. In questa tecnica, viene chiesto al paziente di indurre intenzionalmente attacchi di panico attraverso l'iperventilazione, per poi interromperli con una tecnica di respirazione che aumenta i livelli ematici di anidride carbonica. Queste tecniche comprendono il respirare in una busta di carta munita di un buco, respirare attraverso un passaggio ristretto fatto con il pugno e saltando i respiri, una tecnica meno ovvia e difficile da apprendere in cui si salta un respiro ogni quattro, espirando in realtà solamente una seconda volta.

Il disturbo ossessivo-compulsivo in comorbidità con il disturbo bipolare rappresenta, per me, il livello massimo di difficoltà in ambito psicofarmacologico. Quando dobbiamo usare farmaci per l'OCD, le uniche che funzionano bene sono gli antidepressivi serotoninergici. A volte, possono funzionare anche gli antipsicotici atipici. Per evitare l'induzione di manie, stati misti e cicli rapidi, si cercano di ottenere i migliori risultati possibili con una terapia cognitivo-comportamentale chiamata prevenzione dell'esposizione e della risposta. Con questa terapia, ci si espone intenzionalmente a uno stimolo che scatena di solito alla compulsione; quindi si fa ricorso a una tecnica di rilassamento per resistere alla necessità di attuare la compulsione. La maggior parte dei pazienti ritiene che, con un po' di pratica, si possa superare la necessità di dar vita alla compulsione e lasciarla passare. Può essere usata similmente una tecnica chiamata blocco del pensiero per trattare le ossessioni.

In ogni caso, ci sono molti pazienti con disturbo bipolare e disturbo ossessivo-compulsivo in comorbidità che richiedono l'utilizzo di farmaci. Il mio approccio personale è assicurarsi di avere uno stabilizzatore dell'umore efficace e stabile per poi introdurre l'Anafranil. Si possono anche usare altri antidepressivi serotoninergici, ma, nella mia esperienza, trovo che siano molto destabilizzanti nei pazienti bipolari.

Un altro disturbo frequentemente in comorbidità con correlazione con il disturbo bipolare è l'ADHD. L'ADHD si presenta in tre sottotipi: tipo da deficit dell'attenzione, tipo iperattivo impulsivo e tipo combinato. Sebbene non sia intuitivo affermare che ci sia un tipo da deficit dell'attenzione iperattività, significa che il paziente è disattento/distraibile, ma non iperattivo, il motivo per cui la precedente denominazione di ADD è stata abolita. Il tipo di ADHD iperattivo-impulsivo è riservato a coloro che hanno sintomi di iperattività impulsiva senza disattenzione e distraibilità. Il tipo combinato, il più comune nell'infanzia, è utilizzato per le persone che sono disattente, iperattive e impulsive. I criteri diagnostici per l'ADHD e per gli altri disturbi psichiatrici possono essere trovati su www.mentalhealth.com. Menzionarli tutti esula dallo scopo del capitolo.

È stato pubblicato soltanto uno studio a doppio cieco controllato sul trattamento dell'ADHD nei pazienti bipolari adulti. Questo studio è stato realizzato su pazienti che erano stati adeguatamente stabilizzati con il Depakote e a cui era stato aggiunto l'Adderall. L'Adderall è una combinazione di quattro sali anfetaminici che viene di solito usato nella formulazione a rilascio esteso o XR, per l'ADHD. È stata osservata nello studio una buona risposta senza una rilevante destabilizzazione del tono dell'umore, sebbene i pazienti reclutati fossero un numero limitato.

Nella mia esperienza clinica, la maggior parte dei pazienti bipolari con ADHD non si destabilizzano con l'aggiunta di farmaci per l'ADHD nel trattamento in quattro fasi prima descritto. Se non si tiene conto invece dell'ordine e si trattano i sintomi dell'ADHD prima di stabilizzare l'umore, possono emergere stati maniacali o cicli rapidi. Sebbene una discussione completa sul trattamento farmacologico dell'ADHD sia oltre lo scopo del capitolo, qui sotto viene fornita una descrizione generale.

In genere, si usano gli stimolanti per trattare l'ADHD. Ci sono opzioni che includono molecole non stimolanti, come straterra o Wellbutrin, ma la dimensione dell'effetto (quanto aiutano, non soltanto se siano superiori al placebo) sembra inferiore a quella osservata per gli stimolanti.

Nella famiglia degli stimolanti, ci sono due tipologie base. I farmaci basati sull'anfetamina che funzionano bloccando la ricaptazione e incrementando il rilascio di norepinefrina e dopamina nel cervello mentre il Ritalin e i farmaci derivati dal Metilfenidato funzionano semplicemente bloccando la ricaptazione di dopamina e norepinefrina. Sebbene alcune persone trovino più efficace una tipologia piuttosto che l'altra, la maggior parte non risponde ad entrambe. Se le anfetamine non funzionano bene, si prova con un farmaco derivato dal Metilfenidato e viceversa.

All'interno di ciascuna di queste tipologie ci sono strategie diverse per far funzionare i farmaci più a lungo. Queste strategie variano da cerotti a lento rilascio e che devono essere rilasciati in due fasi nell'organismo per funzionare. Il tuo medico può discutere e confrontare se queste molecole sono da considerarsi per il tuo ADHD.

Questo capitolo non sarebbe completo senza menzionare l'importanza delle scelte relative allo stile di vita nella gestione del disturbo bipolare. Si può letteralmente peggiorare la malattia comportandosi in un certo modo e questo può portare alla mancata risposta ai farmaci. Primo, è molto importante introdurre e sospendere continuare i farmaci, visto che essi possono non funzionare una volta interrotti. Questo è importante quando le condizioni sono gravi e se più farmaci vengono usati prima della stabilizzazione. Si rischia di perdere la risposta e avere sempre meno alternative a disposizione, tutto per l'interruzione di un farmaco.

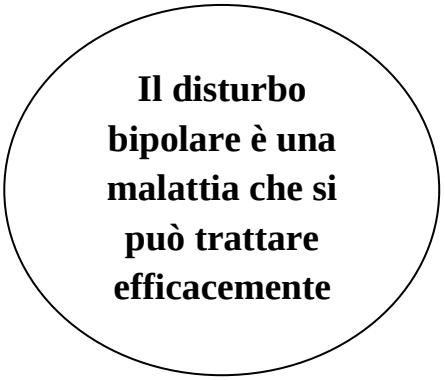
Secondo, il disturbo bipolare è in parte un disturbo che implica alterazioni dell'orologio biologico. Mantenere un adeguato ritmo sonno-veglia, andando a letto e svegliandosi ogni volta alla stessa ora è importante. Far tardi la notte può essere destabilizzante. Similmente, viaggiare da un posto con poca luce solare a un altro con molta, può scatenare una mania. Se viaggiate da un emisfero all'altro, o tra zone con diversi fusi orari, potete discutere con lo psichiatra la modalità con cui riconoscere e gestire le concomitanti oscillazioni del tono dell' umore.

Terzo, l'abuso di sostanze è in generale destabilizzante. Ciò è vero per tutte le sostanze, inclusa la cannabis. Dei due tipi, la cannabis sativa (la variante stimolante) è peggiore dell'indica (la variante sedativa), sebbene l'indica possa indurre depressione con l'uso continuato. L'abuso di stimolanti come la cocaina è destabilizzante, come del resto l'ecstasy. Persino l'alcol può scatenare depressione del tono dell'umore. In generale, se avete il disturbo bipolare, fareste meglio a non

usare sostanze o limitare l'alcol, non eccedendo il bicchiere di vino o birra, o un bicchierino di liquore l'ora, per un massimo di due drink al giorno.

Quarto, una nutrizione adeguata e un regolare esercizio aerobico, preferibilmente al mattino e all'aperto per beneficiare della luce del sole sembra essere efficace per mantenere la regolazione dell'orologio biologico e l'umore stabile.

Riassumendo, il disturbo bipolare è una malattia che si può trattare efficacemente. Con un trattamento ottimale e delle scelte di vita appropriate, la maggior parte degli individui bipolari può condurre una vita felice, salubre e produttiva. Punti chiave sono la ricerca di un trattamento ottimale, l'aderenza alle prescrizioni, la continuità del trattamento e il condurre una vita sana.



## Suicidio e disturbo bipolare

di Dr. Tom Jensen, M.D.

Lo scopo di questo capitolo è descrivere quanto sappiamo del suicidio negli individui bipolari, oltre a descrivere come minimizzare i rischi di questo drammatico esito. Ci sono strumenti utili per prevenire il suicidio in tutti e tre gli interventi che utilizziamo per trattare le persone con disturbo bipolare, inclusi interventi ambientali, farmacologici e terapeutici.

Vent'anni fa, le terribili statistiche che erano state pubblicate mostravano che dal 20 al 25% degli individui bipolari morivano a causa del suicidio. C'è stata comunque una sostanziale riduzione del tasso di suicidio negli individui con disturbo bipolare con il miglioramento dei trattamenti. Una percentuale dal 5 al 10% sembra essere ora la più adeguata a riflettere l'impatto sostanziale che il trattamento ha nella riduzione del tasso di suicidio in quanti soffrono di disturbo bipolare.

Detto ciò, il verificarsi di un suicidio è già troppo e persino un 5% indica una percentuale 30 volte superiore a quella della media della popolazione generale. Dobbiamo cercare di migliorare il trattamento della malattia e traslare le nostre conoscenze nella pratica per ridurre ulteriormente il rischio. Ci sono strumenti di cui conosciamo l'efficacia e, pertanto, la sfida adesso è assicurare che questi strumenti siano presi in considerazione nel trattamento di ogni soggetto con disturbo bipolare. Ovviamente, mentre utilizziamo quanto conosciamo, dobbiamo continuare a finanziare la ricerca sulla malattia e trovare modalità migliori di prevenirla.

Sfortunatamente, non c'è una formula perfetta per predire chi tenterà il suicidio. Esistono comunque alcune caratteristiche comuni in coloro che muoiono per suicidio. Il primo e il più importante fattore di rischio è l'eventuale presenza di una madre, padre, fratello o sorella che si è suicidato. Questo fattore da solo è il più grande moltiplicatore del rischio di suicidio. Quanti commettono o tentano il suicidio sperimentano di solito un'alterazione del pensiero in cui ci si convince di provare così tanto dolore che non vale la pena restare vivi e che quanti si trovino accanto a loro staranno meglio senza la loro presenza.

Il secondo fattore è l'abuso di sostanze. La maggior parte delle vittime per suicidio abusa di alcol o sostanze nel loro contesto di appartenenza.

Un altro fattore importante è il possesso di armi da fuoco. Il suicidio con un'arma da fuoco è molto comune, in particolare tra i giovani. La maggior parte dei tentativi di suicidio con armi da fuoco non sopravvive o, se questo accade, riporta danni celebrali gravi. In effetti, se dovessimo scegliere una modalità per prevenire un gran numero di suicidi, questa consisterebbe nell'inserire lucchetti all'altezza dei grilletti e sistemi di sicurezza alle armi.

Un altro moltiplicatore è l'isolamento sociale. Questo tipo di malessere si manifesta spesso nell'adolescenza, il momento in cui si sviluppano le abilità sociali e i modelli di amicizia. Le persone che hanno sofferto di disturbo bipolare sin da molto giovani, tendono a sminuirsi, non sviluppando le abilità sociali richieste per creare amicizie adulte durature e ritrovandosi quindi isolati. Persino i familiari possono venir meno quando si trovano di fronte a un figlio, una figlia o partner bipolare non in fase di eutimia che urla in continuazione. Costruire pertanto una comunità nella quale i malati possano trovare supporto, comprensione e associarsi con altri per realizzare attività significative rappresenta un traguardo importante per il trattamento delle persone con questa malattia. Una cosa che abbiamo imparato dalla malattia negli ultimi vent'anni e che metà delle persone con disturbo bipolare soffre anche di disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzata, da attacchi di panico, fobico, ossessivo-compulsivo). L'ansia sembra essere un fattore di rischio per il

suicidio. Leggete il capitolo sul trattamento farmacologico per quanto riguarda la riduzione dell'ansia attraverso la terapia cognitiva e i farmaci e annotate alcuni dei medicinali usati comunemente per l'ansia che possono causare stati misti.

Infine, sono moltiplicatori una stabilizzazione dell'umore inadeguata e la presenza di stati misti. Per questo motivo, come descritto nel capitolo sul trattamento farmacologico, dobbiamo tenerci lontani dai farmaci che sappiamo indurre stati misti (antidepressivi e steroidi, tanto per citare i più comuni) e avere un piano di farmaci che permetta di individuare gli stati misti e il trattamento aggressivo nel caso si manifestino.

Forse, uno dei migliori modi per prevenire il suicidio è aiutare la persona a capire quanto possa dare al mondo e alle altre persone e aiutarli a tirar fuori quel talento. Senza la convinzione di avere un valore, è molto difficile trattare l'isolamento sociale e la scarsa autostima.

Tutti noi vorremmo conoscere i segnali di allarme che indicano che un tentativo di suicidio è imminente. Alcuni esistono, ma a volte il suicidio arriva durante un grave stato misto che si verifica all'improvviso e gli amici non hanno nessun modo di prevederlo. I segnali che possono farci pensare al suicidio sono svariati, incluso il parlare del suicidio o della morte, o semplicemente far riferimento alla morte. Gli individui possono "mettere a posto i propri affari", dando via cose, aggiornando il testamento e facendo cose che semplifichino la vita di quanti si lasceranno indietro. Un rilevante segnale d'allarme è l'acquisizione online di informazioni sul suicidio o sul modo di aiutare qualcuno che ha intenzione di suicidarsi. Prove come visitare il posto dove si intende suicidarsi, annodare una corda o lustrare una pistola sono ulteriori segnali gravi.

Cosa si può fare per minimizzare le possibilità che i propri amati affetti da disturbo bipolare si suicidino? Oltre a mettere in sicurezza le armi da fuoco, prevenire l'abuso di sostanze, aiutare a costruire un gruppo di supporto e prestare particolare attenzione a quanti hanno già perso qualcuno accanto a loro a causa del suicidio, ci sono altri interventi possibili.

È importante notare che chi soffre di disturbo bipolare cerca un trattamento con psichiatri esperti nel trattamento della malattia. Purtroppo, non è lecito assumere che tutti gli psichiatri trattino la malattia correttamente. Per trovare un medico nella zona in cui vivete, può essere d'aiuto andare da un gruppo di supporto per utenti e chiedere chi è il migliore. In questa malattia, l'umore può mutare in un istante e lo psichiatra deve essere pronto a rispondere quando gli si parla.

**La famiglia può adottare strategie per ridurre l'isolamento sociale e aiutare il caro affetto da disturbo bipolare a trovare la sua realizzazione e il proprio senso di utilità**

Ci sono anche interventi psicoterapeutici che possono essere realizzati da un terapista o da uno psichiatra. La terapia del disturbo bipolare dovrebbe includere i seguenti elementi: i pazienti e, preferibilmente, i familiari, devono imparare a riconoscere la depressione, la mania o l'ipomania e gli stati misti. Sarebbe meglio usare una grafico raffigurante l'umore per distinguere stagionalità e altre caratteristiche. Inoltre, realizzare un grafico raffigurante l'umore aiuta la persona a comprendere che è la malattia, e non solo gli eventi della vita, a farli sentire male. Una volta che una persona è in grado di identificare gli specifici stati di alterazione del tono dell'umore, può ricevere una terapia cognitivo-comportamentale per imparare a gestire i sentimenti e i pensieri distorti in ogni stato di alterazione.

Il terapista può anche lavorare con paziente e famiglia per rendere più sicuro l'ambiente familiare.

Inoltre, la famiglia può adottare strategie per ridurre l'isolamento sociale e aiutare il caro affetto da disturbo bipolare a trovare la sua realizzazione e il proprio senso di utilità. Il terapista può anche monitorare e incoraggiare un trattamento farmacologico. Però, non seguire il trattamento è un problema comune nelle persone con disturbo bipolare e può portare all'insorgenza di pensieri suicidari.

Un altro intervento prevede che un amico fidato o un parente venga educato sulla malattia in modo che possa osservare e aiutare il malato quanto sperimenta stati di alterazione del tono dell'umore. I coniugi dovrebbero essere invitati agli appuntamenti con lo psichiatra o il terapista.

**Può essere inoltre d'aiuto avere un promemoria scritto che indichi cosa fare se il proprio amato sta tentando il suicidio**

Può essere inoltre d'aiuto avere un promemoria scritto che indichi cosa fare se il proprio amato sta tentando il suicidio. Una crisi non è il momento migliore per cercare di capire chi chiamare. Un piano del genere dovrebbe includere molti elementi:

1. Nome e telefono dello psichiatra e del terapista da chiamare;
2. Numero di telefono della linea telefonica dedicata alla prevenzione del suicidio e delle malattie mentali;
3. Un promemoria sul fatto che chiamare le forze dell'ordine è una buona cosa in caso ci sia un tentativo di suicidio e ci siano problemi nel reperire uno psichiatra o un terapista;
4. Nome e indicazioni per raggiungere l'ospedale o il pronto soccorso scelti;
5. Informazioni assicurative da portare nel caso sia necessario raggiungere l'ospedale o il pronto soccorso;
6. Una lista di tutte le medicine che si stanno assumendo;
7. Una lista dei motivi per vivere e "del perché i pensieri di suicidio sono distorti" come riferimento quando qualcuno pensa al suicidio.

**Il disturbo bipolare è trattabile e si compiono progressi anno dopo anno**

Il suicidio non è un modo di trattare la malattia. Il disturbo bipolare è trattabile e si compiono progressi anno dopo anno. Per prevenire un tentativo di suicidio, c'è una cosa che voi e il vostro gruppo di supporto potete fare. Siate gli avvocati di voi stessi e fate in modo che ciò che avete appreso in termini di prevenzione del suicidio diventino parte del trattamento della persona malata. Inoltre, sebbene la persona creda che non migliorerà mai, ricordate che ci sono nuove modalità per trattare la malattia giorno dopo giorno e, cosa più importante, non vi rassegnate.

**Gettare benzina sul fuoco:**

**i rischi dell'abuso di sostanze nel disturbo bipolare**

di Russ Federman, Ph.D., ABPP - University of Virginia

J. Anderson Thomson, Jr., MD - University of Virginia

Tom Horvath, Ph.D., ABPP - Practical Recovery, San Diego, CA

Se soffri di disturbo bipolare ma ti astieni dal bere alcol o fare uso di altre sostanze, puoi non leggere questo capitolo! L'utilizzo di sostanze (inclusi cannabis, alcol, cocaina, eroina, etc.) complica generalmente il vissuto del disturbo bipolare. Questo capitolo spiegherà perché astenersi è il modo di comportarsi più semplice e più sicuro. Forniremo comunque anche informazioni su quando è possibile considerare la moderazione un'opzione potenziale.

**Due esempi:**

**Frank**

Frank è un giovane ventiseienne creativo e intelligente che ha lottato con il disturbo bipolare e l'abuso di sostanze durante l'età adulta. La sua malattia ha comportato numerosi ritiri dal college ma ha perseverato e si è laureato in storia. Nel bel mezzo della crisi economica, ha trovato solo un lavoro come cameriere in un ristorante della città dove ha studiato. I giovani che lavoravano nel ristorante amavano far festa e non è passato molto prima che Frank si unisse a loro. Avrebbe dovuto essere il primo a comprenderne i rischi. Ma, come tutti noi, Frank voleva socializzare e i suoi colleghi erano le persone disponibili. Dopo un lungo periodo di stabilità, che attribuiva all'astinenza dalle sostanze e all'assunzione regolare di stabilizzatori dell'umore e di farmaci per migliorare il sonno, si è ritrovato rapidamente a fare festa con i colleghi dopo l'orario di chiusura. Poco sonno, troppo alcol e uso di cannabis hanno scatenato l'inevitabile. Si convinse di possedere la saggezza di Thomas Jefferson e di essere obbligato a comunicarla a tutti quelli che avrebbe ascoltato all'università, statue incluse. Pensava di star bene, forse anche meglio. Quelli che non lo capivano erano pazzi.

**Gabrielle**

L'instabilità umorale di Gabrielle emerse quando aveva circa 12 anni. Il suo umore era spesso cupo e tenebroso, caratterizzato da una forte irritabilità e scatti frequenti. Alle superiori, l'so di cannabis erano parte costante della sua vita. Attutivano il dolore del suo umore depresso e smussavano la sua irritabilità. Aveva dei voti ragionevolmente buoni ma decise di non andare al college. Piuttosto, capì di potersi mantenere vendendo vestiti. A vent'anni, uno dei suoi colleghi le diede dell'Ossicodone. Era curiosa, lo provò e le piacque molto. Il tizio che procurò l'Ossicodone a Gabrielle la fece rapidamente passare all'eroina. Funzionava, o almeno così pensava. Non era più preoccupata di quale fine stesse facendo la sua vita. La sua unica preoccupazione erano i soldi per l'eroina. Dopo aver perso il lavoro ed essere finita in strada, la famiglia intervenne e la fece ospedalizzare per disintossicarla dall'eroina e dalla dipendenza da sostanze. La cura ebbe un successo parziale e Gabrielle sospese l'assunzione di oppiacei, continuando saltuariamente l'uso di cannabis.

Nei successivi quattro anni, Gabrielle continuò a lavorare nelle vendite. Il suo umore era diventato moderatamente depresso con episodi intermittenti di forte irritabilità. All'età di 25 anni, decise di iniziare una scuola d'arte. Cominciò il semestre con la forte convinzione di rimettersi in

carreggiata, ma scoprì di avere poco in comune con la maggior parte dei diciottenni e diciannovenni dei suoi corsi. Diventò anche ansiosa del suo rendimento accademico. Dopotutto, era fuori dalla pratica.

Per ridurre lo stress, cominciò a fumare cannabis ogni notte. Scoprì che quando stava su, le sue preoccupazioni erano rimpiazzate da un senso di euforia e grandi energie. Il sonno cominciò a diventare meno importante e rimaneva regolarmente sveglia fino alle 4 o alle 5, navigando sul web, chattando o disegnando. I risultati scolastici rapidamente crollarono.

Quando questo accadde, Gabrielle subì un duro abbattimento. La sua euforia ed energie vennero rimpiazzata da disperazione e senso di vuoto. Passava la maggior parte del tempo a letto e non aveva le energie per fare nulla. Venne ricoverata a causa del peggioramento delle sue condizioni e le venne diagnosticato il disturbo bipolare.

## L'analisi costi-benefici

Frank e Gabrielle avrebbero potuto avere dei vissuti meno dolorosi? Vediamo cosa hanno comportato le sostanze per ognuno facendo un'analisi dei costi e dei benefici, a partire dai benefici. Per Frank, il beneficio di utilizzare l'alcol e la marijuana era semplice. Voleva avere una vita sociale. L'alcol e la marijuana gli permettevano di socializzare facilmente con i suoi coetanei. Per Gabrielle, il beneficio fornito dalla marijuana era la riduzione dell'ansia per il rendimento accademico e l'accettazione sociale.

Sebbene non si possa esserne sicuri, il costo delle sostanze in ogni esempio sembra essere l'aver indotto di un episodio maniacale. Questo ci pone lo specifico quesito, ne valeva la pena? Presumiamo che concordiate che in nessuno dei casi i benefici valevano i costi.

Comprendiamo che gli obiettivi (unirsi, rilassarsi) siano ragionevoli e degni di essere perseguiti. Il nostro lavoro con i soggetti affetti da disturbo bipolare suggerisce che l'utilizzo di sostanze è di solito collegato a uno o più dei seguenti fattori: 1) attenuare l'elevata energia o agitazione, 2) ridurre la depressione, 3) superare la noia legata all'eutimia e, 4) alimentare, aumentare e prolungare l'intensità della fase euforica dell'umore ipomaniacale. Non è strano o sorprendente volersi calmare e non annoiarsi.

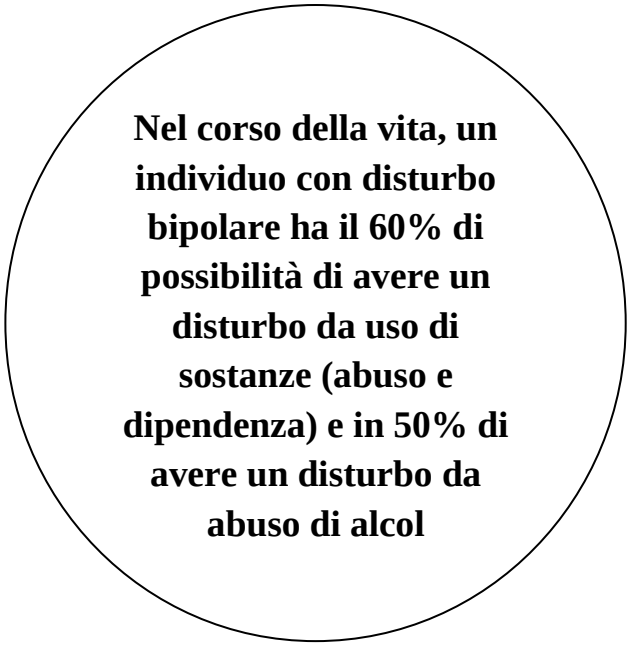
Il problema di raggiungere questi obiettivi con l'uso delle sostanze è che, in caso di successo, è difficile moderarne l'uso, soprattutto quando si è affetti da disturbo bipolare. Inoltre, quando si eccede, le sostanze possono: 1) funzionare così bene da atrofizzare le nostre altre capacità, 2) non funzionare nel tempo e diminuire o portare via ciò che avevano fornito, 3) incrementare il rischio di problematiche quali incidenti stradali, infezioni, arresti, ecc e 4) scatenare il disturbo bipolare.

Forse state pensando "comprendo il rischio, a me non capiterà, starò attento". Per ripetersi, il miglior modo di stare attenti è astenersi dall'uso di sostanze. Dovete decidere voi qual è il margine di manovra. Sebbene alcuni aspetti del disturbo bipolare possano essere oltre il vostro controllo, l'astinenza è interamente sotto il vostro controllo. Considerate come vi sentireste se l'uso reiterato di sostanze scatenasse un episodio maniacale che richiedesse il ricovero in ambiente psichiatrico e sapeste che l'astinenza avrebbe evitato tutto.

**Il rapporto tra utilizzo di sostanze e disturbo bipolare**

Molti individui usano male varie sostanze. Se l'abuso è abbastanza frequente, ingente e poco problematiche, i professionisti della salute mentale lo considerano un disturbo di uso di sostanze. Il sottotipo meno grave è chiamata abuso di sostanze.

Il sottotipo più grave è chiamata dipendenza da sostanze. In questo capitolo, utilizziamo il termine abuso di sostanze che include il disturbo da uso di sostanze (abuso e dipendenza). Per abuso, intendiamo ogni uso di sostanze che può portare problemi nella vita, anche se a livelli non sufficientemente elevati da soddisfare dei criteri diagnostici.




Nel corso della vita, un individuo con disturbo bipolare ha il 60% di possibilità di avere un disturbo da uso di sostanze (abuso e dipendenza) e in 50% di avere un disturbo da abuso di alcol (Tolivar, B.K., 2010). Detto in altro modo, 6 bipolari su 10 hanno esperienze di abuso di sostanze abbastanza gravi da richiedere una diagnosi. La maggior parte di loro ha un disturbo da uso di alcol, mentre altri hanno disturbi da uso di marijuana, oppiacei, stimolanti, etc.

Sebbene un disturbo da uso di sostanze sia associato a problemi in chiunque, i problemi peggiorano se si ha il disturbo bipolare. Se soffrite di disturbo bipolare, avete più possibilità di avere:

- Scarsa aderenza al trattamento
- Maggiore frequenza di episodi depressivi, maniacali o ipomaniacali gravi
- Episodi più lunghi
- Più episodi misti e cicli rapidi (che sono più difficili da trattare)
- Maggiori difficoltà a dormire
- Maggior aggressività e impulsività
- Maggiori tentativi di suicidio
- Più impulsi e pensieri di suicidio
- Maggiore ansia
- Maggiori possibilità di infezioni
- Maggiori complicazioni mediche
- Maggiori ricoveri ospedalieri

Sebbene mettere in ordine cause ed effetti sia difficile nel disturbo bipolare, da una prospettiva clinica sembra che eliminando l'abuso di sostanze, si diminuisce o si arresta il rischio di questi problemi. Per illustrare alcuni dei problemi collegati all'abuso di sostanze nel disturbo bipolare più in dettaglio, consideriamo l'epatite C e la detenzione in carcere. Ma prima di preoccuparvi, non vogliamo che consideriate che epatite e carcere siano il destino di chi soffre di disturbo bipolare. Vediamo queste conseguenze nei casi più gravi di disturbo bipolare e abuso di sostanze. Nel contesto del modello costi-benefici, i problemi sembrano comunque abbastanza indicativi.

**Epatite C**

Sebbene molte delle complicazioni derivate dall'abuso di sostanze nel disturbo bipolare possano non sorprendere, alcune scoperte recenti mostrano la relazione tra disturbo bipolare, abuso di sostanze ed epatite C. Gli individui bipolari che abusano di sostanze hanno sette volte più possibilità di avere l'epatite C rispetto ai pazienti senza disturbi mentali (Himelhoch, S., McCarthy, J.F., Ganoczy, D., Medoff, D., Kilbourne, A., Goldberg, R., Dixon L., Blow F.C., 2009). In uno studio, oltre un terzo dei pazienti con disturbo bipolare e disturbo da abuso di sostanze erano positivi all'epatite C. Quest'infezione aveva un tasso cinque volte superiore rispetto ad ogni altra singola patologia (Matthew, A.M., Huckans, M.S., Blackwell A.D., Hauser P., 2008). Questi tassi elevati potrebbero essere il risultato dell'utilizzo di sostanze iniettabili e comportamenti sessuali a rischio durante l'intossicazione e/o la fase maniacale.

L'epatite C rende il trattamento del disturbo bipolare difficile. L'abuso di sostanze più comune nei pazienti bipolari è quello di alcol e i pazienti con epatite C che sono anche forti bevitori hanno più possibilità di avere malattie del fegato. Possono avere un fibroma epatico, una progressione accelerata delle malattie epatiche e un più elevato tasso di sclerosi e carcinoma epatocellulare rispetto ai pazienti con epatite C che evitano l'alcol quando il loro fegato è indebolito. (Bhattacharya, R. and Shuhart, M., 2003). Ma le medicine usate per curare il disturbo bipolare o la dipendenza da alcol possono danneggiare il fegato. Per esempio, il Valproato di sodio (Depakote) può migliorare l'uso di alcol per i pazienti alcolizzati con disturbo bipolare, ma è connesso con un rialzo (poco salutare) degli enzimi epatici nei pazienti con epatite C, rispetto a quelli che non ne sono affetti. La funzionalità epatica deve essere pertanto costantemente monitorata e i problemi del fegato possono richiedere degli aggiustamenti dei farmaci per il disturbo bipolare a livelli sub-ottimali.

L'abuso di sostanze e il disturbo bipolare complicano anche il trattamento dell'epatite C. L'interferon-α, il trattamento più efficace per l'epatite C, è associato all'insorgenza di sintomi psichiatrici osservati nei pazienti bipolari. Questi includono depressione, mania, psicosi e pensiero suicidario (Onyike, C.U., Bonner, J.O., Lyketsos, C.G., Treisman, G.J., 2004). L'emergere di un disturbo psichiatrico richiede spesso sospensione nel trattamento con l'interferone. La presenza di abuso di alcol e sostanze è un forte segnale negativo in termini di possibilità di successo del trattamento con l'interferone per l'epatite C.

**Detenzione in carcere**

È facile suppore che le persone che abusano di sostanze possano finire più spesso in prigione. Ciò è ancora più frequente se l'abuso di sostanze si combina con il disturbo bipolare. In un campione di soggetti carcerati affetti da disturbo bipolare, tre quarti avevano ricevuto una diagnosi di abuso di sostanze rispetto a un quinto di quelli ospedalizzati (Quanbeck, C.D., Stone, D.C., Scott, C.L.,McDermott, L.L., Frye, M.A., 2004).

Le donne hanno un tasso di abuso e un tasso di detenzione in carcere ridotti rispetto agli uomini. Ma l'associazione tra abuso di sostanze e carcere è particolarmente forte nelle donne con disturbo bipolare. Nell'esempio sopracitato, le donne hanno 38 volte più possibilità di avere una diagnosi di abuso di sostanze rispetto a donne bipolari non incarcerate seguite in comunità (McDermott, B.E., Quanbeck, C., Frye, M.A., 2007).

Il disturbo bipolare è assolutamente diffuso tra gli individui con arresti multipli e detenzioni in carcere. In uno studio su oltre 79.000 reclusi in Texas dal 2006 al 2007, gli individui bipolari avevano 3,3 volte la possibilità di avere più di 4 incarcerazioni precedenti (Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A, Murray, O.J., 2009).

Se le sostanze possono quindi causare così tanti problemi ai pazienti bipolari, perché vengono usate? La spiegazione è l'automedicazione: visto che stabilizzare l'umore è così difficile, a volte, le sostanze vengono usate per raggiungere questo scopo. Ci sono prove che testimoniano che l'uso di sostanze avviene per gestire alcuni dei sintomi del disturbo bipolare e che può effettivamente esserci del sollievo iniziale. Se l'automedicazione sembra funzionare, è facile ovviamente desumere che continuerà a farlo con un utilizzo continuato. E qui insorge il rischio di manifestare problemi sostanziali.

Sulla stessa lunghezza d'onda di questa ipotesi è la scoperta che gli individui con umore misto o cicli rapidi hanno il doppio delle possibilità di abusare di sostanza e alcol rispetto agli altri (Sublette, E.M., Carballo, J., Moreno, C., Galfalvy, H.C., Brent, D.A., Birmaher, B., John Mann, J., Oquendo, M.A., 2009; Tolivar, B.K., 2010). L'agitazione e il tumulto emotivo degli stati misti o dei cicli rapidi possono essere disabilitanti e le sostanze possono essere usate per attutire l'intensità delle emozioni.

Contrariamente all'ipotesi dell'automedicazione, molte delle sostanze usate nel disturbo bipolare si muovono nella direzione opposta. Quando si sentono giù (e hanno bisogno di ricaricarsi), gli individui bipolari adoperano spesso alcol e altre sostanze depressogene. La scelta di usare l'alcol, sfortunatamente, per i suoi immediati effetti anti-depressivi non tiene conto della depressione che ne consegue. Allo stesso modo quando i bipolari si trovano in una fase caratterizzata da umore euforico (e devono calmarsi e rallentare), utilizzano spesso stimolanti (cocaina, metamfetamina, caffeina…). Piuttosto che auto-medicare l'elevazione del tono dell'umore, sembrano volerla incrementare e prolungare.

Forse sia l'uso di sostanze che il disturbo bipolare hanno origine da una dimensione o da una serie di fattori comuni preesistenti. Sappiamo che a volte l'abuso di sostanze arriva per primo e promuove l'insorgenza del disturbo bipolare. È come se l'utilizzo di sostanze stressasse il sistema neurochimico e portasse allo scatenamento di un disturbo bipolare che non si sarebbe altrimenti manifestato. Il manifestarsi di una psicosi maniacale dopo l'uso di sostanze allucinogene è un buon esempio di questa possibilità. Però, con altre sostanze, l'abuso può svilupparsi secondariamente al disturbo bipolare. L'abuso si scatenar allora a causa dello stesso disturbo bipolare. L'uso di sostanze in fase maniacale può facilmente trasformarsi in abuso o dipendenza, perché l'individuo agisce impulsivamente e senza utilizzare capacità di critica o giudizio. L'utilizzo di sostanze inibisce letteralmente queste capacità.

Forse l'uso di sostanze risponde a una logica abbastanza immediata: le usiamo perché vogliamo! Molti individui descrivono le loro esperienze come divertenti, piacevoli, calmanti, eccitanti, "uno spiraglio chimico del paradiso", ecc. Di contro, ci sono i costi potenziali. Per i soggetti affetti da disturbo bipolare, sfortunatamente, questi sono più elevati rispetto a quanti non ne soffrono.

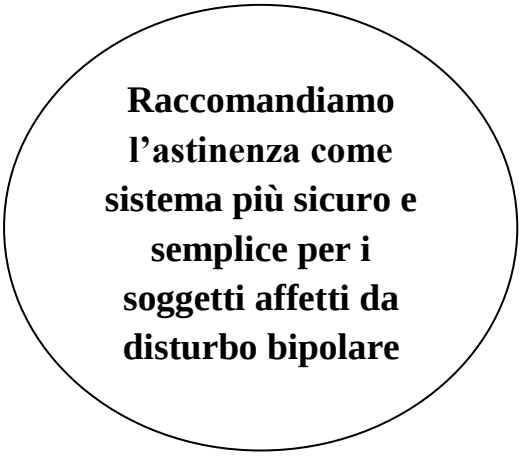
**Se sei bipolare, cosa dovresti fare?**

Il tuo rapporto con le sostanze si trova da qualche parte in questo continuum:

Astinenza → uso moderato → abuso → dipendenza

Per le ragioni che spiegheremo, raccomandiamo l'astinenza come sistema più sicuro e semplice per i soggetti affetti da disturbo bipolare.

L'utilizzo di sostanze riscuote, comunque, molto fascino e molti non vogliono rinunciare ai piaceri che possono essere ad esse associati. Molti individui cercheranno, pertanto, di bilanciare i rischi dell'abuso e i piaceri dell'uso. Sfortunatamente, riteniamo ciò problematico per la maggior parte della tarda adolescenza e nella prima età adulta, che rappresentano anche le finestre temporali nelle quali la maggior parte manifesta il disturbo bipolare.




**Ecco perché:**

Per prima cosa, considerate tutti i fattori che determinano lo sviluppo tra i 15 e i 25 anni: continuare dopo la scuola superiore (per molti andare al college), esperienza dell'autonomia al di fuori dal nucleo familiare, prime decisioni riguardo la direzione da intraprendere nella vita, determinazione dei propri valori rispetto a quelli familiari, rapportarsi con il livello di competizione accademica e lavorativa, esperienza delle relazioni sessuali e amorose, sperimentare le primi fasi della autosufficienza economica, ecc. Ovviamente, questa non è una lista completa.

Una delle influenze più forti in questa fase dello sviluppo è quella di sviluppare legami interpersonali forti. Questo è un punto cruciale perché permette di allentare i legami esistenti con la famiglia. Il bisogno di appartenenza e di accettazione tra coetanei è particolarmente importante quando consideriamo la prevalenza in termini di uso di alcol nella popolazione universitaria. Da un rapporto dell'American College Health Assessment del 2010, tratto da un campione casuale di 30.000 studenti, osserviamo che oltre il 60% degli intervistati aveva usato alcol nel mese precedente. Ancor più rilevante è l'assunto secondo cui gli studenti pensavano che il 94% avesse bevuto nel mese precedente. In poche parole, sovrastimavano il consumo di alcol dai loro coetanei. Nel gruppo dei consumatori di alcol, quasi il 30% affermava di bere per socializzare e che quando lo faceva consumava cinque o più drink.

Potreste percepire diversamente i dati affermando, "aspetta, che ne dici del 40% che non beve?". Concordiamo che è un numero sostanziale. Ma è più importante far notare che gli studenti percepiscano che nove studenti su dieci bevono alcolici. In poche parole, l'astinenza non è percepita come normale nella popolazione universitaria. Quando riflettiamo sull'importanza di inserirsi, riflettiamo sul fatto che molti studenti vogliono comportarsi nel modo che pensano sia coerente con quelli dei loro coetanei. Fare scelte alternative è difficile. Per esempio, andare a una festa e limitarsi a uno o due drink è difficile quando tutti ne stanno bevendo di più. E quando i coetanei sono quelli che non si moderano, l'appartenenza al gruppo può assumere un connotato pericoloso e muoversi verso l'eccesso di alcol. Scegliendo di legarsi con un gruppo di coetanei che consumano alcolici, lo studente aumenta enormemente il suo rischio di abuso di sostanze. Combinato alla predisposizione

genetica per il disturbo bipolare, si ottiene la ricetta dei problemi di doppia diagnosi che abbiamo menzionato prima.

Con i pazienti adolescenti e entro i primi vent'anni di età, di solito, la moderazione non è una strategia di successo. Se il fallimento nella moderazione significasse semplicemente smettere di bere e astenersi dal farlo in futuro, l'uso di sostanze sarebbe un evento dannoso ma reversibile. In realtà, osservando gli effetti che può avere nell'accelerare lo sviluppo del disturbo bipolare o l'esacerbazione di sintomi esistenti, ci troviamo di fronte a esiti irreversibili. Solo questo dovrebbe di per sé consigliare sobrietà.

Divaghiamo un po' e consideriamo la realtà del quarantaduenne Keith, che ha vissuto con il disturbo bipolare negli ultimi 20 anni della sua vita. Keith è sposato e ha due figli nella prima adolescenza. È impiegato come amministratore di medio livello in una compagnia assicurativa. Dai 20 ai 23 anni ha sperimentato instabilità del tono dell'umore, alimentata da uso frequente ed eccessivo di alcol e cannabis. Dopo essere stato ricoverato e aver abbandonato il college due volte, Keith ha capito che l'uso di sostanze era la sua nemesi. In effetti, una volta capito che poteva star lontano da alcol e cannabis, la sua instabilità è diventata meno grave e più frequente. Andando avanti con la sobrietà, poteva ancora scivolare occasionalmente in uno stato depressivo moderato in grado di dare qualche problema. Attraversava anche periodi di umore euforico, in cui tutto era troppo veloce per essere confortevole. Ciò che faceva la differenza in questa fase della vita era che Keith era legato a un sistema di supporto forte, sano e robusto. Sua moglie capiva la realtà del disturbo così come il suo datore di lavoro. Frequentava anche lo stesso psichiatra da 10 anni e aveva tutti svolgevano ruoli chiave nella sua vita in grado di garantire gli adattamenti necessari se richiesti. L'impatto del disturbo bipolare di Keith non era senza conseguenze, ma non si trasformava in una disabilità grave. Era una dimensione in divenire che aveva imparato a gestire.

Keith si asteneva dal bere ma, a volte, lui e la moglie assumevano un bicchiere di vino a cena. Gli piaceva il vino per il sapore e per il modo in cui migliorava il pasto. Raramente sentiva di desiderare più di uno o due bicchieri. Quelle rare volte in cui superava il limite, scontava tutto svegliandosi con difficoltà e arrivando tardi a lavoro. Se Keith fosse stato onesto, avrebbe ammesso che non valeva mai la pena bere così tanto. Quando accadeva, si sentiva affaticato, dolorante per tutto il giorno successivo. Lo odiava. Raramente riteneva che l'esperienza con l'alcol della notte precedente avesse avuto risvolti eccezionali.

Keith era più legato alla soddisfazione che trovava nella stabilità e nell'astinenza che all'eccitazione causata dall'utilizzo di sostanze. Si trovava in un punto della vita in cui l'intera equazione della sua soddisfazione e stabilità era differente. Keith realizzò che il rapporto costi-benefici che finalmente aveva compreso, comportava un uso di alcol minimo o assente. Non ne valeva più la pena.

La storia di Keith non è inusuale ed è pertinente alle differenze tra adolescenza ed età adulta (o età successive). La sua storia si basa sul nostro consiglio di non abusare di alcol. Detto ciò, l'uso di alcol in adolescenza o nella prima età adulta da parte dei soggetti con disturbo bipolare è troppo rischioso. L'importanza di stabilizzare l'umore nelle prime fasi del disturbo è critica.

Più tardi, il rischio di destabilizzazione derivante da un uso moderato di alcol è molto minore, grazie agli altri fattori che rendono più stabili unitamente al venire meno della ricerca di conformità sociale. Alcuni non hanno successo con la moderazione. Sembra che si ubriachino ogni volta che bevono, anche una minima assunzione di alcol stimola il desiderio di assumerne di più.

E una volta che il treno ha lasciato la stazione è difficile farlo tornare indietro senza conseguenze distruttive.

Se questo è il vostro caso, dovete scoprirlo. E, nuovamente, se vi trovate in una fase precoce del decorso della malattia, anche la scoperta è un percorso pericoloso. Comprenderete piuttosto che l'astinenza è la vostra migliore amica.

**Comprenderete piuttosto che l'astinenza è la vostra migliore amica**

Finora abbiamo parlato soltanto dell'utilizzo di alcol. Questo è stato fatto intenzionalmente. Quando allarghiamo la discussione alle sostanze, torniamo su un terreno infido in cui raccomandiamo forti cautele.

Ma non vogliamo generalizzare con eccessiva rigidità. Suddividiamo il discorso in parti più specifiche.

**Stimolanti**

Gli stimolanti rappresentano una categoria ampia che include l'innocua tazza di caffè fino al fumare crack o iniettarsi meth nelle vene. Gli effetti determinano da una leggera ipomania a una psicosi maniacale florida. Ma anche nella fase lieve, bisogna usare cautela. Ci sono alcuni soggetti affetti da disturbo bipolare che non tollerano neanche modeste stimolazioni chimiche. Hanno una soglia di attivazione molto bassa. Anche la caffeina e le bevande energetiche, in quantità limitate, possono fungere da forti catalizzatori in questi individui. Per gli altri, una o due tazze di caffè o una bevanda energetica non sono un problema. Oltre a una leggera sensazione di attivazione, una modesta stimolazione chimica è solo questo. Il compito del soggetto con disturbo bipolare è capire se si trova o meno nel continuum. Una o due tazze rappresentano soltanto una piccola spinta o sono una miccia? Se la conclusione è che un uso moderato di lievi stimolanti è benigno, bisogna ricordarsi dei pericoli, specialmente nella cultura odierna giovanile nella quale caffeina e le bevande energetiche sono il supporto per chi fa tardi la notte per studiare o sta in piedi fino alle prime ore del mattino. Otto o dieci tazze di caffè al giorno e cinque Red Bull la notte non sono innocue e le conseguenze possono rivelarsi peggiori del previsto.

Precisamente, visto che la caffeina e gli stimolanti a base di erbe sono percepiti come benigni, il rischio di abusarne è rilevante. Ogni sostanza in grado di alterare la mente, l'umore e l'energia è potenzialmente pericolosa. Se da uso di sostanze più forti come la cocaina, il crack o la metamfetamina, la conclusione è scontata. Si tratta di sostanze che determinano assuefazione, potenti e pericolose. Un utilizzo moderato e sicuro di queste sostanze è improbabile per la maggior parte, figuriamoci per i soggetti con disturbo bipolare.

**Ogni sostanza in grado di alterare la mente, l'umore e l'energia è potenzialmente pericolosa**

E come comportarsi con gli psicostimolanti usati per curare il disturbo da deficit dell'attenzione iperattività? Il loro utilizzo è complicato per i soggetti con disturbo bipolare e dovrebbe essere monitorato e prescritto da uno psichiatra. Gli psicostimolanti possono avere lo stesso potenziale di indurre euforia al pari di tutti gli altri stimolanti. Se possono essere evitati, c'è maggiore possibilità di raggiungere una stabilità del tono dell'umore. D'altro canto, un ADHD invalidante e non trattato

può creare confusione nella cura del disturbo bipolare e può risultare necessario prescrivere psicostimolanti come Adderall, Ritalin, ecc. Basta dire che la scelta di usare psicostimolanti per gestire i sintomi dell'ADHD in comorbidità con il disturbo bipolare è compito di uno psichiatra esperto in entrambi i disturbi. Gli individui con disturbo bipolare che usano questi farmaci come aiuto per studiare o per avere energia senza che vengano prescritti a scopo terapeutico hanno un comportamento pericoloso.

**Oppiacei**

Rischio simili sono quelli che riguardano l'utilizzo di farmaci per il dolore. Agiscono sul sistema nervoso centrale per ridurre il dolore, anche quello di natura psichica. Si tratta di farmaci che inducono sia psicologicamente che fisicamente assuefazione e hanno un effetto depressogeno. L'assunzione per pochi giorni di oppiacei come Percocet, Vicodin, etc. è assolutamente corretta dopo un intervento chirurgico. Ma negli individui con disturbo bipolare, utilizzare oppiacei per ridurre il dolore della fase depressiva rimpiazzandola con una lieve euforia, o per calmare gli stati di agitazione, facilita l'insorgenza di una depressione più profonda e di una aumentata dipendenza dai farmaci. Come indicato prima, l'utilizzo di oppiacei erode anche la capacità di gestire il dolore psichico. Imparare a tollerare il riacutizzarsi della depressione è essenziale per chi soffre di disturbo bipolare e usare oppiacei diventa controproducente.

**Allucinogeni**

Gli allucinogeni sono una classe di farmaci ampia che include l'LSD, l'ecstasy, la mescalina, etc. Si tratta quasi interamente di prodotti venduti illegalmente, tranne per le sostanze usate sotto controllo per scopi di ricerca. Visto che non sono sostanze di qualità dal punto di vista farmacologico, non puoi mai essere sicuro di cosa stai assumendo. E anche se si hanno informazioni affidabili sulla composizione chimica, le reazioni individuali agli allucinogeni sono imprevedibili. Cinque persone possono provare la stessa sostanza e avere effetti diversi. Un'esperienza negativa con gli allucinogeni può essere così acuta da scatenare psicosi. Abbiamo appreso che esiste un rischio di episodi psicotici nel disturbo bipolare. Sappiamo che nei disturbi bipolari più gravi, specialmente con gravi episodi maniacali, c'è maggiore possibilità di episodi psicotici caratterizzati da allucinazioni e illusioni (Goodwin and Jamison, 2007). È ovvio che gli individui bipolari dovrebbero evitare di usare sostanze che possono indurre allucinazioni o psicosi. La scarsa prevedibilità delle reazioni allucinogene e la correlazione con gli episodi psicotici spingerebbero essenzialmente a escludere le sostanze anche un loro utilizzo moderato. I rischi sono troppo cospicui per bilanciare i benefici.

**Cannabis (marijuana)**

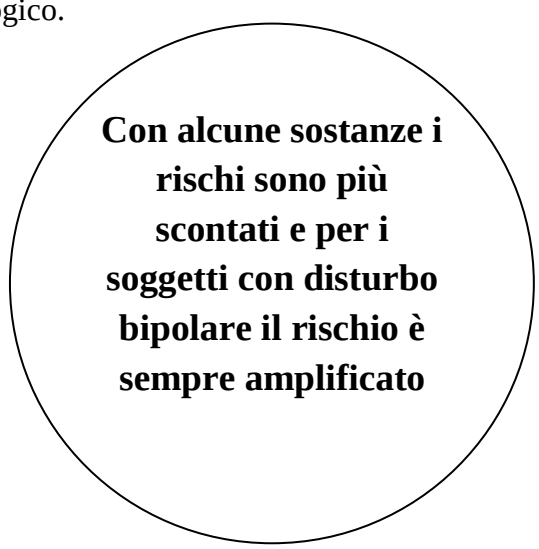
Alcuni potrebbero affermare che la marijuana non appartiene alla classe degli allucinogeni, visto che non ha effetti abbastanza potenti. Ma "non abbastanza potenti" è nella misura in cui se ne fa uso. Con i procedimenti avanzati che permettono inoltre una concentrazione aumentata di THC (tetraidracannabinolo), la sostanza psicoattiva primaria, questa sostanza è molto più potente di quando si cominciò a diffondere alla fine degli anni '60.

Il problema con la cannabis è simile a quello indotto dall'alcol e dagli stimolanti più blandi. All'inizio, è percepita come abbastanza benigna. In effetti, ci sono alcuni paesi nei quali la prescrizione medica è legale e altri in cui il possesso di modeste quantità non è molto diverso dal prendere una multa. È questa iniziale percezione delle sue proprietà benigne che veicola il rischio maggiore.

Immaginiamo che qualcuno con il disturbo bipolare utilizzi la cannabis per "tirarsi su" un paio di volte al mese ed, essenzialmente, non sperimenti (o almeno così pensi) conseguenze negative. E proprio perché gli sembra di star bene con un uso sporadico, gradualmente lo raddoppi. Persino così, l'idea di "tirarsi su" una volta a settimana può sembrare un utilizzo poco frequente tale da determinare un rischio relativamente basso. Ma quello che abbiamo visto nella pratica clinica e in base ai dati in letteratura mostra che un uso più frequente di cannabis è associato a una più elevata insorgenza del disturbo bipolare (Baethge, C., Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P, Mauricio, T. and Baldessarini, R.J., 2008). Ci sono anche quanti sperimentano destabilizzazioni rapide del tono dell'umore anche con un utilizzo occasionale di cannabis. Questa bassa soglia di induzione dell'instabilità può variare da persona a persona, a seconda del livello di stabilità emotiva e psicologica. In effetti, tirarsi su una volta l'anno può avere un impatto psichico molto differente rispetto al farlo diverse volte l'anno. In altre parole, ci sono variabili molteplici che entrano in gioco per definire l'esito dell'utilizzo di cannabis, nessuna delle quale la rende una sostanza facilmente prevedibile.

Per una persona mentalmente sana non affetta da disturbo bipolare, l'uso di cannabis non è mediamente un problema. Ma per i soggetti con disturbo bipolare, il quadro è differente. Ci sono rischi che l'utilizzo occasionale diventi più frequente e che anche l'utilizzo occasionale possa avere un effetto negativo sulla stabilità del tono dell'umore. Abbiamo già avuto modo di osservare questo traiettoria della malattia molte volte nella popolazione dei soggetti con disturbo bipolare. Quando le persone affette da disturbo bipolare utilizzano cannabis, possono sperimentare variazioni del tono dell'umore più forti rispetto a quando si astengono. Una volta che riescono a gestire l'astinenza, sperimentano generalmente un maggiore benessere psicologico.

Può sembrare che le informazioni ricevute in questo capitolo ci collochino tutte sulla stessa lunghezza d'onda. Tutte le sostanze sono rischiose. Con alcune sostanze i rischi sono più scontati e per i soggetti con disturbo bipolare il rischio è sempre amplificato. La nostra esperienza è simile a quella dei medici di pronto soccorso che ammoniscono contro l'utilizzo delle motociclette. Ciò che loro osservano sono morte, ferite e lacerazioni causate da incidenti stradali. Molti motociclisti pensano "non mi succederà mai". Possiamo solo sperare che i soggetti con disturbo bipolare comprendano i rischi che evidenziamo e facciano di tutto per ridurre le possibilità di conseguenze negative.




Concluderemo con una storia reale che dimostra i rischi e i benefici di cui si è parlato nel capitolo.

**Il disturbo bipolare di Beth e il campo estivo: una combinazione riabilitativa**

Beth, una studentessa che frequentava il college di 22 anni, amava fare baldoria, come del resto la maggior parte dei suoi amici. Durante la terapia, riferiva costantemente che il weekend precedente aveva bevuto troppo e che aveva dormito poco. Aveva cominciato a prendere le medicine in maniera poco costante e continuava ad avere episodi frequenti di ipomania e depressione. Si domandava se avrebbe mai ritrovato la stabilità. Aveva anche preoccupazioni crescenti sulla possibilità di costruire un futuro produttivo e soddisfacente.

Un'estate, Beth venne assunta come consigliere in un campo estivo di una regione montana.

Inizialmente, era preoccupata per il radicale cambio dello stile di vita ma, sorprendentemente, attraversò il periodo di stabilità più lungo a partire da quando aveva manifestato la malattia per la prima volta cinque anni prima. La ricetta della stabilità di Beth era stata inizialmente imposta da quanto richiesto dal suo lavoro. Le luci si spegnevano alle 22 e il lavoro cominciava alle 6.30. C'erano poche occasioni per fare feste fuori orario con i suoi amici e la maggior parte erano nel camper o nei rifugi. Aveva impostato senza troppi sforzi un ciclo di sonno stabile e seguiva regolarmente le prescrizioni mediche senza bere e senza usare sostanze. Alla fine dell'estate, constatò di stare meglio. Aveva avuto gli stessi risultati che aveva raggiunto Keith in tanti anni di lotte.

Ora Beth afferma che "il miglior trattamento per il disturbo bipolare è la vita nel campo". Mantiene lo stesso ritmo di vita acquisito nella vita da campo estivo anche nella vita normale, imponendosi delle limitazioni come ideale interno piuttosto che come imposizione esterna. Sebbene la possibilità di ricaduta non sia pari a zero, ha una vita stabile e piacevole. Ha scoperto che l'astinenza e la vita del campo erano sinonimi di salute e stabilità.

**Bibliografia**


American College Health Association (2010). National College Health Assessment II, Fall 2010 Reference Group Data Report. http://www.acha-ncha.org/docs/ACHANCHA- II_ReferenceGroup_ DataReport_Fall2010.pdf

Baethge, C., Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P, Mauricio, T. and Baldessarini, R.J. (2008): "Sequencing of substance use and affective morbidity in 166 first-episode bipolar I disorder patients." Bipolar Disorders. 10:6. 738-741

Bhattacharya, R., Shuhart, M. (2003): "Hepatitis C and Alcohol." Journal of Clinical Gastroenterolog. 36: 242-253.

Frederick K. Goodwin and Kay Redfield Jamison. (2007): Manic Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd Edition. New York, New York: Oxford University Press.

Matthew, A.M., Huckans, M.S., Blackwell, A.D., Hauser, P. (2008): "Hepatitis C Testing and Infection Rates in Bipolar Patients With and Without Comorbid Substance Abuse Disorders." Bipolar Disorder 10: 266-270.

McDermott, B.E., Quanbeck, C., Frye, M.A. (2007): "Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest." Bipolar Disorders, 9: 536-540.

Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A, Murray O.J. (2009): "Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door." American Journal of Psychiatry. 166: 103-109

Onyike, C.U., Bonner, J.O., Lyketsos, C. G., Treisman, G.J. (2004): "Mania During Treatment of Chronic Hepatitis C with Pegylated Interferon and Ribavirin," American Journal of Psychiatry 161: 429-435.

Quanbeck, C.D., Stone, D.C., Scott, C.L., McDermott, L.L., Frye, M.A. (2004): "Clinical and Legal Correlates of Inmates with Bipolar Disorder at Time of Criminal Arrest." Journal Clinical Psychiatry 65: 198-203.

Sublette, E.M., Carballo, J., Moreno C., Galfalvy H.C., Brent D.A., Birmaher B., John Mann J., Oquendo M.A. (2009): "Substance Use Disorders and Suicide Attempts in Bipolar Subtypes." Journal of Psychiatric Research 43: 230-238.

Tollivar, B.K. (2010): "Bipolar Disorder and Substance Abuse." Current Psychiatry 9: 33-40.

## Gravidanza e disturbo bipolare:

## Prendersi cura di entrambi

a cura della Depression & Bipolar Support Alliance (DBSA)

Poco dopo aver partorito il suo primo figlio, Janine aveva cominciato a sentirsi giù. Tutto il suo corpo era pesante, voleva strisciare via e nascondersi, ma quando provava a sdraiarsi, non riusciva a dormire. Anche quando il bambino dormiva, o suo marito o la madre giocavano con lui altrove, non riusciva a dormire. Era costantemente preoccupata che succedesse qualcosa al bambino. Piangeva senza ragione apparente molte volte al giorno e cominciava a pensare che il bambino e la famiglia sarebbero stati meglio senza di lei.

Sebbene provasse a nascondere i suoi sentimenti, sia il marito che la madre sentivano che c'era qualcosa che non andava. Diceva loro che stava bene, ma loro insistevano che dicesse al medico che piangeva, si preoccupava, non riusciva a dormire ed era infelice. Era preoccupata che il medico dicesse che era una cattiva madre, ma non lo fece e anzi si congratulò con lei perché aveva cercato aiuto. Le fece una diagnosi di depressione post-partum e, insieme, Janine e il medico concordarono la terapia corretta per lei. In seguito, riprese a sentirsi nuovamente se stessa e realizzò quanto importante fosse per il figlio essere presente e in salute.

Janine non rappresenta un caso isolato. Una madre su dieci sperimenta i sintomi della depressione post-partum.

### Cos'è la depressione post-partum?

La depressione post-partum è una malattia trattabile caratterizzata da sensazioni di tristezza, indifferenza, sfinimento e ansia a seguito della nascita di un bambino. I sintomi possono apparire immediatamente o quando il bambino ha qualche mese. La depressione post-partum può colpire tutte le donne indipendentemente da età, razza e contesto economico. Non si tratta di una mancanza di carattere e non ha niente a che fare con la capacità di essere madre. La causa esatta della depressione post-partum è sconosciuta, ma di certo contribuiscono alla sua insorgenza i cambiamenti chimici che accadono nell'organismo durante e dopo la gravidanza.

È importante ricordare che la depressione post-partum non è colpa tua, non vuol dire che sei una persona debole o inadeguata e non si sarebbe potuta evitare facendosi forza.

Può essere difficile parlare di depressione subito dopo aver avuto un bambino, perché la società crede che quello dovrebbe essere il "periodo più felice della vita". Se stai soffrendo di depressione post-partum, il periodo dopo il parto sembrerà tutto fuorché felice. Potrai credere di non essere una buona madre o che il bambino starebbe meglio senza di te. Questi sentimenti ti faranno vergognare o ti spaventeranno e vorrai nasconderli a familiari e amici. È importante ricordare che puoi sempre parlare con qualcuno, che sia un medico, un familiare, un amico, un sacerdote, chiunque possa darti aiuto. Puoi sentirti meglio e ricevere un trattamento subito che è la cosa migliore per te, il bambino e la famiglia.

La depressione post-partum non è semplicemente malinconia legata al puerperio, una lieve sensazione di tristezza dopo la nascita del bambino che si risolve spontaneamente. Se la malinconia persiste oltre le due settimane, potreste soffrire di depressione post-partum e dovreste cercare aiuto. Non dovete vergognarvi di star male né di qualunque trattamento necessitiate per star meglio, come non vi vergognereste di avere il diabete o l'asma.

**Quali sono i sintomi della depressione post-partum?**

- Sensazione di tristezza o abbattimento persistenti;
- Incapacità a dormire, anche quando il bambino dorme;
- Cambiamenti di appetito molto aumentato o molto ridotto; cambiamenti di peso significativi non collegati alla gravidanza o alla nascita;
- Irritabilità, rabbia, preoccupazione, agitazione, ansia;
- Incapacità di concentrarsi e prendere decisioni;
- Incapacità di godere delle cose che si amavano; mancanza di interesse verso il bambino; mancanza di interesse verso amici e famiglia;
- Sfinimento; sensazione di pesantezza;
- Pianto incontrollato;
- Sentirsi colpevole o inutile;
- Mancanza di speranza o disperazione;
- Sentirsi una cattiva madre o pensare che gli altri ti riterranno tale;
- Paura di far male al bambino;
- Pensiero di far male al bambino o a se stessi;
- Pensieri di morte o suicidio;

CERCATE IMMEDIATAMENTE AIUTO SE PENSATE DI FARE DEL MALE AL BAMBINO O A VOI STESSE.

Parlatene con un professionista della salute mentale, un sacerdote, il vostro partner o a un amico immediatamente.

**Che cosa potrebbe aumentare il rischio di depressione post-partum?**

Nonostante la depressione post-partum possa manifestarsi in una donna che ha recentemente partorito, ci sono alcuni fattori che possono aumentare le possibilità di avere una depressione post-partum quali:

• Una storia di episodi depressivi durante e dopo precedenti gravidanze;

• Una storia di depressione o disturbo bipolare in qualche moneto della vita;

• Familiarità per depressione, disturbo bipolare o depressione post-partum;

• Mancanza di supporto da parte di familiari o amici;

• Eventi di vita negativi happening durante la gravidanza o il parto;

• Mancanza di stabilità nel tuo matrimonio o relazione affettiva.

• Sentimenti di insicurezza riguardo la gravidanza.

Se stai leggendo questo prima della tua gravidanza e sei preoccupata di poter manifestare una depressione post-partum, parlane con un professionista della salute mentale prima del parto. I sintomi della depressione post-partum possono anche cominciare a emergere durante la gravidanza, parlane con il tuo medico.

**Come posso parlare al mio medico/professionista della salute mentale della depressione post-partum?**

È importante avere una relazione basata sulla fiducia con il vostro medico o professionista della salute mentale ed essere sicuri delle sue capacità, del suo interesse e delle sue conoscenze. Non dovreste sentirvi intimidite dal vostro medico o sentirvi come se steste sprecando il suo tempo. È importante condividere tutte le informazioni di cui il vostro medico necessita. Condividete con lui la vostra storia medica, i vostri sintomi, i farmaci o i rimedi "naturali" che state utilizzando".

Un medico esperto e interessato dovrebbe considerare tutte le vostre preoccupazioni, ma potreste avere ulteriori domande. Non andate vai finché non avete ottenuto tutte le risposte. Prendete appunti se trovate delle difficoltà. Se avete molte domande, scrivetevele prima di recarvi sul luogo dell'appuntamento. Discutete gli argomenti più complicati all'inizio. Potreste voler richiedere del tempo extra al dottore quando prenotate l'appuntamento.

Se avete problemi di comunicazione con il vostro professionista della salute mentale o ritenete che le vostre esigenze non vengano soddisfatte, sentitevi in diritto di cercare un altro medico in grado di aiutarvi.

**Quali sono le terapie possibili?**

FARMACI

Alcune madri decidono insieme al medico che la miglior decisione per la depressione post-partum è assumere farmaci. Alcuni farmaci possono ritrovarsi nel latte, mentre per altri accade meno frequentemente e il vostro medico dovrebbe avere tutte le informazioni per aiutarvi a decidere quali farmaci sono adatti per voi e per il vostro bambino. Nel caso doveste interrompere l'allattamento, questo non significa che non siete buone madri; significa che vi state curando per diventare le migliori madri possibili.

Alcuni medicinali possono indurre effetti collaterali, quali secchezza della fauci, disfunzioni sessuali o aumento di peso. Alcuni effetti collaterali scompaiono spontaneamente, altre volte è necessario cambiare farmaco. Non vi scoraggiate se insorgono effetti collaterali, discutetene con il medico per scoprire quali altre opzioni avete a disposizione. Ci sono molti farmaci in grado di curare la depressione. Funzionano tutti, anche se non lo fanno allo stesso modo in individui diversi. Se uno non allevia la depressione, un altro potrebbe essere efficace e indurre minori effetti collaterali. Non vi arrendete. Non smettete di prendere i farmaci e non cambiate dosaggio senza discuterne col medico. Confrontatevi con il medico prima di usare rimedi vegetali o naturali perché possono interferire con i medicinali prescritti.

PSICOTERAPIA

La psicoterapia può essere una parte importante del trattamento. A volte, funziona come monoterapia; a volte, i sintomi della depressione devono prima essere ridotti utilizzando i farmaci affinché possa funzionare. Un buon terapista può aiutarvi a gestire le sensazioni che sperimentate e modificare i comportamenti che possono contribuire alla depressione. Scegliete un terapista con cui vi sentite sicuri e di cui avete fiducia. Potete scegliere di visitare uno psicologo, un assistente sociale o un consulente.

**Questa malattia potrebbe influenzare la mia famiglia?**

Mariti o compagni, famiglie, tutti possono essere influenzati dalla depressione post-partum. È importante anche per gli uomini cercare un trattamento se hanno sintomi che interferiscono con le attività quotidiane. A volte le terapie coinvolgono entrambi i partner e l'intera famiglia può essere d'aiuto.

Anche gli altri figli possono essere influenzati. Può essere una buona idea che un genitore passi del tempo con i propri figli e spieghi loro cosa sta accadendo in modo che possano comprenderlo. Potete spiegare la depressione come un "non sentirsi bene" o "sentirsi tristi a causa di cambiamenti chimici del cervello" ed esplicitare che siete in cura per sentirvi meglio. Può essere necessario rassicurare i bambini sul fatto che non è colpa loro. Potreste chiedere al medico di parlare con l'intera famiglia della vostra depressione, della terapia e del modo in cui può condizionarli. Se uno dei vostri figli ha sintomi depressivi che interferiscono con le attività quotidiane, scolastiche, o con le amicizie, parlatene con il pediatra.

**Cosa può fare la famiglia per aiutare?**

Non abbiate paura di chiedere quello che vi serve in questo momento. Se la famiglia o gli amici vi chiedono come possono aiutare, pensate di affidare loro piccoli compiti come:

- Faccende di casa;
- Aiuto con il neonato o gli altri figli;
- Passare del tempo con voi;
- Apprendere informazioni sulla malattia;
- Parlare ai bambini della malattia;
- Stare attenti ai sintomi depressivi.

**Cos'è la psicosi post-partum?**

La psicosi post-partum è molto meno comune della depressione post-partum ed è caratterizzata da idee deliranti (pensieri falsi o illogici, come credere di ricevere messaggi dalla tv) o allucinazioni (vedere o sentire cose che non sono realmente presenti). È estremamente importante cercare aiuto immediatamente in caso di psicosi post-partum. Ricordatevi, si tratta di una malattia fisica. La psicosi post-partum non è qualcosa che potete

controllare da soli, ma qualcosa che si può trattare con il giusto aiuto medico.

Evitare di curarsi perché ve ne vergognate o siete spaventati può avere conseguenze tragiche.

**Cosa devo fare se ho già una diagnosi di depressione o disturbo bipolare prima della gravidanza?**

Una donna che soffre di depressione o disturbo bipolare può essere una madre tanto eccellente quanto una senza questi disturbi. Ma una donna con una storia pregressa di depressione o disturbo bipolare ha un rischio più elevato di manifestare depressione post-partum (1 su 4), rispetto a quelle senza una storia simile (1 su 10). Potete essere ottime madri se tenete a bada i vostri umori, se lavorate con il medico per monitorare la malattia, se pianificate il trattamento durante la gravidanza, se aderite al trattamento e garantite un supporto adeguato una volta che il bambino è nato. La vostra rete di sostegno può includere un gruppo di supporto, famiglia, amici, professionisti della salute mentale o altre neo-mamme.

Preparate note scritte per comunicare alla famiglia cosa fare in caso manifestiate depressione (o psicosi) post-partum. Queste note dovrebbero includere nomi e numeri di telefono dei professionisti della salute mentale, elenco dei farmaci che hanno funzionato in passato, allergie a farmaci, informazioni assicurative e una lista di persone in grado di badare ai vostri figli in caso voi ne siate impossibilitati.

**Come funziona un gruppo di supporto?**

I gruppi di supporto possono aiutarvi ad aderire ai trattamenti, dando spazio alla mutua accettazione, la scoperta, la presa di coscienza dei propri punti di forza, l'umorismo e il senso della comunità offrendo l'opportunità di beneficiare dell'esperienza di altri che hanno già attraversato in quella situazione.

**Quali sono le cose che posso fare per stare bene?**

- Prendere appuntamenti con professionisti della salute mentale e rimanere coerenti con il trattamento prescritto;
- Imparare tutto quello che si può sulla depressione post-partum e il suo trattamento;
- Prendere nota dei vostri stati d'animo, delle cose che vi stressano e delle reazioni ai trattamenti. Questo vi consentirà di prevedere eventuali episodi futuri;
- Condividere pensieri e sensazioni con altri;
- Porsi aspettative realistiche. Accettarsi così come siete;
- Non saltare i pasti anche se avete poco appetito o energie. Chiedete al medico riguardo l'assunzione di integratori vitaminici;

**Con il giusto trattamento e supporto, potete sentirvi nuovamente voi stesse e godervi la vita e il vostro nuovo bambino**

- Cercare opportunità per essere fisicamente attivi. Camminare e fare le scale possono essere utili anche per migliorare salute e stati d'animo;

- Sviluppare tecniche di riduzione dello stress o chiedete a medici e terapisti di raccomandarvene alcune.

Con il giusto trattamento e supporto, potete sentirvi nuovamente voi stesse e godervi la vita e il vostro nuovo bambino.

Opuscolo riprodotto con il permesso della Depression & Bipolar Support Alliance (DBSA). Gli opuscoli sono disponibili press il sito web: www.dbsalliance.org o chiamando il 1800-826-3632.

**Stigma e malattia mentale**

di Muffy Walker MSN., MBA

Il dizionario Webster definisce lo stigma come "ogni marchio di infamia o disgrazia; segno di biasimo morale; macchia o repulsione causata da una condotta disonorevole; caratterizzazione riprovevole".

Il primo utilizzo conosciuto di questa parola risale al 1593, originata dal latino "stigmat", "marchio", o dal greco "tatuaggio".

> *So che mia sorella mi ama. So che i miei amici mi vogliono bene. Ma mi giudicano e lo stigma di essere malato di mente influisce sul modo in cui mi percepiscono e … nel modo in cui mi trattano. Come uomo single di 36 anni, noto che molti uomini incontrano donne tramite amici e famiglia. Mia sorella e mio cognato conoscono molte donne con cui starei molto bene. So che mi vogliono bene, ma non mi presentano mai per lo stigma che ne deriva, anche in chi mi è accanto. E questo mi rende triste. Bret W.*

Stigmatizzare il prossimo rappresenta una pratica esistente da secoli. Criminali, schiavi e traditori venivano marchiati con tagli o tramite fuoco per renderli facilmente identificabili e biasimati come persone di bassa moralità. Questi individui dovevano essere evitati o scherniti, specialmente in luoghi pubblici (1). La discriminazione e il giudizio di alcuni soggetti per il colore della pelle, la religione, l'orientamento sessuale, le condizioni mediche e la salute mentale, ha creato un criterio del tipo: "noi" contro "loro". La discriminazione, il rigetto, l'intolleranza, la diseguaglianza e l'esclusione sono risultati della stigmatizzazione.

Ervin Goffmann definisce lo stigma un attributo, un comportamento o una reputazione che scredita socialmente in un certo modo; fa classificare un individuo come mentalmente indesiderabile, da rifiutare piuttosto che da accettare, normale.

Chi soffre di disturbi mentali è uno sfortunato bersaglio dello stigma. Si stima che le malattie mentali interessino dal 26,4% della popolazione negli USA all'8,2 % in Italia. Se mettiamo insieme questi gruppi, abbiamo praticamente un numero enorme ci persone che odia un gruppo o l'altro.

**Nel mondo 4 cause di disabilità su 10 dipendono dai disturbi mentali**

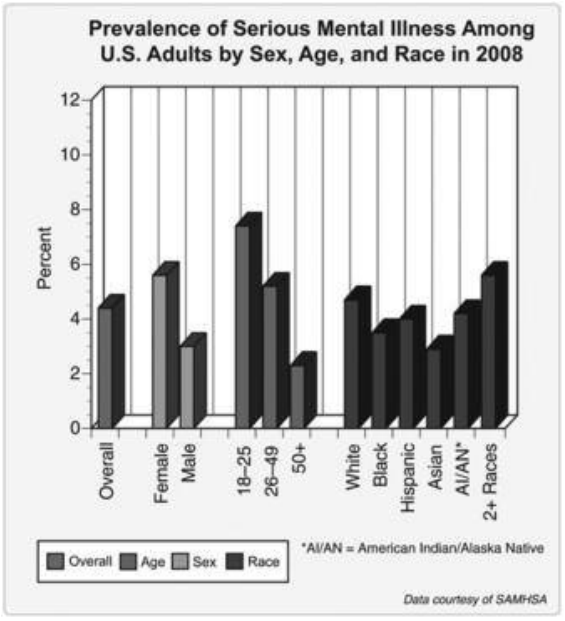
Questo capitolo si concentra sullo stigma di chi soffre di disturbi mentali, i miti coinvolti, come combattere il fenomeno e dove chiedere aiuto se vi imbattete nel fenomeno.

Nel mondo 4 cause di disabilità su 10 dipendono dai disturbi mentali.

Secondo lo studio del National Comorbidity Survey Replication pubblicato nel 2005, circa un americano su 3 è stato vittima di un disturbo mentale in un anno. Questo vuol dire oltre 75 milioni di individui. Circa la metà degli americani subirà un disturbo mentale durante la vita. È probabile che voi o qualcuno che conoscete soffrirete di una situazione di disagio di natura psicologica.

Il costo diretto dei servizi di salute mentale, incluse le spese di trattamento e riabilitazione, è pari a circa 69 miliardi di dollari negli USA. I costi indiretti, compresa la perdita di produttività, sono stimati intorno ai 78,6 miliardi di dollari. (2)

Lo stigma associato alla malattia mentale si aggiunge al peso della malattia stessa nell'ambito della sanità pubblica. In generale, lo stigma è la perdita dello status sociale e la discriminazione scatenata da stereotipi negativi legati a persone etichettate come malati mentali. (3)




Il disturbo mentale può colpire chiunque! Non conosce limiti di età, razza, religione, status socio-economico o colore della pelle. La scienza medica ha fatto progressi incredibili nell'ultimo secolo per aiutarci a comprendere, curare ed eliminare le cause di molte malattie, tra cui quelle mentali. Nonostante, però, i medici continuino a risolvere i misteri del cervello, molte delle sue funzioni rimangono un enigma. Anche in un centro di ricerca di prim'ordine, nessuno comprende completamente come il cervello funzioni o non funzioni.

I ricercatori hanno accertato comunque che molti disturbi mentali sono probabilmente il risultato di uno squilibrio chimico nel cervello. Questi squilibri possono essere ereditati o possono svilupparsi a causa di stress eccessivo e abuso di sostanze.

È facile omettere che il cervello, come tutti i nostri organi, è vulnerabile alle malattie. Le persone con disturbi mentali manifestano spesso comportamenti come tristezza e irritabilità estrema e, nei casi più gravi, allucinazioni e isolamento. Piuttosto che ricevere compassione e accoglienza, le persone con disturbi mentali possono sperimentare ostilità, discriminazione e stigma. (4)

**È facile omettere che il cervello, come tutti i nostri organi, è vulnerabile alle malattie**

> *Quando avevo dodici anni, sono stato invitato a giocare da un amico. Il padre ha detto di no, sarebbero andati dalla nonna. Pochi minuti dopo, un altro bambino gli chiese di giocare. Il padre disse di si e giocarono. Court R*

Gli effetti dello stigma sono particolarmente dolorosi e dannosi per l'autostima. Lo stigma fa sentire le persone con disturbi mentali come banditi dalla società. Che la percezione di stigma sia reale o meno, è l'interpretazione soggettiva che colpisce il senso di appartenenza

*Sono una giovane ragazza di Tehran; visto che sono malata, la mia famiglia pensa che sarò fortunata se un vecchio accetterà di sposarmi (15).*

Perché, come società, stigmatizziamo amici, famiglia e membri della comunità? Forse è a causa della mancanza di educazione, di un'educazione sbagliata, di false informazioni, ignoranza o del bisogno di sentirsi superiori. Anche i media hanno un ruolo in questo perché perpetrano le false credenze sui disturbi mentali. La televisione e la stampa tendono a focalizzare la propria attenzione su chi soffre di disturbi mentali e commette violenza, piuttosto che sulle persone con disturbi mentali che contribuiscono alla nostra società. Questi rari crimini sono sensazionalizzati dai talk show, dalle copertine delle riviste e dai titoli dei giornali.

*La malattia mentale non contribuisce alla maggior parte dei crimini violenti commessi nella nostra società. L'idea che ogni disturbo mentale abbia in se almeno un certo potenziale di violenza non è stato provato da molti studi.*

*Le ricerche più recenti mostrano che le persone con disturbi mentali gravi hanno 2,5 volte più possibilità di essere vittime di violenza rispetto agli altri membri della società. Questo succede spesso per fattori come povertà, stili di vita discontinui e uso di sostanze. Tutti questi fattori rendono le persone con disturbi mentali più vulnerabili alla possibilità di essere aggrediti e di diventare di riflesso violenti.(5)*

Come molti gruppi che subiscono stigma, ci sono molti miti intono al disturbo mentale. Secondo la National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD), questi sono i primi 10.

**Miti**

Mito 1: I disturbi psichiatrici non sono vere malattie, come quelle cardiache o come il diabete. Le persone con un disturbo mentale sono soltanto "pazze".

Realtà: I disturbi del cervello, come quelli cardiaci o il diabete, sono vere malattie mediche. Le ricerche dimostrano che ci sono cause genetiche e biologiche sottostanti i disturbi mentali e che possono essere curate in maniera efficace.

*Si, ci discriminano. Non contano su di noi. La nostra società in Iran non ci accetta; non c'è comprensione culturale. Ci ridicolizzano, insultano e feriscono. Vorrei che capissero che i pazienti psichiatrici sono come gli altri pazienti, come quelli col cancro o le malattie cardiache e che possono vivere le loro vite. (15)*

Mito 2: Le persone con un grave disturbo mentale, come la schizofrenia, sono di solito pericolose e violente.

Realtà: Le statistiche dimostrano che l'incidenza della violenza nelle persone con disturbi mentali non sono molto più elevate di quelle del resto della popolazione. Chi soffre di psicosi come la schizofrenia è, di solito, più spaventato, confuso e disperato che violento.

Mito 3: Le malattie mentali sono il risultato di esperienze genitoriali negative.

Realtà: La maggior parte degli esperti concorda che una suscettibilità genetica, combinata con altri fattori di rischio, possa condurre a un disturbo psichiatrico. In altre parole, le malattie mentali hanno una causa organica.

Mito 4: La depressione è causata da una debolezza della personalità o da mancanza di carattere e le persone depresse possono uscirne se si impegnano.

Realtà: La depressione non ha nulla a che fare con l'essere pigro o debole. È causata da cambiamenti chimici e funzionali del cervello; i farmaci e/o la psicoterapia possono aiutare a guarire.

Mito 5: La schizofrenia vuol dire scissione della personalità, non ci sono modi di controllarla.

Realtà: La schizofrenia è spesso confusa con il disturbo da personalità multipla. In realtà, la schizofrenia è un disturbo mentale che determina incapacità di pensare chiaramente e logicamente. Circa 2,5 milioni di americani con la schizofrenia hanno sintomi che vanno dal ritiro sociale, alle allucinazioni e i deliri. I farmaci hanno aiutato molte persone a condurre una vita soddisfacente e produttiva.

Mito 6: La depressione è una fase del fisiologico processo di invecchiamento.

Realtà: Non è normale che un adulto anziano cada in depressione. I segnali di depressione negli anziani includono perdita di interesse nelle attività, disturbi del sonno e letargia. La depressione negli anziani è spesso non diagnosticata ed è importante per i pensionati e le famiglie riconoscere i segnali e cercare aiuto professionale.

Mito 7: La depressione e altre malattie come il disturbo d'ansia, non colpiscono bambini e adolescenti. Ogni problema che possono sperimentare fa parte soltanto del processo di crescita.

Realtà: Bambini e adolescenti possono sviluppare gravi malattie mentali. Negli USA, un bambino/adolescente su dieci ha un disturbo mentale abbastanza grave da causare compromissione significativa. In ogni caso, solo il 20% di questi bambini riceve il trattamento necessario. Questi problemi possono peggiorare se non vengono curati. Chiunque parli di suicidio dovrebbe essere preso assolutamente sul serio.

Mito 8: Se hai un disturbo mentale, puoi curarlo con la volontà. Essere curato per un disturbo mentale equivale ad aver fallito o essere debole.

Realtà: Non si può curare una grave malattia con la volontà. Ignorare il problema non lo fa sparire. Occorre coraggio nel cercare aiuto professionale.

Mito 9: La dipendenza è una scelta di vita che mostra mancanza di forza di volontà. Le persone con problemi da uso di sostanze sono deboli o cattive.

Realtà: La dipendenza è una malattia che, di solito, è il risultato di un cambiamento dell'equilibrio chimico del cervello. Non ha nulla a che fare con l'essere una persona cattiva.

Mito 10: La terapia elettro-convulsivante (ECT), precedentemente conosciuta come elettroshock, è dolorosa e barbara.

Realtà: L'ECT ha dato nuova linfa vitale a persone che soffrivano di depressioni gravi e disabilitanti. Si ricorre all'ECT quando gli approcci psicoterapeutico o psicofarmacologico non funzionano. I pazienti che ricevono l'ECT sono sotto anestesia e non sentono nulla.

> *"Queste errate credenze possono comportare danni irreparabili alle persone con malattie a tutti gli effetti che dovrebbero e possono essere curate", afferma Herbert Pardes, M.D., Presidente del NARSAD's Scientific Council.*

Nonostante l'allarmante numero di persone colpite da malattie mentali, le statistiche indicano che solo un terzo di loro cerca un trattamento. Secondo il Dr. Thomas Insel dell'NIMH, la psichiatria è solo una parte della medicina, visto che si registra maggior discriminazione a sottoporsi a dei trattamenti per queste malattie piuttosto che averle.

Sebbene ci siano molte ragioni per questa discrepanza nel comportamento di ricerca d'aiuto, lo stigma può impedire alla gente di ricevere l'aiuto di cui necessitano. Gli individui con un disturbo mentale possono sentirsi ostacolati e imbarazzarsi nell'avere un problema psicologico o emotivo. (6)

Questa barriera nella ricerca d'aiuto ha un effetto domino. Alcuni individui possono provare a gestire i propri problemi con alcol e sostanze, mentre entrambi esacerbano la malattia aumentando la sensazione di tristezza e impotenza. Se non viene trattata la malattia non può che peggiorare, causando isolamento, dolore emotivo e sconforto. In alcuni casi, il suicidio potrebbe sembrare l'unica soluzione.

Lo stigma impedisce la guarigione erodendo lo status sociale dell'individuo, la sua rete sociale e l'autostima, fattori che contribuiscono a conseguenze sfavorevoli come disoccupazione, isolamento, ritardo nella ricerca delle cure, sintomi refrattari alla cura, un decorso più lungo e ospedalizzazioni evitabili. (7)

La spirale discendente impatta su chiunque. Familiari, amici o capi che non sono informati della malattia potrebbero interpretare e giudicare male i comportamenti.

> *Nel 1994, stavo studiando neurofarmacologia alla Wake Forest University School of Medicine di Winston-Salem, NC. Un giorno un tecnico di laboratorio mi ha preso da parte per lamentarsi della madre che era affetta da sindrome "maniaco depressiva". Io risposi "Bene, sono anch'io affetto da sindrome maniaco depressiva, forse posso aiutarti". Abbiamo parlato. Qualche giorno dopo, il mio supervisore, Dr.C. mi chiamò nel suo ufficio. Mi disse che non mi avrebbe fatto completare il mio PhD nel suo laboratorio e che mi avrebbe dato, non so cosa voglia dire, un master terminale. Terminale perché "le persone con disturbo bipolare non hanno successo nella scienza." Non era solo l'inizio della fine della mia carriera scientifica, ma si scatenò a catena anche una cascata di eventi miserabili. Sheryl S.*

**Combattere lo stigma**

Lo stigma, per quanto potente, non è inevitabile. I paesi del mondo stanno mettendo insieme le loro forze per combattere lo stigma e i suoi effetti dannosi. Le campagne anti-stigma, la legislazione, l'educazione pubblica, la mobilitazione della comunità e lo sforzo personale sono tutti sistemi intrapresi per eliminare lo stigma. Cambiare il sistema di valori di chi infligge stigma è un aspetto per produrre cambiamento, a cui va aggiunto il bisogno di eliminare le credenze negative interiorizzate in chi è stigmatizzato.

La maggior parte delle campagne anti-stigma sono focalizzate sull'educazione pubblica, l'aumento della consapevolezza dei miti che circondano la malattia mentale e la promozione di trattamenti e servizi. Le campagne, ovviamente, differiscono per la disponibilità di fondi, l'accesso alla tecnologia e le necessità demografiche. In molti casi, delle celebrità sono usate come portavoce:

- La campagna anti-stigma "The You KNOW Me Alaska" utilizza il famoso cane da slitta come portavoce per pubblicità televisive, giornali e radio. www.mhtrust.org.

- L'undici giugno 2009, Wayne Cho corse attraverso il Canada per 8207 km per sensibilizzare la gente riguardo l'ansia e la depressione. Queste malattie debilitanti colpiscono molte persone e possono causare danni fisici/mentali/emozionali, non solo alle vittime, ma anche a chi gli è accanto. Wayne Cho ha lottato contro un disturbo d'ansia e conosce bene lo stigma di cui soffrono i malati mentali. Il suo viaggio per raggiungere i suoi sogni, le persone che ha incontrato e i milioni di malati mentali hanno ispirato Wayne a sfidare lo stigma.

- L'attrice Glenn Close ha avviato una campagna chiamata BringChange2Mind con il regista Ron Howard: http://www.bringchange2mind.org/

- Fidgety Fairy Tales—The Mental Health Musical è un musical originale di 40 minuti prodotto dalla Minnesota Association for Children's Mental Health (MACMH) .www.macmh.org

- In Our Own Voice (IOOV) è un programma informativo sviluppato dalla National Alliance on Mental Illness (NAMI), che diffonde storie di guarigione possibile per le persone con gravi malattie mentali. Il programma punta a raggiungere i bisogni di iniziative basate sull'utente, a stabilire degli standard educativi sulla malattia mentale forniti da chi ci è passato, a dare opportunità di lavoro, a promuovere l'autostima concentrandosi sulla guarigione e la speranza.. www.nami.org

- La serie di libri "Iris the Dragon" è stata creata ne 2000 da Gayle Grass in Ontario, Canada. Il suo scopo era quello di ridurre gli atteggiamenti negativi associati con la malattia mentale e generare comprensione e conoscenza sui problemi di salute mentale dei bambini. www.iristhedragon.com

- Sviluppato in Andalusia, Spagna, nel settembre del 2007, La campagna "1 de cada 4" intende aumentare la consapevolezza sulle malattie mentali per ridurre lo stigma e la discriminazione vissute da chi soffre di malattie mentali. www.1decada4.com.

- SANE StigmaWatch, è un'iniziativa della Onlus Sane Australia, per monitorare i media australiani e garantire una rappresentazione accurata e rispettosa della malattia mentale. SANE StigmaWatch si occupa di questo monitorando, correggendo e sottolineando le false rappresentazioni della malattia mentale. www.sane.org.

- Mind (National Association for Mental Health) fornisce informazioni a livello nazionale per Inghilterra e Galles. Le loro attività promuovono i valori di autonomia, uguaglianza, conoscenza e partecipazione nella comunità per tutte le persone, specialmente quelle con malattie mentali. Il gruppo fa campagne attive per migliorare le politiche e gli atteggiamenti dei governi nel Regno Unito e ha sviluppato campagne locali di successo per le persone con malattie mentali http://www.mind.org.uk.

**Perché dovrebbe preoccuparci?**

I mass media sono la fonte che raggiunge quotidianamente un'ampia platea di persone e sono rappresentati da televisione, film, radio, giornali, pubblicità e Internet.

- l'americano medio guarda 4 ore di tv al giorno

- nel 2008 sono stati venduti 1,36 miliardi di biglietti per il cinema

- nel 2007, sono stati affittati 1,71 milioni di DVD e ne sono stati venduti più di un miliardo

- l'utente medio in Internet trascorre 61 ore al mese in rete (8)

I mass media tendono a mostrare in maniera inaccurata le persone con malattie mentali come violente e pericolose.

- la pericolosità sociale è il tema più comune nelle storie giornalistiche legate alla malattia mentale. (9)

- uno dei primi studi sui programmi televisivi mostrava che le persone con malattie mentali venivano dipinte come soggetti che avevano 10 volte più possibilità di essere criminali violenti rispetto a coloro che non erano affetti da malattia mentale. (10)

I media non rappresentano solo i criminali come mentalmente malati, rafforzano lo stigma mostrando i malati di mente come difficilmente guaribili. Usano cartoni animati, pubblicità e film che ridicolizzano il malato di mente e rendono risibili le loro problematiche.

Tutti i giornalisti hanno un ruolo importante nel formare l'opinione pubblica riguardo la comprensione e il dibattito di questioni legate alla salute. Il programma Rosalynn Carter Fellowships for Mental Health Journalism, creato nel 1996, è parte dello sforzo nazionale per ridurre gli atteggiamenti negativi e le discriminazioni associate alla malattia mentale. Questo programma punta ad aumentare le descrizioni accurate di tematiche concernenti la salute mentale; aiuta i giornalisti a produrre lavori di alta qualità che riflettono la comprensione di tematiche concernenti la salute mentale attraverso l'esposizione a risorse consolidate sul campo; aiuta inoltre a formare dei giornalisti meglio informati. (11)

Sfortunatamente, uno studio congiunto dell' Indiana University e dalla Columbia University ha mostrato che non c'erano stati cambiamenti in termini di pregiudizio e discriminazione nei confronti delle malattie mentali gravi o dell'abuso di sostanze, nonostante l'aumento delle spiegazioni neurobiologiche riguardo le malattie mentali che erano state fornite al pubblico. (12)

Ricerche recenti hanno dimostrato che:

-il 48, 6% delle persone non vogliono lavorare insieme a qualcuno che soffre di depressione.

> *Quando un nuovo collega fu assunto, ero certa che stesse lottando contro la depressione. Trascorsero mesi prima che mi confidasse di aver ricevuto una diagnosi di disturbo bipolare. Tenni l'informazione per me. Successivamente, a causa delle complicazioni con la sua salute e con i farmaci, il mio collega cominciò a comportarsi in un modo che metteva gli altri a disagio. Cercò un aiuto medico e mi diede il permesso di informare gli altri della sua diagnosi, sperando che fossero comprensivi. Le loro risposte furono terribili: "Sta solo usando la diagnosi per tenersi il lavoro! Non credo che dovrebbe lavorare qui. È per questo che ci sono le pensioni d'invalidità."*
>
> *Sebbene non abbia il disturbo bipolare, soffro di ansia e depressione. Dissi al direttore che ero molto offesa dai commenti e che lo staff doveva essere sensibilizzato sulle questioni relative alle malattie mentali. Non ho ricevuto risposta.*
>
> *Sebbene quest'esperienza abbia influenzato negativamente i nostri sentimenti verso l'azienda e gli impiegati, la cosa positiva è che abbiamo deciso di vivere insieme il resto delle nostre vite. C'era una ragione per cui era apparso nella mia vita ed aveva attraversato un periodo così buio. Doveva incontrarmi. Fortunatamente, sta molto meglio. Caroline W.*

- la percentuale di persone che associa la malattia mentale con la violenza è raddoppiata dal 1956. (13)

“Il pregiudizio e la discriminazione negli USA non stanno cambiando”, afferma la sociologa Bernice Pescosolido, un importante ricercatore in questo campo, anzi, in alcuni casi, sono aumentati. È tempo di tornare indietro e ripensare il nostro approccio”.

La ricerca mostra che lo sforzo nel ridurre lo stigma si concentra sulla persona e non sulla malattia, enfatizzando le abilità e le competenze dei soggetti con malattie mentali. La Pescosolido afferma che specifici gruppi sociali, generalmente non coinvolti con problematiche nell’ambito della malattia mentale, possono essere efficaci nel sensibilizzare sul bisogno di appartenenza e l’importanza di aumentare la dignità e i diritti di chi soffre di malattie mentali. (14)

**Combattere lo stigma**

Quindi, cosa possiamo fare per combattere lo stigma? SAMHSA prende i considerazione un approccio in quattro fasi: apprezzare, protestare, prendere contatto personale e stabilire accordo. Ecco alcune cose da fare e non fare:

1. In un recente studio dell’ American Psychiatric Association, il 79% degli intervistati credevano che cercare e ricevere supporto da famiglia e amici riducesse lo stigma.
2. Condividete le vostre esperienze sul disturbo mentale. La vostra storia può comunicare agli altri che avere un disturbo mentale non è una cosa di cui vergognarvi.
3. Aiutate le persone con disturbi mentali a reinserirsi nella società. Aiutateli a trovare casa e lavoro.
4. Attenti alle parole che usate:
    a. Non usate termini generici come “ritardato” o “malato mentale”
    b. Non usate diagnosi psichiatriche come metafore: “situazione schizofrenica”
    c. Non usate parole offensive: “psicopatici”, “pazzi”, “stravaganti”, “lenti”
    d. Non riferitevi alle persone come una diagnosi: “è bipolare” invece di “ha il disturbo bipolare”.
5. Documentate lo stigma nei media quando possibile;
6. I media ci offrono la possibilità di sradicare lo stigma per il loro potere di educare e influenzare l’opinione pubblica, ricordatevi di ringraziare i giornalisti quando fanno bene;
7. Mandate lettere, fate telefonate o mandate e-mail alle parti che offendono;
8. Chiedete ai leader locali, regionali e nazionali di prendere posizione;
9. Sostenete i tentativi di esporre attivamente lo stigma nei media;
10. Educatevi. Abbattere lo stigma ha inizio da voi;
11. Fate volontariato, partecipate a campagne;

**Bibliografia**

(1): (Healthline Network Inc., 2007)

(2): About.com

(3): Link & Phelan, 2001

(4): MHA Colorado

(5): Canadian MH Assoc Ontario

(6): Lacondria Simmons: http://www.med.upenn.edu/psychotherapy/Stigma.html

(7): Link, Mirotznik, & Cullen, 1991; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Perlick et al., 2001; Sirey et al., 2001; Struening et al., 2001

(8): Bryant, J. & Thompson, S. (2002). Fundamentals of Media Effects. McGraw-Hill. Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorelli, N. (1980). The "Mainstreaming" of America. Journal of Communication, (30), 10-29.

(9): Wahl, O., Wood, A., & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 6, 9-31.

(10): Don Diefenbach (2007). Journal of Community Psychology, Vol. 35, 181-195.

(11): www.samhsa.org

(12): Pescosolido, B.A., J.K. Martin, J.S. Long, T.R. Medina, J. Phelan, B.G. Link. 2010. "'A Disease Like Any Other?' A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence." American Journal of Psychiatry 167(11):1321-1330.

(13): Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido. B.A. (1999). Public conceptions of mental illness. American Journal of Public Health, Vol. 89, 1328-1333.

(14): Pescosolido, B.A., J.K. Martin, J.S. Long, T.R. Medina, J. Phelan, B.G. Link. 2010. "'A Disease Like Any Other?' A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence." American Journal of Psychiatry 167(11):1321-1330.

(15) GHANEAN, H., NOJOMI, M., JACOBSSON, L.. Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. Stigma Research and Action, North America, 1, Feb. 2011.

**QUI PER LA TUA SALUTE!**

**Una vita familiare e delle relazioni sane**

di Ashley Aleem

Per natura, noi esseri umani siamo animali sociali. Interagire e legarsi gli altri sono parti vitali del nostro benessere e trascurare le relazioni può rivelarsi rovinoso per la nostra salute mentale. Le persone naturalmente predisposte a essere reattive emotivamente e a comportarsi in maniera poco ordinaria hanno una sensibilità più spiccata alle relazionali conflittuali e sono più vulnerabili alle situazioni negative. È importante essere in sintonia nei nostri rapporti familiari, coniugali e di amicizia, per migliorare la nostra salute mentale e mantenere stabilità.

**L'importanza delle relazioni di sostegno**

Costruire e mantenere una relazione di sostegno è una parte importante del tuo benessere complessivo. Vivere e relazionarsi con altri individui implica avere uno scopo, un significato e un senso di appartenenza. L'isolamento è spesso un sintomo di malattia mentale, in particolare di depressione. Se si ha il disturbo bipolare, è comune isolarsi e prendere le distanze quando si è depressi. In questo modo, è vitale lavorare per mantenere le nostre relazioni durante "gli alti" e "i bassi" allo scopo di prevenire il distacco completo nei momenti critici di bisogno.

Quando abbiamo relazioni forti e in buono stato con i nostri amici, familiari e persone importanti, abbiamo l'opportunità di imparare e crescere in un tessuto sociale che funge da supporto. Queste relazioni ci permettono di condividere le nostre paure e aspirazioni, di godere di attività positive e rincuoranti e di essere confortati quando siamo in difficoltà. Una relazione sana ci dà l'opportunità di chiedere sostegno e assistenza se necessario. L'amore e il supporto di cui ci nutre in una relazione sana può essere uno strumento per la guarigione dai sintomi della malattia mentale. È naturale e sano rivolgersi agli altri per adattarsi.

L'interazione sociale inoltre, può aiutare a migliorare il nostro umore generale e le nostre prospettive. Iniziare attività ricreazionali o fare conversazione socialmente può contribuire ad avere emozioni positive e tenere lontane quelle negative. Le relazioni positive possono portare soddisfazione nella vita e questo aiuta ad alleviare i sintomi delle malattie mentali, incluso il disturbo bipolare.

**Aumentare i legami all'interno della famiglia**

Quando combattiamo per la nostra salute mentale, le nostre relazioni spesso ne risentono. Chi ci è più vicino, compresi i nostri partner, figli, genitori e fratelli, viene allontanato. Diventiamo distaccati e questo ci spinge ancora più a fondo in uno stato di malessere.

Quando lo stress e l'ansia si acuiscono, ci allontaniamo, ci isoliamo, ci chiudiamo. Questo alimenta lo stress e istiga la rabbia e il risentimento verso coloro che amiamo. Raggiungere ed entrare in relazione invece con chi è vicino ci aiuta a combattere lo stress e rafforzare i nostri legami. Aiutare i nostri cari quando lottano e permettere loro di essere lì per noi migliorerà i legami all'interno dell'intera famiglia.

Il miglior momento per mettere in pratica queste capacità non è di certo nel bel mezzo di un episodio maniacale o depressivo. È importante, piuttosto, procedere a piccoli passi per rafforzare i legami prima che lo stress si manifesti. Condividete con regolarità attività piacevoli. Uscite insieme, iniziate conversazioni e fornite sostegno a iniziative e obiettivi dell'altro. Mantenete una legame stabile per essere forti e preparati nei tempi duri.

Se avete un legame deteriorato con un vostro familiare, dovete prendere la decisione di migliorarlo o meno. Ne vale la pena? Era una relazione sana? Ripristinare questo legame porterà conseguenze positive nella vostra vita? Se è davvero così, prendete in considerazione la riconciliazione e proseguite. Questo richiederà la comprensione delle vostre debolezze e di quelle dell'altro. Dovrete prendere decisioni su quali comportamenti evitare per non causare nuove rotture nel rapporto. Sarà difficile. Se la relazione è importante, ne varrà la pena. Potrebbe essere utile iniziare una terapia che vi assista nel preparare il processo di riconciliazione.

Se avete la seria intenzione di mantenere e rafforzare i legami con i vostri familiari e sviluppare nuove relazioni, dovreste prestare attenzione a due cose: educare i vostri cari sul disturbo bipolare ed essere consapevoli dell'impatto personale su di loro. Senza comprensione reciproca, il futuro della vostra relazione sarà a rischio.

**Educazione riguardo il disturbo bipolare**

L'aspetto più importante, forse, per rafforzare una relazione dopo che è stata danneggiata dai sintomi della malattia mentale, è l'educazione sul disturbo bipolare. Ovviamente, dovete cercare le informazioni necessarie autonomamente, ma dovrete assicurarvi che anche i vostri cari siano informati sulla vostra condizione. Più sanno delle vostre difficoltà, meglio saranno pronti per assistervi quando sarà necessario. Inoltre, saranno meno propensi a reagire male quando verranno stressati dal vostro comportamento e dalle vostre reazioni.

Considerate di educare il vostro coniuge sulla vostra diagnosi di malattia mentale. Sebbene sia naturale per una coppia avere periodi in cui la comunicazione e l'intimità si attenuano, è probabile che questi periodi siano esacerbati dai sintomi del disturbo bipolare. Parlate con chi è significativo per voi della vostra diagnosi, può essere importante per alleviare gli effetti negativi che può avere sulla relazione. Fornire conoscenze sul disturbo bipolare potrebbe aiutare, sebbene spiegare l'esperienza con parole vostre sarebbe uno strumento ancora più incisivo. Se è possibile e il coniuge è d'accordo, potete portarlo a una sessione di terapia in cui possa ottenere informazioni da un professionista della salute mentale. Un servizio di consulenza di coppia continuativo può aiutare a risolvere le preoccupazioni e a rafforzare i legami tra i coniugi.

Considerate di proporre ai vostri familiari di accompagnarvi a una sessione con un professionista della salute mentale per imparare qualcosa sul disturbo bipolare. Ovviamente, prima ottenete l'approvazione del terapista e il suo supporto per quest'incontro. Lasciate che il terapista vi assista nel processo di preparazione e nell'analizzare le reazioni successive, potrebbe essere una cosa difficile. Questo processo di educazione psicologica consentirà alla vostra famiglia di avere una maggiore comprensione dei vostri problemi. Una conoscenza dei fondamenti della vostra diagnosi aiuterà la vostra famiglia ad accettare i vostri comportamenti pregressi che potrebbero aver danneggiato le dinamiche familiari. Metterà anche a disposizione gli strumenti per comprendere e rispondere ai vostri sintomi quando si manifesteranno.

Per i figli più piccoli, partecipare a questo processo potrebbe non essere utile, ma anzi dannoso. Discutete ancora una volta con il terapista quali membri della vostra famiglia dovrebbero essere presenti alla discussione sulla vostra diagnosi. Comunque, tutti i membri della famiglia dovrebbero

essere a conoscenza dell'argomento per essere meglio preparati a gestire stress potenziale e sostenervi quando necessario. Ci sono molti libri disponibili per giovani e anziani allo scopo di favorire questo genere di educazione.

Siate consci che è normale per i bambini avere grandi difficoltà nel comprendere i motivi sottostanti il vostro comportamento quando ne sperimentate i sintomi. Se avete la mente libera, abbiate una conversazione tranquilla con i vostri bambini. Spiegate che i vostri comportamenti trascorsi non sono indicativi di mancanza di amore. Mostrategli che ora siete lì come genitori. Le vostre azioni di oggi aiuteranno a controbattere quelle del passato. Ricordatevi di adattare la conversazione all'età e allo sviluppo del bambino. Se sono in grado di comprendere i concetti più astratti, valutate se farli partecipare, insieme al coniuge o altri membri adulti della famiglia, al processo educativo sul disturbo bipolare. Partecipare a una terapia familiare potrebbe essere particolarmente utile per aiutare a elaborare emozioni e reazioni e migliorare le dinamiche in casa.

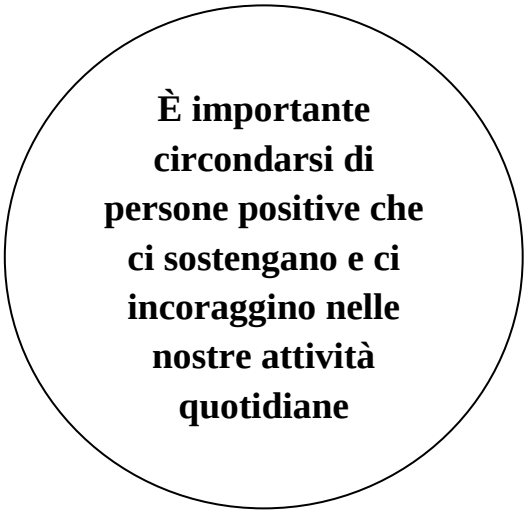
**Il vostro impatto sugli altri**

Quando siamo nel bel mezzo dei nostri disturbi mentali, ignoriamo spesso il nostro impatto sugli altri. La percezione di noi stessi è distorta e le nostre convinzioni e comportamenti sono spesso irrazionali. Diciamo e facciamo cose che normalmente non diremmo. Non capiamo il motivo per cui gli altri non vedono le cose come noi. Ci irrita che gli altri non siano completamente d'accordo con noi incondizionatamente. Quando ci sentiamo bene, siamo sopraffatti da rimpianti, sensi di colpa e risentimento. E non capiamo perché non ci perdonino. Non potrebbero semplicemente sostenerci e amarci? Possiamo aver agito in un modo che li ha feriti. Così come noi avevamo problemi mentali, loro ne avevano dai nostri comportamenti. Mentre noi eravamo rabbiosi, spaventati e confusi, lo facevano anche loro. Non possiamo combattere i sintomi della malattia mentale in una notte. E loro non possono perdonarci così facilmente. Chiediamo comprensione, pazienza, chiediamo che ci venga concesso tempo. Dobbiamo avere la stessa cortesia. Le relazioni sono reciproche.

Siate consapevoli che le nostre azioni hanno un impatto sugli altri. Ci sfoghiamo soprattutto su chi ci è accanto, coniugi, bambini e migliori amici, ed è assolutamente umano che loro reagiscano. Mentre lavorate per migliorare il vostro benessere ed eliminare i sintomi, rimanete coscienti di come le vostre azioni sono percepite dagli altri. Pensate a cercare aiuto da un professionista della salute mentale che sia in grado di assistervi nell'aumentare la consapevolezza delle vostre azioni e reazioni.

**Dedicarsi a un'amicizia sana**

È importante circondarsi di persone positive che ci sostengano e ci incoraggino nelle nostre attività quotidiane. Perché dovremmo avere rapporti con qualcuno che è negativo, che è altezzoso o ostile? Abbiate come obiettivo piuttosto quello di rapportarvi con quelle persone che sentite potrebbero offrirvi qualcosa. Un modo efficace per incontrare nuovi amici è coinvolgervi in gruppi sociali e attività che possano piacervi. Condividete attività ricreative, prendete lezioni o incontrate un collega al bar, sono tutti modi per crearsi una nuova amicizia.



Centrare le vostre relazioni sugli interessi comuni, come hobby o vocazioni comuni, può esser un modo fondamentale per creare una relazione solida. Evitate attività e situazioni nelle quali potreste stressarvi o provare ansia e cercate piuttosto quelle che vi provocano piacere. Se sentite che il vostro nuovo amico vi suscitando in voi stress o ansia, rinunciate a questa relazione. Ricordate di impostare la nuova amicizia sulla base della comunicazione aperta e del rispetto reciproco per creare un rapporto di sostegno dai confini sani.

**Scegliere un partner affettuoso**

Quando iniziate una relazione affettiva, la cosa più importante da ricordare è che entrambe le parti sono responsabili del suo funzionamento. Per prima cosa, una relazione affettiva di successo è basata sul rispetto reciproco, questo vuol dire che entrambi gli individui dovrebbero avere una stima e una buona considerazione per l'altro. Quando siete col il vostro partner, i vostri bisogni personali vengono trascurati? Sentite che la vostra privacy è stata violata? Vi sentite reclusi a causa del vostro partner? Siete stati privati del vostro diritto di essere indipendenti? Il vostro partner vi ha mai danneggiato, fisicamente o emotivamente in maniera volontaria? Vi sentite controllati? Se vi trovate nella situazione di aver risposto affermativamente a una di queste domande, il vostro partner non vi sta dando il rispetto che ognuno merita. Ora pensate a voi: state infrangendo qualcuno dei diritti o delle necessità del vostro partner? State trascurando i suoi sentimenti o le sue richieste? Se non mostrate rispetto verso il vostro partner, non potete aspettarvi altrettanto in cambio. Non pensate che la vostra relazione superi la prova del tempo.

Un'altra parte cruciale nello stabilire una relazione sana è l'interesse comune e la reciprocità. Entrambe le parti devono essere coinvolte nel rapporto affinché duri nel tempo. Un rapporto di solito si svilupperà costantemente spostandosi da una curiosità iniziale fino al vero affetto attraverso uno sforzo onesto. Quando entrambe le parti attraversano questi momenti allo stesso modo, si realizza un reciproco livello di coinvolgimento. Quando scegliete un partner quindi, se notate che non è coinvolto nel realizzare il vostro benessere, interesse o che non sembra preoccuparsi per voi così come voi vi preoccupate per lui, la relazione non sta funzionando. Potrebbe sembrarvi che la relazione si sviluppi e l'altro mantenga un interesse uguale in voi, allora la relazione a una reciprocità sostenibile e potrebbe trasformarsi in una a lungo termine.

Una volta stabiliti il rispetto reciproco e l'investimento da entrambe le parti, potete cominciare a valutare altre variabili. Considerate i vostri hobby e i vostri interessi, oltre ai valori nei quali credete e ai desideri da realizzare per il futuro. Volete una famiglia? Ritenete importante l'educazione? Siete espansivi e rumorosi o tranquilli e riservati? Vi piace uscire o rimanere in casa? Ora considerate il vostro partner; i suoi interessi e i suoi valori sono sovrapponibili ai vostri? Se tutti questi aspetti di una relazione soddisfacente sono presenti nella vostra, potrete passare alla parte più complicata.

Per un individuo con una diagnosi di disturbo bipolare è importante ricevere sostegno da chi gli è accanto. Spiegate al vostro partner la natura del vostro disturbo e cosa questo comporta. Educatelo sull'importanza di seguire un trattamento farmacologico e di cercare regolarmente aiuto professionale in modo che possa sostenervi in questi compiti. Potreste avere intenzione di discutere i vostri conflitti descrivendo cosa è un episodio depressivo o maniacale secondo il vostro vissuto in modo che sappiano cosa aspettarsi e vi possano aiutare. A seconda del vostro livello di confidenza, potreste suddividere la discussione in brevi conversazioni. Utilizzate il vostro terapista o consulente per assistervi nella stesura di un piano con cui procedere e tirare le somme. Durante quest'importante discussione, valutate la sua risposta e i segnali di comprensione, compassione e sostegno. Se non vi sembra che questa persona vi rispetti, o che lo faccia meno dal momento che conosce la vostra diagnosi, potrebbe non valerne la pena. Se vi insulta, vi degrada o scoraggia,

fareste meglio ad abbandonare il rapporto. Ancora una volta, cercate aiuto all'esterno se necessario. Se, però, mentre discutete, vi sembra che il partner sia coinvolto e interessato e che vi sostenga e vi conforti nelle difficoltà, congratulazioni. Avete trovato un partner affettuoso con le potenzialità di una storia a lungo termine.

**Mantenere la relazione**

In una relazione, potete aspettarvi alti e bassi. Esiste un corso naturale delle cose che si manifestano in ogni interazione a lungo termine, sia platonica che affettiva. Il punto chiave è quello di aspettarsi e accettare i tempi bui così come quelli buoni. Se comunque non state attenti, potreste rimanere intrappolati nella spirale discendente. Ci vogliono tempo ed energia per mantenere una relazione solida. Come superare le difficoltà? Seguendo i seguenti punti critici.

**Rimanere coinvolti**

Nelle fasi iniziali della relazione, cercate un terreno comune di interessi reciproci e valori, stabilendo rispetto e reciprocità. Mentre la relazione va avanti, dovete mantenere il coinvolgimento con il vostro partner, in modo che la relazione continui a crescere e si mantenga l'interesse. Prendete del tempo per programmare attività condivise che entrambi apprezzate. Considerate varie attività, sia uscite diurne che serali. Pensate a hobby comuni. Se siete attivi, fate sport insieme. Se vi piace l'intrattenimento, andate regolarmente a vedere film o concerti. Esprimente interesse nelle attività quotidiane del partner. Chiedetegli della sua giornata e condividete esperienze. Esprimete interesse genuino nell'altra persona per sostenere complessivamente il coinvolgimento nella relazione.

**Esprimere emozioni e tenere la comunicazione aperta**

Tutti sperimentano, regolarmente, una serie di emozioni. Alcuni giorni sembrano più positivi di altri, mentre altri vi sentirete più giù. In una relazione sana, dovreste avere la possibilità di verbalizzare preoccupazioni come il vostro eccitamento. Se avete stabilito un rispetto reciproco, dovreste riuscire a eliminare le frustrazioni senza sentirvi ignorati. È importante dar voce alle reazioni emotive concernenti lo stato della relazione. Verbalizzate i vostri dubbi e le noie in una maniera rispettosa, con l'intenzione di raggiungere una soluzione. Non dimenticate di articolare la vostra soddisfazione con le esperienze positive da condividere. Condividere emozioni positive e negative allo stesso modo vi aiuterà a esprimere rispetto e apprezzamento per il partner e discutere ciò che vi affligge in maniera più efficace. Per esempio, se esprimete entusiasmo per il regalo ricevuto dal vostro partner, sarà più facile verbalizzare se vi ferisce il fatto che non vi ringrazia per il regalo che gli avete donato.

Ricordatevi che il disturbo bipolare è un disturbo dell'umore. Siete più soggetti a sperimentare cambiamenti di stati d'animo rispetto alla media. Una persona con una diagnosi di disturbo dell'umore, conosce l'importanza di tenere a bada lo stress e le frustrazioni per evitare di scatenare un episodio maniacale o depressivo. Un modo di prevenirlo è discutere regolarmente le tue emozioni con il tuo gruppo di riferimento che comprende ovviamente il tuo partner. Ricordate che il vostro partner tiene a voi e che ha già stabilito di aiutarvi. Non siate spaventati di spiegare le vostre emozioni e i vostri pensieri prima che vi travolgano.

Comunicate le vostre preoccupazioni nel momento in cui insorgono, specialmente quelle legate direttamente alla relazione, servirà ad impedire che si trasformino in conflitto. Potreste pensare che soffocare la questione farà sparire i problemi, ma si tratta di un inganno. Il problema si anniderà dentro di voi e non sarà a rischio solo la vostra relazione, ma anche la vostra salute mentale. Ignorare lo stress è anch'essa una modalità semplice per scatenare i sintomi della malattia mentale. Getterà solo benzina sul fuoco e la vostra relazione sarà messa alla prova. Dar voce alle vostre preoccupazioni e alle vostre soddisfazioni è un modo di esprimere rispetto per il vostro partner e la relazione stessa. È segno di un investimento continuo e mostra coinvolgimento per il prossimo. Ricordatevi, potete sempre cercare aiuto all'esterno per essere guidati e assistiti. Il vostro partner, però, è probabilmente il sostegno più forte, quindi fate del vostro meglio per usare il suo sostegno continuativamente.

**Risolvere il conflitto**

Quando le emozioni sono soffocate e le preoccupazioni vengono ignorate, è probabile che quello che avete dentro esploda. Quando succede, la cosa migliore è affrontare il conflitto direttamente. Parlatene con sincera preoccupazione e comprensione. Ascoltate l'opinione del partner e cercate di fare del vostro meglio. Rispondete con calma. Articolate le vostre preoccupazioni e mostrate una possibile soluzione. Per esempio, se pensate che il vostro partner non trascorra abbastanza tempo con voi, ascoltate prima le sue ragioni. Forse è sovraccarico di lavoro e arriva tardi a casa e non ha voglia di far altro che dormire. Ascoltate realisticamente la sua prospettiva. Considerate l'esperienza nella sua interezza. Quindi proponete una soluzione adeguata. Forse potreste organizzare un'uscita per farlo rilassare in modo che possa darvi l'attenzione che di cui avete bisogno. Oppure potete ascoltare le sue frustrazioni sul lavoro per ridurre le sue ansie. Cercate l'input del partner dopo aver proposto un suggerimento. Questo potrebbe richiedere del tempo prima di raggiungere una soluzione, ma ne varrà la pena se avete intenzione di mantenere la relazione. Quando passate su un terreno accidentato, potete suggerire di rimandare la discussione a quando sarete maggiormente in grado di gestirlo.

Ricordatevi, ogni relazione avrà dei momenti buoni e meno buoni e i conflitti sono parte inevitabile della situazione. Aspettateveli e accettateli. Considerate quanto tenete alla relazione e risolvete i conflitti per mantenerla. Esprimete continuamente rispetto per il vostro partner. Verbalizzate l'interesse per il suo punto di vista e condividete la vostra prospettiva visto che questa persona si prende cura di voi.

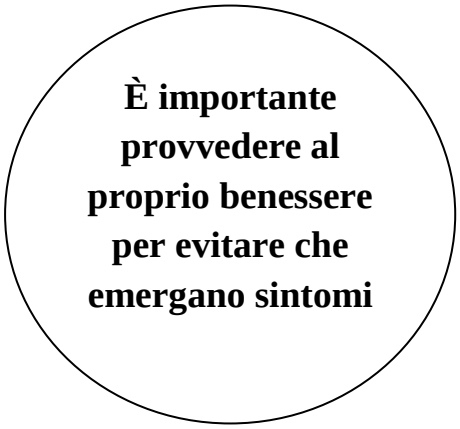
**Preservare l'individualità**

Un aspetto spesso trascurato in una relazione sana è l'importanza di mantenere l'individualità. Sebbene voi siate una delle due persone in gioco, siete principalmente un individuo con i suoi pensieri, valori, bisogni e interessi. Sebbene rispettiate il partner e teniate in considerazione i suoi sentimenti e le sue necessità, non dovete trascurare quello che desiderate e di cui avete bisogno voi. Le relazioni sane sono reciproche. Le vostre richieste individuali dovrebbero trovare lo stesso rispetto e la stessa considerazione che offrite al vostro partner. Se non è così, tornate a comunicare ed ad esprimere le vostre emozioni.

Un modo efficace di mantenere l'individualità è stabilire dei confini netti sin dall'inizio. Sebbene voi e il vostro partner condividiate interessi che rafforzano e mantengono la relazione, potete averne anche indipendentemente. È probabile che abbiate passatempi e hobby diversi. Dedicatevi ad essi. Va bene trascorrere del tempo con gli amici senza che il vostro partner sia presente. Va bene fare un corso di cucina mentre il vostro partner ne fa uno di computer. Va bene dedicare del tempo soltanto a voi e a nessun altro. In effetti è necessario che lo facciate. Mantenere interessi e attività

indipendentemente dal vostro partner alimenta un senso di autosufficienza e autonomia che rafforzerà la relazione.

Ancora più importante per i bipolari è provvedere al proprio benessere per evitare che emergano sintomi quali episodi maniacali e depressivi. Prendete tempo per voi regolarmente. Questo significa mantenere la salute fisica che ha un impatto diretto sul benessere mentale. Fate esercizio più volte a settimana. Riposate dopo il lavoro. Guardate un film, fate passeggiate o concedetevi un massaggio. Ovviamente, potete fare tutto indipendentemente dal vostro partner mantenendo la vostra individualità.




Tenete a mente che se non vi prendete cura di voi, stabilendo dei confini, separando i vostri hobby da quelli del vostro partner e trovando un vostro spazio di autonomia, sarete impreparati a mantenere una relazione affettiva sana e che sia di sostegno. Così come una relazione poco sana rovina il vostro equilibrio mentale, così un individuo malato avrà una relazione poco sana.

**Supporto nutrizionale**

di Karen Freeman, MS, RD, CSSD

Scegliere cibi salutari potrebbe sembrare un compito facile, ma quando si ha il disturbo bipolare, fare scelte adeguate può essere davvero complesso. Molte variabili come cambiamenti di stato d'animo e terapie farmacologiche rendono ancora più importante comprendere e implementare un supporto nutrizionale e uno stile di vita adeguati.

Quando ci troviamo di fronte a sentimenti e ed emozioni complessi da gestire, una risposta naturale potrebbe spesso sembrare quella di alimentarsi nel tentativo di sopire tutte queste emozioni. Un umore instabile come quello della persona con disturbo bipolare, può rendere difficile seguire una dieta sana. Ci sono però varie raccomandazioni e linee guide da seguire che possono aiutarci a mantenere una dieta salubre. Le linee guida più importanti riguardano alimentarsi regolarmente per fornire continuativamente carburante al nostro organismo.

**I pasti devono essere regolari**

Tendiamo ad avere fame approssimativamente ogni 4 ore. Sapere qual è il momento di alimentarsi ci può aiutare a distinguere il reale stimolo della fame da altre cause che ci spingono ad alimentarci indiscriminatamente.

Essere molto affamati altera gli stati d'animo. Alcuni segnali e sintomi relativi all'ipoglicemia, quali irritabilità, impazienza, ansia, cefalea, letargia, iperattività, senso di stordimento, scarsa concentrazione, camminare irregolarmente. Se non vi siete alimentati a sufficienza e sono trascorse molte ore dall'ultimo pasto, vi state apprestando a mangiare troppo. Alimentarsi quindi ogni quattro ore vi aiuterà a evitare le abbuffate e a mantenere un umore stabile.

I carboidrati, in genere, vengono metabolizzati nell'arco di un'ora. I cibi che contengono carboidrati comprendono cereali, frutta, vegetali, legumi come fagioli e lenticchie. I carboidrati che vengono metabolizzati di meno e che sono più ricchi di fibre sono assorbiti più lentamente dall'intestino e fanno in modo che lo stimolo della fame insorga nuovamente in maniera più lenta. I carboidrati sono il carburante necessario per le funzioni celebrali e l'attività muscolare rapida. Il glucosio è ciò che deriva dal metabolismo dei carboidrati. I carboidrati sono assorbiti più rapidamente rispetto agli altri macronutrienti, come le proteine e i grassi.

**Alimentarsi quindi ogni quattro ore vi aiuterà a evitare le abbuffate e a mantenere un umore stabile**

Se vi alimentate quindi con un pasto leggero composto prevalentemente da carboidrati, come un toast e della frutta o dei cereali, il processo digestivo impiegherà soltanto un'ora, lasciandovi di nuovo affamati dopo soltanto un paio di ore. È importante quindi alimentarsi con pasti bilanciati contenenti sia carboidrati, sia proteine che grassi, in modo da tenere a bada la fame almeno per 3-4 ore.

L'esempio che segue mostra una colazione tipica e indica il cibo, i nutrienti e il numero medio di ore che occorrono per digerire. Questo pasto che implica una combinazione di carboidrati, proteine e grassi richiederà 3-4 ore per essere digerito.

| Cibo | Nutrienti | Numero di ore per la digestione |
|---|---|---|
| 2 fette di tost | Carboidrati | 1 |
| 1 uovo con un po' di formaggio (feta) | Grassi e proteine | 2 |
| 1-2 arance | Grassi e proteine | 2 |
| 1 tazza di caffè decaffeinato | Carboidrati | 1 |

**Il ruolo delle proteine e dei carboidrati nella programmazione dei pasti**

Le proteine che provengono da carne, pollame, pesce, uova e latticini, impiegano, come è stato riportato, 2 ore circa per essere digerite. I grassi sono compagni naturali dei cibi proteici e, quindi, mangiare proteine e grassi mantiene sazi per almeno 3 ore. I grassi possono inoltre migliorare il sapore, il senso di sazietà e di pienezza.

Altre variabili che contribuiscono alla sazietà includono la quantità e il contenuto di grassi nel pasto oltre all'esercizio e all'attività fisica. Sebbene i pasti che contengono un gran quantitativo di proteine, carboidrati e grassi, specialmente i cibi fritti, possano tenere a bada lo stimolo della fame per 5 ore o anche di più, i nutrienti e la densità di calorie comportano un aumento indesiderato di peso.

I fattori emotivi, ovviamente, possono influenzare lo stimolo della fame, da qui la sensazione di mancanza di fame durante la fase maniacale e il senso di fame maggiore durante la fase depressiva. Sebbene sia imperativo onorare e ascoltare i bisogni del nostro organismo, è d'obbligo controllare i bisogni che non sono necessari. Idealmente, l'equilibrio in termini di stimolo della fame corrisponde al nostro bisogno nutritivo.

**I fattori emotivi, ovviamente, possono influenzare lo stimolo della fame, da qui la sensazione di mancanza di fame durante la fase maniacale e il senso di fame maggiore durante la fase depressiva**

Quando quest'equilibrio non è in sintonia, l'importanza di alimentarsi ogni 4 ore è essenziale a mantenere stabili i livelli di zucchero nel sangue, il tono dell'umore e i livelli di energia.

**Di quante proteine e carboidrati abbiamo bisogno?**

Quando mi sono laureata in dietologia al college, ero un'esperta nel rispondere a questa domanda. Per anni, ho parlato con i pazienti dell'importanza di assumere proteine a ogni pasto, in caso contrario avremmo corso il rischio di non rifornire la massa muscolare o, peggio, di non consentire

il turnover cellulare. Mi sbagliavo. Ho imparato successivamente che la riserva di aminoacidi del nostro organismo può durare fino a 3 giorni. Finché assumiamo gli 8 aminoacidi essenziali da una varietà di cibi, staremo bene. Anche se siamo vegetariani e non mangiamo mai proteine animali, i nostro organismo sarà in grado di correre ai ripari e rifornire le nostre cellule con le proteine necessarie.

Verdure, cereali, fagioli, legumi e lenticchie provengono dal suolo e contengono prevalentemente carboidrati. Contengono anche proteine, dai 2 agli 8 grammi per portata. Un esempio del potere delle proteine nei vegetali misti può essere quello dei pasti etnici, dove la combinazione è una costante delle calorie giornaliere. La cucina messicana consiste prevalentemente di riso e fagioli. Se il riso (bianco, nero o entrambi) viene associato ai fagioli, ognuno dei quali non è sufficiente da solo in termini di apporto proteico, il risultato è che vengono forniti gli otto aminoacidi essenziali.

Per i calcoli specifici riguardo al come gestire le proteine personali e il fabbisogno di carboidrati, la dose giornaliera raccomandata è pari a 0,8 grammi di proteine per chilogrammo di peso corporeo.

Le proteine necessarie per una persona in fase di attività variano da 1,2 a 2,0 grammi per chilogrammo di peso corporeo mentre il fabbisogno di una persona non in fase di attività è tra 4 e 6 per le donne e tra 7 e 10 per gli uomini.

*Un esempio di come calcolare il fabbisogno proteico per una persona di 60 kg in fase di attività:*

1. Per calcolare i grammi di proteine raccomandati, moltiplicate il peso in chilogrammi per 1.5, che è il valore medio delle proteine raccomandate:
   60 kg x 1,5 grammi di proteine = 90 grammi di proteine.

2. Per stimare quante once o proteine sono contenute in 90 grammi, spostate semplicemente il decimale di un posto = 9 once di proteine.

8 once di proteine al giorno sono l'equivalente di un pesce bollito nel vostro ristorante preferito, 3 once di proteine assomigliano a un mazzo di carte è un oncia e come un pezzo di formaggio.

I carboidrati, come indicato prima, sono la fonte primaria di energia per i nostri muscoli e le funzioni celebrali. Il consumo di carboidrati è secondo alla perdita di liquidi ed è la causa primaria della fatica. Per calcolare il fabbisogno di carboidrati, dovete considerare la vostra attività fisica e la spesa energetica:

*Stile di vita sedentario, attività fisica giornaliera minima*

*1-2 g/kg del peso corporeo ideale*

*Attività fisica lieve, lavori di casa, camminate, attività quotidiane*

*2-3 g/kg del peso corporeo ideale*

*30-60 minuti di attività fisica regolare al giorno*

*3-4 g/kg del peso corporeo ideale*

*1 ora di attività fisica al giorno*

*5 g/kg del peso corporeo ideale*

*2 ore di attività fisica al giorno*

*8 g/kg del peso corporeo ideale*

*3 ore o più di attività fisica al giorno*

*10 g/kg del peso corporeo ideale*

Seguendo la guida alla selezione dei cibi riportata qui sotto, potete creare un menù che fornisce il fabbisogno di proteine e carboidrati a un individuo di 80 chilogrammi che fa attività fisica regolare per mezz'ora al giorno.

**Guida alla selezione dei cibi**

Scegliete la maggior parte dei vostri alimenti da fonti vegetali: frutta, verdure, fagioli, cereali, cibi contenenti carboidrati poco lavorati.

Scegliete piccole porzioni di cibi con molte proteine: pesce, pollame e latte con pochi grassi e/o yogurt o senza di essi.

Scegliete oli salubri come olio di pesce, olio d'oliva, noce e avocado, piuttosto che oli poco sani. Evitate i fritti, i grassi acidi e gli oli calorici.

Bevete molta acqua e bevande senza calorie, aggiungete cibi naturali come arancia, cocomero, limone e lime. Evitate o limitate i liquidi che contengono calorie.

| G. CHO/PRO | 1 DOSE DI | QUANTITA' |
|---|---|---|
| 15/3 | Amido | 80–100 calorie<br>1 fetta di pane; ½ porzione di riso, pasta, cereali, fagioli, lenticchie, mais; ½ tazza di cereali |

| | | |
|---|---|---|
| 12/8 | Latte | 80–120 calorie<br>1 tazza di latte parzialmente scremato o senza grassi, yogurt |
| 15/0 | Frutta | 60–80 calorie<br>½ bicchiere di succo, frutta in scatola, uva, ciliegie, 1 frutto, 1 porzione di mirtilli, melone, 3 datteri, 2 fichi, 2 porzioni di uvetta |
| 5/2 | Verdure | 25–50 calorie<br>Una porzione di vegetali cruda/cotta |
| 0/7 | Proteine | 35–100<br>1 oz. di pesce, pollo, carne, formaggio |
| 0/0 | Grassi | 50 calorie<br>6 mandorle, 10 noccioline, 2 noci, burro, margarina, maionese, olio;<br>1/8 di avocado, 1T* di crema di formaggio, 8 olive, latte di cocco. |

* grasso saturo

**Un esempio di menù per**

Donna di 60 kg, attività fisica lieve 30 minuti al giorno

Fabbisogno di carboidrati di 3-4 gm/kg=180-240 gms e fabbisogno proteico di 1,2–1,5 gm/kg = 7-9 oz di proteine (=72-90 gm).

Ore 9:00

½ tazza di succo di mirtillo

8 oz di cioccolata calda (latte senza grassi, due cucchiai di cocco)

1 uovo

1 oz di formaggio

1 fetta di toast

1 pesca noce

Ore 10:00

1 fetta di toast

1 noce di burro

Ore 12:30

1 banana

1 porzione di formaggio

Ore 15:00

2 T di uvetta

½ tazza di cereali

¾ di porzione di frumento sbriciolato

2 T di germe di grano

1 tazza di latte senza grassi

Ore 17:30

1 tortilla

1 porzione di fagioli

½ porzione di riso

1 oz di formaggio

1 porzione di fagioli verdi

Salsa

Ore 20:30

8 oz di latte senza grassi e 3 biscotti

Totale

Proteine 96g – 21%

Carboidrati 266g – 59%

Grassi 40g – 20%

**Di quanti grassi e di quali tipi abbiamo bisogno?**

Nella rivista dell'Associazione Americana dei dietologi, Volume 111, fascicolo 5, del maggio 2011, c'era un articolo intitolato: "Il grande dibattito sui grassi: un punto di vista accurato sulla controversia". Sebbene non ci sia un'opinione comune sul contenuto ideale di grassi in una dieta sana, ci sono alcuni punti fermi che riguardano l'introito di grassi:

- Bilanciare le calorie è importante per mantenere un peso corporeo nella norma e mangiare grassi sani derivanti da alcuni cibi è raccomandato dalle linee guida dei dietologi americani (DGA)
- La proporzione di grassi assunta non è così importante come il tipo di grassi

- Gli acidi grassi omega-3 non sono nocivi e dovrebbero essere considerati nella dieta almeno due volte a settimana

- Gli acidi grassi insaturi sono nocivi e dovrebbero essere ridotti al minimo perché diminuiscono il colesterolo HDL e aumentano quello totale

Più di preciso, possiamo rispettare questi consigli limitando l'assunzione totale di grassi, massimizzando i grassi saturi trovati nella carne e nel pollame e evitando i grassi che si trovano nei cibi fritti e negli oli idrogenati. Dovremmo, piuttosto, cercare di assumere grassi che non sono nocivi come quelli monoinsaturi delle noci, dei semi, dell'avocado, del tofu e delle olive, oltre che gli acidi grassi omega-3 contenuti nel pesce, nelle noci e nell'olio di colza.

**Alcune modalità per incorporare grassi "sani" nella nostra dieta sono:**

- Aggiungere 10-20 noci a uno yogurt con pochi grassi come condimento per le insalate, aggiungendo a pioggia olio e aceto invece che versarlo.

- Aggiungere a pioggia e non versate i grassi;

- Aggiungere avocado per aumentare i sapori di insalate e sandwich

- Aggiungete sandwich al burro naturale come opzione possibile di pasto

**Integrazioni con acidi grassi omega-3 e altre integrazioni**

Gli acidi grassi omega-3 contengono acido eicosapentaenoico (EPA) e docosaesaenoico (DHA). EPA e DHA sono acidi grassi essenziali e gli omega-3 sono contenuti nei pesci d'acqua fredda. EPA e DHA svolgono un ruolo importante nel nostro organismo e sono nutrienti necessari per mantenere le funzioni organiche, tra cui quelle del cervello. Il vecchio rimedio della nonna che consiste nel bere olio di pesce per migliorare la salute, ridurre l'infiammazione, prevenire le malattie e ottimizzare le funzioni cerebrali dal momento che è ricco di acidi grassi omega-3, ha trovato oggi conferma nella scienza.

Le linee guida dei dietologi americani raccomandano 4 once di pesce due volte a settimana che garantirebbero 250/mg al giorno di acidi grassi n-3. Alcune ricerche sui benefici in termini di salute mentale derivanti dall'integrazione con acidi grassi n-3 sono state condotte utilizzando dosaggi giornalieri da 5 a 15.000 mg al giorno. È improbabile che questo grande quantitativo sia contenuto in una dieta fatta di cibi naturali senza integrazioni aggiuntive. Aggiungere, quindi, un supplemento di acidi grassi di1-2 grammi di EPA più DHA, è stato associato a un miglioramento (riduzione) nei pazienti che soffrono di disturbo bipolare con irritabilità durevole. (Sagduyu, 2005). Come tutti gli integratori, però, è sempre meglio discutere i possibili benefici e le preoccupazioni con il vostro medico.

La tabella, tratta dalle linee guida del 2010 dei dietologi americani fornisce una buona stima del contenuto di acido grasso n-3 nel pesce:

**CONTENUTO DI EPA, DHA E MERCURIO IN 4 ONCE DI VARIETÀ DI PESCE DI MARE SELEZIONATO**

| Varietà comuni di pesce di mare | EPA+DHA mg/4 oz | Mercurio mcg/4 oz |
|---|---|---|
| Salmone: Atlantico Chinook, Coho* | 1,200 - 2,400 | 2 |
| Acciughe, aringhe e Shad | 2,300-2,400 | 5-10 |
| Mackarel: Atlantico e Pacifico (non King) | 1,350-2,100 | 8-13 |
| Tonno: Blue Fin, e Albacore | 1,700 | 54 - 58 |
| Sardine: Atlantico e Pacifico | 1,100 - 1,600 | 2 |
| Ostriche: Pacifico | 1,550 | 2 |
| Trota: acqua dolce | 1,000 - 1,100 | 11 |
| Tonno: Bianco (Tonno bianco) in scatola | 1,000 | 40 |
| Cozze | 900 | NA |
| Salmone: Rosa e Sockeye | 700 - 900 | 2 |
| Calamaro | 750 | 11 |
| Merlano: Atlantico e Occhiogrigio | 600 | 6 |
| Granchio: Blu, Re, Neve, e Regina | 200 - 550 | 9 |
| Tonno: Skipjack and Yellowfin | 150 - 350 | 31 - 49 |
| Passera, Plaise e Sole (Sogliola) | 350 | 7 |
| Vongole | 200 - 300 | 0 |
| Tonno: Light in scatola | 150 - 300 | 13 |
| Pesce gatto | 100 - 250 | 7 |
| Merluzzo: Atlantico e Pacifico | 200 | 14 |
| Capasanta di golfo e di mare | 200 | 8 |
| Eglefino e nasello | 200 | 2 - 5 |
| Aragoste: Nord America | 200 | 47 |
| Gamberi d’acqua dolce | 200 | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| Tilapia | 150 | 2 |
| Gamberi | 100 | 0 |
| Varietà di pesce di mare che non dovrebbero essere consumate da donne in gravidanza o allattamento | | |
| Squalo | 1,250 | 151 |
| Blanquillo: Golfo del Messico | 1,000 | 219 |
| Pesce spada | 1,000 | 147 |
| Sgombro: Re | 450 | 110 |

**Esercizio fisico**

L'esercizio fisico è una componente importante nel mantenere di uno stile di vita sano. Oltre ad avere benefici ovvi da una costante un'attività fisica, l'esercizio aumenta le endorfine nel cervello, migliorando l'umore del soggetto.

Seguite gli esercizi fisici indicati in questo libro per iniziare una regolare routine di esercizi e fate un controllo prima di iniziare con il vostro medico.

**Bere acqua**

Il nostro organismo è composto per il 61,8% di acqua. Occorre bere almeno 8 bicchieri d'acqua al giorno. Potreste pensare spesso di essere affamati mentre, invece, siete soltanto assetati. Bevete di più e mangerete di meno.

**E gli altri integratori?**

Dovremmo assumere un integratore multivitaminico e minerale e, nel caso, di quale tipo e quanto? Visto che i ricercatori possono definire e comprendere il ruolo soltanto del 20% delle sostanze nella nostra alimentazione, è difficile dire quali stiamo "integrando". È vero, sappiamo che abbiamo necessità di molte delle vitamine essenziali e dei minerali, molti dei quali provengono da una dieta salutare, ma ci sono anche fitochimici, antiossidanti e un gran numero di altre sostanze in una dieta completa la cui assunzione non può essere riprodotta sotto forma di integratori. Se accogliamo l'idea che l'integratore è un integratore e non un sostituto di una dieta sana, assumere il 100% di vitamine RDA e minerali sotto forma di integratore potrebbe essere rassicurante.

Per quelli che non vogliono ingoiare pillole, gli orsetti di gomma di tipo multivitaminico sono morbidi e contengono quel tocco di dolce che ne rende più piacevole l'assunzione. Allo stesso modo, i cibi contenenti calcio (hanno il sapore delle caramelle dolci), contengono vitamina D e vitamina K che migliorano l'assorbimento del calcio.

Chi assume vitamine tende a essere più cosciente della sua salute e ad alimentarsi con cibi più completi e, come risultato, tendono ad avere meno bisogno di integratori. Gli integratori delle migliori marche hanno, in genere, i nutrienti riportati sull'etichetta esterna. Non ci sono test obbligatori per garantire l'efficacia del prodotto. Alcune aziende farmaceutiche di integratori fanno test indipendenti per avere i bollini di efficacia di laboratori indipendenti come la "USP," Farmacopea degli Stati Uniti, "un'autorità pubblica ufficiale non governativa, per la prescrizione di farmaci da banco e altri prodotti per la salute prodotti o venduti negli Stati Uniti."

La vitamina D è essenziale per l'assorbimento del calcio e fortifica le nostre difese immunitarie. Quelli che hanno un'esposizione limitata alla luce del sole, a causa del luogo di residenza o di lavoro, hanno un rischio maggiore di non avere abbastanza vitamina D. Integratori che contengono fino a 1000 IU sono stati dimostrati sicuri. Inoltre, fare una passeggiata di 20 minuti all'ora di pranzo è un buon modo di incentivare l'attività fisica e nel contempo beneficiare di una dose naturale di vitamina D. Esporsi alla luce naturale migliora anche l'umore.

Ci sono alcune interazioni tra farmaci e nutrienti che possono aumentare il bisogno di vitamine e supplementi minerali. I nutrienti aggiuntivi sono facilmente ottenuti con un supplemento vitaminico e minerale 100% RDA. I farmaci psicotropi possono causare secchezza delle fauci, costipazione o aumentare l'appetito. Alcuni devono essere assunti insieme a cibo o latte e possono alterare la glicemia e il metabolismo dei grassi (Pronsky 2004). Alcuni farmaci non dovrebbero essere assunti con certi cibi e bevande. Per esempio:

- Geodon: evitate il succo di pompelmo con la forma orale. Può essere assunto con il cibo;
- Quetiapina (Seroquel): siate cauti con il succo di pompelmo;
- Il Risperdal può aumentare il metabolismo della vitamina D e richiederne una maggiore assunzione;
- Le fenotiazine possono aumentare il bisogno di riboflavina, diminuendo l'assorbimento di vitamina B-12.

Per una lista completa, consultate il vostro medico per determinare quali cibi dovreste o non dovreste assumere con la vostra terapia.

**Alcol**

L'alcol deve essere evitato! È una sostanza depressogena, causa instabilità negli equilibri chimici del cervello e può scatenare episodi depressivi e maniacali. L'alcol è, inoltre, controindicato se assunto con le seguenti medicine:

- Antipsicotici di prima generazione: Haldol, Navane, Moban, Loxatane;
- Fenotiazine: Clorpromazina, Torazina, Prolixin, Trilafon;
- Antipsicotici atipici e di seconda generazione: Abilify, Seroquel, Olanzapina, Geodon, Risperdal.

**Caffeina**

La caffeina stimola lievemente alcune aree cerebrali e alcune funzioni corporee. Aumenta il battito cardiaco e la pressione sanguigna e non è mai consigliata negli individui con disturbo bipolare.

Interferisce con il sonno e determina disturbi del sonno, causa irritabilità, ansia, nervosismo, mal di stomaco, mal di testa e difficoltà di concentrazione. Occorrono 3-4 ore per eliminare la caffeina dall'organismo.

Per eliminare il consumo di caffeina, procedete per gradi utilizzando i seguenti trucchi:

1. Aggiungete metà caffè che assumete normalmente con metà decaffeinato o con del tè;
2. Bevete caffè decaffeinato o tè;
3. Per un tè decaffeinato, lasciate la bustina in acqua calda per 30 secondi. Buttate l'acqua e riutilizzate la stessa bustina;
4. Un'infusione di un minuto contiene metà della caffeina di una di tre minuti;
5. Bevete più acqua. Tenete sempre vicino a voi la vostro bottiglia di acqua preferita;
6. Controllate il foglietto illustrativo delle vostre medicine. Alcune contengono l'equivalente in caffeina di una o più tazze di caffè soltanto in una dose.

**Riassunto**

- Stabilite cosa vi piace mangiare e bilanciate la vostra dieta per soddisfare le vostre preferenze. A volte può essere meno salutare alimentarsi con dei cibi che pensate si dovrebbero mangiare.
- L'organismo è soggetto allo stimolo della fame ogni 4 ore circa. Se vi sentite affamati e sono trascorse quasi 4 ore dall'ultimo pasto, siete probabilmente affamati ed è arrivato il momento di mangiare qualcosa.
- Mangiate per soddisfare l'appetito. L'appetito può variare naturalmente, quindi potreste sentirvi più affamati alcuni giorni e meno altri.
- Sentirsi affamati rappresenta lo spunto per mangiare troppo. Assumete i cibi preferiti e condividete situazioni sociali e incontri con gli altri. Sentirvi troppo affamati è dannoso. Evitatelo quando possibile e prendetevi cura di voi stessi.
- Limitate l'assunzione di grassi e concedetevi un modesto quantitativo di grassi sani come quelli monoinsaturi: olio di noci, semi, avocado, tofu e oliva, oltre che omega-3 contenuti nel pesce e olio di colza.
- Minimizzate l'introito di grassi saturi presenti nella carne, nel pollame e nel lardo, evitate cibi fritti, oli idrogenati e dolci.
- Mantenete un introito proteico sano e mangiate quanto necessario: 4-6 once per le donne, 7-10 once per gli uomini.
- L'assunzione di carboidrati deve essere adeguata al fabbisogno energetico e ai bisogni relativi all'esercizio fisico. Frutta e vegetali (10 o più al giorno), lenticchie, fagioli, patate, riso, cereali (4 o più al giorno).

- Aumentate le fibre a 35 o più grammi al giorno.
- Assumete latticini a basso contenuto di grassi, come latte scremato e yogurt, per lo stato delle vostra ossa e per mantenere il vostro peso corporeo.
- Bevete acqua! Ci sentiamo spesso affamati quando siamo in realtà assetati. Limitate o evitate le calorie contenute nei liquide o le bevande contenenti caffeina. L'acqua è da considerarsi il nutriente numero 1.
- Fate più esercizio fisico.
- Riflettete prima di bere alcolici. L'alcol è un diuretico e può causare disidratazione, è una sostanza depressogena, rallenta la frequenza respirazione e contiene calorie. L'assunzione di alcol è controindicata se si è affetti da disturbo bipolare.

Infine, le linee guida dei dietologi americani, pubblicate dal Dipartimento americano dell'Agricoltura, da quello della Salute e dei Servizi umani (www.dietaryguidelines.gov), oltre che sul sito web: ChooseMyPlate.gov, rappresentano fonti eccellenti nell'assistervi e nel mantenere una dieta sana e adeguata.

## Salute mentale e famiglie religiose

a cura del reverendo Susan Gregg-Schroeder

### Introduzione

La società laica sta finalmente parlando in maniera più aperta dei disturbi mentali, ma le comunità religiose sono assolutamente retrograde quando si tratta di comprendere che le malattie mentali sono curabili.

In base ai risultati del report del Chirurgo Generale degli Stati Uniti sulla diffusione delle malattie mentali in questo paese, sappiamo che i componenti di una famiglia su quattro possono essere affetti da un disturbo mentale. In realtà la presenza delle malattie mentali viene tenuta ancora segreta, le persone non ricevono l'aiuto di cui necessitano e le famiglie con chi soffre di disturbi mentali non ricevono il sostegno di cui necessitano. Molti leader religiosi mantengono il silenzio sulle proprie malattie mentali. Lo so perché sono uno di quelli.

La mia depressione è iniziata nel 1991. Era al mio terzo anno di sacerdozio in una grande chiesa urbana. Mi stavo godendo la mia carriera e le molte opportunità che mi venivano offerte di aiutare gli altri. Mi piaceva far parte di una grande staff e non dubitavo di aver fatto la scelta giusta nel rispondere alla chiamata, lasciare la mia carriera d'insegnante per diventare un sacerdote.

Nonostante la mia esperienza nel consiglio pastorale, non ho riconosciuto o compreso quello che mi succedeva. Nell'autunno del 1991, una serie di eventi mi colpirono come onde subentranti, finché non mi sono sentito sopraffatta dalla disperazione. Avevo tutti i sintomi di una grave depressione. Mi sentivo disorientata e slegata dai miei sentimenti e da me stessa. Non potevo mangiare o dormire. Nulla mi dava piacere. Andavo semplicemente avanti. Non potevo stare con gli altri e mi isolavo. Mi sentivo così disperata da desiderare di togliermi la vita e avevo anche messo a punto un piano elaborato per farlo.

Fui mandata da uno psichiatra che faceva parte della mia chiesa. Fu una delle esperienze più umilianti della mia vita, ero pervasa da sensi di colpa e vergogna. Decise di farmi entrare in un ospedale psichiatrico il giorno stesso. Dopo molti giorni di negazione da parte mia e perché mio marito non poteva continuare a saltare il lavoro per stare con me, fui ricoverata in ospedale. Si trattava, ironicamente, dello stesso ospedale dove avevo prestato servizio durante la mia educazione pastorale clinica.

Poche persone in chiesa sapevano della mia depressione e dell'ospedalizzazione. Per due anni, soffrii in silenzio, nascondendo la mia situazione alla comunità per paura di perdere il mio lavoro.

Fu il mio superiore a schierarsi accanto a me, credendo nella grazia e in me. Con il suo sostegno, decisi finalmente di prendere atto della mia depressione. Scrissi un articolo per la newsletter della chiesa intitolato "Il peso del silenzio". Il mio superiore scrisse un articolo complementare sull'associazione tra ignoranza e malattia mentale. L'infermiera della parrocchia organizzò un incontro sulla depressione a cui parteciparono oltre 130 persone. Constatata la grande necessità, iniziammo un gruppo di sostegno per la depressione che era tenuto da un consulente professionista.

Dopo essere stata invitata (e spinta) da un collega, mi venne chiesto di parlare alla Convocazione del Cardinale. Le storie condivise dai colleghi con me dietro quelle porte mi fecero realizzare che stavo per essere chiamata a parlare della malattia mentale nella chiesa. Ero particolarmente preoccupata per i miei colleghi di alcuni gruppi etnici, dove regna la paura che rivelare una cosa del

genere potrebbe infangare di vergogna la famiglia, senza parlare degli effetti sul futuro del sacerdozio.

Sono una dei "guaritori feriti" di cui parla Henri Nouwen, nel suo "Il guaritore ferito: il Sacerdozio nella società contemporanea". Ho subito ulteriori ricoveri e ricevuto innumerevoli diagnosi DSM-IV, inclusa quella di disturbo bipolare di tipo II, che è cambiata poi nel corso degli anni. Ma non puoi porre etichette sullo spirito umano. Sapevo che dovevo tenere sotto controllo la mia terapia, mantenere un buon gruppo di sostegno e badare a me stessa, oltre che fare una profilassi nei momenti in cui mi sentivo più vulnerabile. Ho imparato a utilizzare strategie di adattamento e risorse interne. Mi riconosco nelle parole di Louisa May Alcott che scrisse: "Non temo la tempesta, poiché sto imparando a far navigare la mia barca".

**Contesto di riferimento**

Secondo un articolo pubblicato da Glen Milstein su Psychiatric Times nel 2002, le indagini mostrano che il 60% degli americani che cerca aiuto per le malattie mentali consulta prima i propri leader religiosi. Si tratta di una percentuale due volte superiore rispetto a quella di coloro che consultano prima uno psichiatra, uno psicologo o un medico di famiglia. Sfortunatamente, la risposta del clero e delle congregazioni è insufficiente rispetto alle aspettative dei fedeli. Gli individui che lottano con la malattia mentale riceveranno un aiuto inferiore rispetto a quelli con malattie organiche che stanno morendo o che sono affetti da patologie terminali. Le persone visitano con una certa frequenza quelli che sono affetti da malattie organiche, portano loro pasti e offrono servizi utili. La malattia mentale può essere definita la lebbra del giorno d'oggi.

Ci sono molte ragioni per cui questi bisogni non vengono ascoltati. Durante i seminari, il clero non riceve un'educazione adeguata sulla malattia mentale. Alcuni gruppi religiosi vedono la malattia mentale come un fallimento morale o spirituale. Le congregazioni sono composte da individui che riflettono lo stesso stigma che si ritrova nel resto della società. Anche se le persone sono consapevoli che qualcuno sta lottando con la malattia mentale, potrebbero non sapere cosa dire o come comportarsi.

Le necessità delle famiglie che hanno a che fare con una malattia mentale sono documentati nel libro: Le famiglie e la malattia mentale: nuove prospettive nella pratica professionale (Marsh, New York: Praeger. 1992.) e possono essere riassunte in otto categorie:

- Una sistema che si occupi di salute mentale a 360 gradi;
- Sostegno;
- Informazione;
- Abilità;
- Coinvolgimento nel trattamento, nella riabilitazione e nella guarigione;
- Contatto con altre famiglie che sono state interessate dalla malattia mentale;

- Gestione del processo di adattamento della famiglia alla malattia;
- Assistenza nella gestione del problema nell'intera società (ad esempio, ignoranza, paura, stigma).

Quasi ogni persona è stata interessata in qualche modo dalla malattia mentale. E ancora, persone e famiglie continuano a soffrire in silenzio o non si recano più a messa perché non sono in grado di ottenere l'aiuto di cui hanno disperatamente bisogno. Si distaccano dalla loro comunità religiosa e dalla loro spiritualità che può essere una fonte di cura importante, una fonte di completezza e di speranza in un periodo di oscurità personale.

**Il nostro imperativo spirituale è prenderci cura di chi soffre**

L'ospitalità è un valore centrale in molte religioni: musulmani, ebrei e cristiani. La parola ospitale, ospizio e ospite derivano tutte da ospitalità. Nel cristianesimo, l'ospitalità consiste letteralmente nel tendere la nostra mano verso l'altro, toccare l'altro e avvicinarsi abbastanza da riconoscere le nostre vulnerabilità reciproche di fronte alle cose di questa vita.

Le religioni più importanti condividono la convinzione che ci dobbiamo prendere cura di chi soffre. Sia le scritture ebraiche che il nuovo testamento contengono molte storie di individui chiamati a raggiungere quanti si trovano in difficoltà. I grandi profeti condividono un messaggio simile, che sia Dio che chiede di avere fede, che ci amiamo l'un l'altro, che raggiungiamo chi soffre e che cerchiamo giustizia per il suo popolo.

**Opzioni terapeutiche**

Per molte persone che soffrono di malattie mentali, la psicoterapia consente di confrontarsi con un terapista esperto per affrontare questioni quali la scarsa autostima, un'infanzia difficile, traumi ambientali, perdite, conflittualità relazionali e mancanza di aspetti positivi nella vita. Le forme più comuni di psicoterapia sono la terapia cognitiva, la terapia psicodinamica, la terapia interpersonale, la terapia di gruppo e la terapia sistemico-relazionale. La sostegno psicologico pastorale che affronta le problematiche emotive rispettando la tradizione di fede dell'individuo, aggiunge una dimensione importante al trattamento della persona.

Gli studi mostrano costantemente le relazioni tra dimensione fisica, mentale, emotiva e spirituale. Sappiamo che il supporto della famiglia, degli amici e della comunità religiosa sono una parte importante della terapia e della possibile guarigione. Le persone rispetteranno la terapia medica o parteciperanno alla psicoterapia se hanno speranza nel futuro.

A causa del rinnovato interesse nel trattamento della persona nella sua interezza, molti cercano aiuto da professionisti della salute mentale che tengano conto della spiritualità nel percorso terapeutico. I professionisti della salute mentale, come quelli della American Association of Pastoral Counselors (www.aapc.org) ricevono uno specifico addestramento psicologico e teologico. Questi consulenti possono aggiungere una prospettiva spirituale all'aiuto professionale, tenendo conto della spiritualità di una persona e, nel contempo, della sensibilità delle tradizioni culturali. I professionisti della salute mentale sensibili e rispettosi della dimensione spirituale possono accompagnare la persona nella ricerca di un corretto percorso di crescita e cura.

La comunità religiosa si da molto da fare per affrontare la colpa, la vergogna e lo stigma associati alla malattia mentale. A causa della mancanza di informazione o delle credenze teologiche, alcuni gruppi religiosi non comprendono che la malattia mentale è come una malattia organica. A volte la persona è incoraggiata a interrompere i farmaci o ad affidarsi alla preghiera. Alcuni puntano il dito

contro la famiglia in un momento in cui i membri della famiglia rappresentano invece un sistema di sostegno. Questo è particolarmente vero per quanto riguarda il suicidio. Se il suicidio è visto come peccato o come una mancanza di fede, la famiglia deve gestire il rimpianto e la colpa, la vergogna e l'isolamento della comunità, in un momento in cui invece avrebbe bisogno di sostegno.

**La spiritualità e la visione religiosa, possono essere invece di grande beneficio nel trattamento e nella cura di molte malattie, incluse quelle mentali**

Non ci sono parole per descrivere la profonda disperazione e lo sconforto associati con la malattia mentale. Così come continue ricerche vengono condotte sul cervello, di pari passo nuovi farmaci e nuove terapie vengono scoperte per trattare lo stress fisico ed emotivo associato con i disturbi mentali. Ma, sfortunatamente, c'è una gap nel trattamento della malattia mentale, con l'uso del modello medico che lascia poco spazio alle questioni spirituali. La spiritualità e la visione religiosa, possono essere invece di grande beneficio nel trattamento e nella cura di molte malattie, incluse quelle mentali.

**Una breve storia delle convinzioni e del trattamento delle malattie mentali**

La malattia mentale affonda le sue radici nella storia e ha coinvolto personaggi famosi nel tempo. Come per le tradizioni religiose, le credenze sulla malattia mentale comprendono una varietà di assunti teologici, da studiosi che vedevano la malattia mentale come un fallimento morale o spirituale, a persone che ritenevano il disturbo mentale un disturbo del cervello che non era classificabile e che non veniva compreso dalle persone vissute 2000 anni fa. La maggior parte delle società antiche vedeva la malattia mentale come un problema religioso che riguardava l'anima dell'individuo. La cura comprendeva elementi di magia e misticismo.

Con il monoteismo, articolato dall'antico giudaismo, assistiamo ad uno stravolgimento in termini di comprensione della malattia mentale. Sebbene continui ad essere pensata quasi completamente come un problema natura religiosa, la salute mentale divenne un problema di rapporto tra l'individuo e Dio, associato con l'anima. Le scritture ebraiche e cristiane sono disseminate di storie e sofferenze di persone colpite da possessioni demoniache, visioni o allucinazioni, depressioni e altre forme di malattia mentale.

Nell'anno 370, la chiesa ortodossa d'Oriente creò il primo luogo di assistenza medica. Nei successivi 1200 anni, la chiesa costruì luoghi simili in tutta Europa in modo da curare le malattie organiche. Molti medici erano monaci e preti. Le suore lavoravano come infermiere. La cura fisica e quella spirituale del paziente andavano a braccetto.

L'Islam cominciò a diffondersi in Asia, Africa ed Europa meridionale circa un millennio dopo. Come il giudaismo, il Corano parlava spesso di spirito o anima. Ma non si pensava che la malattia mentale fosse una punizione di Dio. Si pensava che quelli che soffrivano di malattie mentali fossero posseduti da spiriti sovrannaturali, ma questi jinn (geni), non erano percepiti come buoni o cattivi.

Visto che la malattia mentale non era percepita negativamente, gli studenti e i medici islamici del decimo secolo furono i primi a proseguire verso un approccio più scientifico sulle cause e i sintomi del disturbo mentale. In questo periodo, fu costruito l'ospedale e il padiglione psichiatrico di Baghdad.

Questo approccio non si sarebbe diffuso in Europa fino alla fine del Medio Evo e del Rinascimento, visto che la malattia mentale era vista come stregoneria o possessione demoniaca. Si pensava che coloro che agivano irrazionalmente o soffrivano di allucinazioni fossero posseduti e venivano pertanto torturati e spesso uccisi. Altri erano esiliati ed esclusi dalla comunità. Le persone con malattie mentali sopportavano trattamenti orrendi come il dissanguamento o subivano l'applicazione di fori nella testa per permettere agli "spiriti maligni" di fuggire.

Con l'Illuminismo, nel 1750 circa, e l'affermazione della scienza psicologica, l'attenzione si spostò sulla mente. La psicoanalisi considerava dava risalto alle esperienze emotivamente significative dell'infanzia o i conflitti inconsci. I seguaci di Freud vedevano la spiritualità come una superstizione e, nel complesso, l'influenza della chiesa sembrava finita. La differenza di vedute con la chiesa era completa. La malattia mentale non era più un problema spirituale associato alla salute dell'anima dell'individuo. Il problema era nella mente del singolo.

Furono aperti gli asili e cominciò l'era del trattamento "morale". Dal 1750 al 1950, le persone con malattie mentali furono trattate negli asili o in altri luoghi di reclusione. Il trattamento nei primi asili era molto spartano, spesso non dissimile dal carcere. Alcune delle prime forme di trattamento comprendevano lobotomie e una forma primitiva di elettroshock.

Alcune persone provenienti da contesti pacifisti, come i Mennoniti, fecero un servizio alternativo nella seconda guerra mondiale all'interno di ospedali, tra cui quelli psichiatrici. Sconvolti dalle condizioni deplorevoli negli ospedali psichiatrici, questi gruppi religiosi furono tra i primi a offrire cure compassionevoli a queste persone. Alcuni di questi gruppi religiosi crearono ospedali psichiatrici.

Con l'avvento dei farmaci antipsicotici, intorno al 1950, ci si concentrò sulla riduzione dei sintomi. Accadde qualcosa che contribuì a ridurre l'enfasi sullo spirito e sulla mente e spinse l'attenzione sui cambiamenti biologici negli equilibri chimici del cervello. Siamo passati dalla considerazione della malattia mentale come una malattia dell'animo o dello spirito, al modello medico attuale che vede la malattia mentale come una condizione della mente.

**Differenza tra spiritualità e religione**

La spiritualità è diventata una parola popolare e abusata oggigiorno. La parola spiritualità è diversa da quella di religione. La spiritualità emerge da un sistema di convinzioni. Dà significato alle nostre vite e si sviluppa dalle esperienze di vita piuttosto che dalla dottrina. Paul Tillich parla del divino come le "fondamenta dell'essere". La spiritualità è una verità universale, ma anche un percorso fortemente individuale. La religione, d'altro canto, si riferisce alle convinzioni e alle pratiche che si ritrovano in organizzazioni come chiese, sinagoghe, moschee, ecc.

Garantisce una gerarchia per alcuni gruppi religiosi e linee guida nella ricerca di un significato. Oggi assistiamo a un nuovo fenomeno. Si chiama "spiritualità interfede". È un approccio integrato perché si concentra sui tratti in comune che hanno le diverse fedi, come l'amore e la pietà.

La ricerca del significato è una ricerca senza tempo. La domanda del perché esista la sofferenza nel mondo e cosa abbia a che fare Dio con la sofferenza è il fulcro del percorso spirituale. Ci sono molti racconti biblici su Dio fatti da persone che lottano contro un grande dolore emotivo. Alcune profonde descrizioni relative a lotte emotive e di fede si ritrovano in Giobbe e nei salmi.

Il salmo 88 narra le esperienze di una persona depressa da una prospettiva di emotività spirituale. Le parole del salmista descrivono i sintomi della depressione: tristezza, isolamento, rabbia, abbandono, sfiducia, vuoto spirituale e sconforto.

"Mi hai condotto nelle profondità degli Abissi, nelle regioni delle Tenebre.

Dio, perché mi hai abbandonato? Perché non mi hai rivelato la Tua identità?"

La malattia mentale colpisce tutti gli aspetti della vita, incluso il nostro benessere spirituale. Colpisce al cuore del nostro essere, facendoci sentire separati dall'amore e dall'accogliere Dio. È come un ladro che si aggira nella notte. Ruba il senso dell'autostima, la speranza e i sogni per il futuro, facendo apparire che sarà sempre così. La salute mentale sfida i nostri valori e le nostre credenze e ci sentiamo spesso indegni dell'amore e dell'essere accolti da Dio. Ci sentiamo alienati da Dio. Ci sentiamo soli, incapaci e senza speranza, nell'oscurità della nostra malattia.

Oggi molti abbracciano un approccio più olistico che è sostenuto da studi scientifici. Questa prospettiva dà credito alle scoperte biologiche moderne e le integra con la comprensione del valore emotivo e spirituale. Si tratta dell'approccio mente – corpo – spirito.

**Integrare la spiritualità nel processo terapeutico**

Assistiamo ancora all'antico conflitto tra fede e scienza. Il modello medico scientifico cerca una cura. L'enfasi viene posta sul cercare di trovare risposte e sollievo dai sintomi. E, come sappiamo, spesso non c'è una cura.

La guarigione è la pace che viene dal sapere che Dio fa di tutto per farci stare bene per curare la mente, il corpo e lo spirito. Questo senso di pace e di pienezza è un regalo di un Dio che ci ama e ha compassione anche se dobbiamo imparare a convivere con una malattia mentale. La sfida che affrontiamo oggi non è tra fede e scienza. Abbiamo bisogno di entrambe.

Per decenni, i programmi di formazione professionale hanno scoraggiato la discussione su problemi di tipo religioso o spirituale perché si pensava di alimentare illusioni. I programmi finanziati pubblicamente devono essere attenti a non promuovere visioni religiose specifiche. La paura è aumentata da incidenti causati da discriminazioni o violenza su base religiosa. Esiste una naturale sospettosità verso quelle convinzioni e quegli assunti che sono più difficili da misurare. Ma le cose stanno cambiando gradualmente poiché gli studi stanno scoprendo che la spiritualità può essere una parte importante della terapia e del processo di guarigione e si stanno mettendo a punto alcuni strumenti di valutazione della spiritualità per i professionisti della salute mentale. Dobbiamo continuare a trovare modalità per incoraggiare la collaborazione e lo scambio tra una miriade di sistemi di sostegno.

Nel “The President’s New Freedom Report on Mental Healthcare in America” del 2003, si afferma che il nostro attuale sistema di cura per delle malattie mentali è in fallimento e solo una “trasformazione” completa del sistema potrà essere di aiuto all’utente. Da una prospettiva teologica, la trasformazione si riferisce a un processo spirituale di crescita e cambiamento. La commissione di questo report, costituita da alcuni dei più eminenti professionisti della salute mentale in America, chiede maggiore coordinazione nei servizi e nei trattamenti attraverso gruppi basati sulla comunità, piuttosto che tramite le istituzioni. Chiede anche il reinserimento delle persone assistite come membri produttivi e di successo della società, attraverso attività lavorative, formazione e sostegno all’interno della comunità. I gruppi religiosi possono essere parte integrale del processo.

L’obiettivo è la guarigione! La guarigione è un processo piuttosto che un obiettivo finito. Piuttosto che utilizzare le risorse per concentrarci sui risultati in termini di salute mentale, il New Freedom Report incoraggia l’utilizzo delle risorse per un trattamento e una stabilizzazione duraturi.

**Cura spirituale**

Se si dovesse utilizzare una parola per descrivere il dolore emotivo insito nella malattia mentale questa sarebbe “dissociazione”. Le persone con una grave malattia mentale spesso mancano della percezione della malattia o sperimentano confusione riguardo i sintomi e la terapia. Il clero che dispone di abilità pastorali può trattare la dimensione religiosa e spirituale delle persone basandosi sulle esperienze di vita.

Le persone con una malattia mentale lottano spesso con problemi quali l’impossibilità a godere dell’amore e dell’accoglienza di Dio, ad accettare se stessi, con il bisogno di confessare i propri peccati e conoscere il perdono di Dio, con la necessità di riconciliarsi con gli altri e la mancanza di speranza che le cose possano migliorare. Pastori, rabbini, imam, preti e altri leader religiosi possono offrire saggezza e speranza in base alla loro tradizione religiosa. Ascoltando con attenzione i problemi della persona, i leader religiosi possono cercare di comprendere la causa della sua separazione da Dio, mettendo a disposizione storie bibliche di persone che hanno lottato con problemi simili e storie sul perdono e l’accettazione da parte di Dio.

I rituali e i sacramenti di una tradizione religiosa possono essere di grande conforto nei momenti di stress. Il clero può ascoltare le confessioni e offrire la garanzia del perdono. I sacramenti come la comunione e la consacrazione possono riunire la persona con la sua comunità religiosa secondo il suo /la sua tradizione cristiana. Pregare con la persona e la famiglia può fornire rassicurazioni sul fatto che non sono soli nella lotta e che possono costruire una relazione fondata sulla fiducia e la condivisione.

**I rituali e i sacramenti di una tradizione religiosa possono essere di grande conforto nei momenti di stress**

Dal momento che i leader religiosi vengono venerati dalle congregazioni, possono rappresentare modelli di accettazione che aiuteranno a ridurre lo stigma associato alla malattia mentale. Questo è più semplice se la malattia mentale è trattata come ogni altra malattia organica nei sermoni e se fatto in piccoli gruppi a scopo educativo. Inserendo persone con malattie mentali nelle preghiere pastorali e nelle liturgie, il clero può aiutare a educare la congregazione sul fatto che la malattia mentale non è causata da una mancanza di fede o impegno spirituale.

I doveri pastorali devono comprendere visite alla persona e alle famiglie in lotta contro la malattia mentale come ogni altra malattia organica. Il materiale di una tradizione religiosa dovrebbe essere fornito agli individui in un contesto di consulenza. Le scritture e altre risorse inerenti la tradizione religiosa possono portare conforto alla persona in un ospedale psichiatrici, nelle case d'accoglienza e altri contesti.

**La presenza**

Avere una relazione con una persona che si prende cura di voi è una parte importante del processo di guarigione. Henry Nouwen descrive l'ospitalità come la creazione di uno spazio sicuro nel quale ogni persona è trattata con rispetto e dignità. Camminare a fianco della persona la aiuta a scoprire il potenziale, il valore e la promessa della speranza.

La sofferenza è terribile e senza senso se isolata completamente dalla vita delle persone e quando la sofferenza è esclusa dalla comunità. Chi soffre non deve essere giudicato. Deve essere rassicurato sul fatto che a qualcuno importa e che Dio lo ama incondizionatamente. Il senso di realizzazione mentale, corporea e dello spirito è dato dall'integrazione e non dall'isolamento.

**Il viaggio continua**

La speranza nel futuro è stato un dono che si è realizzato durante la mia relazione con il terapeuta che è anche il mio consulente pastorale. La relazione iniziò nel modo tradizionale come tra terapeuta e cliente. Ma nel tempo si è evoluta in un relazione fatta di rispetto, fiducia e condivisione delle esperienza della vita. Siamo diventati compagni nei rispettivi viaggi spirituali. Condividendo le storie, ho preso coscienza sul fare le mie decisioni basandomi sulla mia saggezza interiore.

Durante i miei stati depressivi più profondi, diverse persone si sono fatte avanti per "salvarmi". Sono fortunata ad avere un marito premuroso che voleva aiutarmi. Sono fortunata ad aver avuto una buona assistenza medica. Sono fortunata ad avere uno psichiatra competente e compassionevole che è rimasto il mio medico sin dal mio primo ricovero in ospedale.

Ma la presenza incondizionata di Dio mi è stata rivelata dal consulente pastorale. Mentre gli altri provavano a "sistemare le cose" in qualche modo, il mio consulente mi accettava così com'ero. Mentre gli altri cercavano di curarmi, un mio amico mi offriva conforto. Era abbastanza vulnerabile da riuscire ad entrare nel mio regno oscuro senza giudicare. Mi ha trasmesso l'immagine di Dio che ci circonda e si prende cura di noi. Ha modellato per me l'idea di un'accettazione incondizionata che non avevo mai avvertito. Durante i miei sentimenti di auto-svalutazione, ha rinforzato la mia fede fondandola sull'essere una figlia amata da Dio, soltanto questo. Mi ha dato un motivo per sperare.

Adesso sostengo l'importanza di relazionarsi con altre persone e con la comunità religiosa, visto che uno dei doni che mi ha permesso di emergere gradualmente dall'oscurità più profonda è stato scoprire il valore della speranza. I farmaci possono stabilizzare i sintomi. Ma sono le relazioni e l'amore che curano l'anima.

Guardandomi indietro, ho realizzato che non ero sola nell'oscurità. Ho compreso di aver perseverato e, con l'aiuto degli altri, sono stata in grado di scegliere la vita. Ho trovato la speranza nell'ascolto e nella lettura delle storie di completezza e di guarigione verificatesi nella vita delle persone che hanno lottato con la malattia.

Dopo l'annegamento di suo fratello, il grande poeta William Wordsworth scrisse poche parole che contengono una grande verità: "Un grande malessere ha umanizzato la mia anima". Il viaggio verso

la completezza non finisce mai. Sapendo che la fertile oscurità ci avvolgerà fino a quando non saremo in grado di scorgere la luce, facciamo in modo che condurci nuovamente indietro verso la pienezza della vita.

A causa della mia esperienza nella chiesa, continuerò ad aiutare le congregazioni a trovare modi di prendersi cura delle persone che vivono con la malattia mentale così come le loro famiglie. Per me, la parte più dolorosa della mia malattia era il sentirmi slegata dal resto delle cose. Una comunità religiosa di supporto mi avrebbe aiutato a sentirmi connessa a qualcosa di più grande dei miei sentimenti di inutilità e sconforto. Una comunità religiosa di supporto avrebbe abbracciato la mia famiglia. Non avremmo dovuto soffrire in silenzio. Prego per il momento in cui non ci debba più essere silenzio per le famiglie che soffrono a causa della malattia mentale!

Preghiera

Dio, tu conosci i nostri bisogni,
le nostre ferite,
i nostri dolori
le nostre paure
Anche prima di formularle
nelle parole delle preghiere.
Tu sei paziente con noi.
Tu sei la nostra difesa,
Tu sei presente con noi,
fino al momento in cui siamo in grado di
chiedere ciò di cui abbiamo bisogno.
Grazie, Dio,
poiché la Tua guarigione giunge
prima che noi siamo consapevoli
di quanto la malattia ci ha devastato.

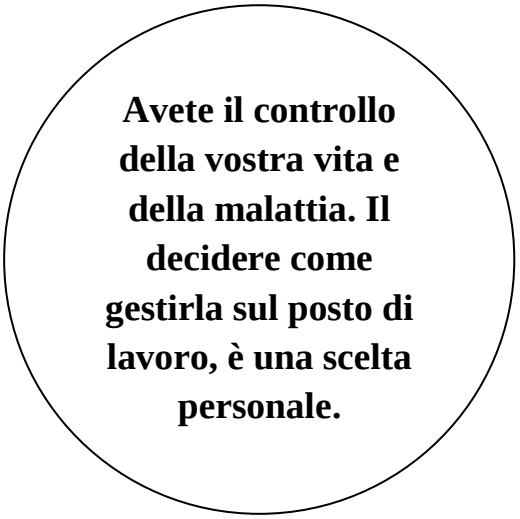
## Avere il disturbo bipolare sul posto di lavoro

Avvertire o no il vostro datore di lavoro della vostra malattia? È una domanda che molte persone con il disturbo bipolare si ripetono. Rivelare tutto direttamente al vostro supervisore è una questione molto personale. Alcune persone hanno avuto esperienze incoraggianti, altre no.

Se la vostra malattia influenza il vostro rendimento, è lecito pensare che il vostro datore di lavoro l'abbia già notato. Discutetene francamente con il vostro supervisore per ridurre le preoccupazioni sulle problematiche relative al livello di performance che potrebbero insorgere durante un episodio maniacale o depressivo.

Se decidete di rendere nota la malattia, potreste voler spiegare cos'è il disturbo bipolare, come vi colpisce e come influenza il vostro lavoro. Potete rassicurare il vostro supervisore sul fatto che non ha bisogno di temere che la malattia influenzi il vostro rendimento e che sarete in grado di rispettare i requisiti lavorativi.

Troverete di seguito le esperienze di due persone affette da disturbo bipolare che potrebbero aiutarvi nella decisione di rendere pubblica o meno la malattia. Ricordate, avete il controllo della vostra vita e della malattia. Il decidere come gestirla sul posto di lavoro, è una scelta personale.




**Un giorno in ufficio** di Christi Huff

**&**

**il disturbo bipolare sul posto di lavoro di Wendy McNeill**

**Un giorno in ufficio**

di Christi Huff

Sto correndo fuori dalla porta con la borsa in spalla, un bicchiere in mano e una manciata delle mie medicine da assumere al mattino nell'altra. Antidepressivi? Ci sono. Stabilizzatori dell'umore? Ci sono. Adderall? C'è. Ansiolitici? Ci sono. Li mando giù con dell'acqua e corro alla fermata dell'autobus. Sono le 7:45 del mattino e sto facendo tardi a lavoro. Per strada, quasi di corsa, tiro fuori il telefono e controllo le e-mail, i messaggi su Facebook, gli alert di Twitter e gli sms.

Una volta sull'autobus, cerco di prendermi un po' di minuti per me e tiro fuori il Kindle per controllare gli aggiornamenti di Psych Central, Bipolar Beat, Mental Floss e tutti gli altri aggiornamenti a disposizione, come tutti i pendolari sull'autobus. Arrivo sulla metropolitana e tiro fuori una pila di registri medici che devono essere aggiornati. Inizio a leggere e sottolineare mentre sono schiacciata come una sardina con altri cinquanta passeggeri che stanno cercando di andare a lavoro. Faccio appena in tempo a fare qualcosa e scendo dal treno insieme ad alcune persone e prendo l'ascensore fino al più vicino Starbucks. Qualche minuto dopo, arrivo in ufficio, timbro nell'atrio e prendo due diversi ascensori per arrivare al mio piano dove il lettore dei tesserini mi permette di entrare in ufficio.

Faccio un respiro profondo, passo il mio tesserino e il click della porta mi avverte che è il momento di controllare il signor Disturbo Bipolare prima di entrare. Attraverso la porta e passo attraverso i box fino al mio ufficio. Accendo il computer e prendo i registri medici che stavo correggendo sul treno. Ho controllato questi registri per molto tempo, ma, mentre sono in ufficio, non riesco a concentrarmi su di essi abbastanza da lavorare a un numero decente. Devo leggere le cose milioni di volte perché mi distraggo facilmente e, a volte, ho degli improvvisi crolli del tono dell'umore e comincio a piangere senza ragione. Cerco di distrarmi con altri compiti e, a volte, aiuta, al punto di riuscire a finire quel progetto e cominciare qualcosa di simile, non avere scadenze. Continuo ad andare in una direzione completamente diversa, dimenticando che ho dei progetti con delle scadenze da rispettare o altri incompleti. Si tratta di uno degli episodio ipomaniacali più piacevoli. Qual è il risultato finale? Devo portare le pratiche a casa per finire di lavorarci (o sui mezzi pubblici) perché non sono riuscita a farlo durante l'arco della giornata e in questo modo la mia giornata lavorativa diventa di 12 ore. Questa è a mia giornata lavorativa tipo.

Alcuni giorni sono più concentrata e riesco a fare un milione di cose. Altre volte ho bisogno di un'intera giornata per occuparmi di una ristretto numero di documenti. Come paralegale, sono tenuto a prendere nota su un registro almeno un certo numero di ore nella mia giornata. Tutti questi alti e bassi rendono difficile raggiungere questo numero di ore al giorno, per farlo devo, quindi, portarmi il lavoro a casa. Immaginate come questo influisca sulla mia vita fuori dal lavoro. Il mio fidanzato deve spesso fare cose da solo perché io devo lavorare. Mi manca uscire con gli amici la sera e avere interazioni sociali. Non avere tempo per socializzare mi fa sentire esclusa e nutre la mia depressione, peggiorando i sintomi del disturbo bipolare. Rimanere a casa così tanto tempo mi dà molte più opportunità per rimuginare sui miei pensieri, il che può peggiorare la mia depressione o mandarmi in ipomania perché comincio ad ossessionarmi su un progetto o un'idea che mette in moto tutta una lista di cose che devono essere iniziate immediatamente. Queste distrazioni mi impediscono di lavorare a casa, determinando frustrazione nonché il desiderio di abbandonare tutto.

Questo ciclo completo delle cose avrà nuovamente inizio domani e porterà a trascorrere i fine settimana nello sforzo di recuperare il lavoro di cui non sono riuscita a occuparmi. Questo porterà a ulteriore disappunto nel mio fidanzato e, a volte, rabbia. C'è frustrazione da parte mia, rabbia

perché non sono in grado di concentrarmi, sconforto perché sto rimanendo indietro, paura di perdere il lavoro e così mi ritrovo piena di ansia per i giorni successivi e questo mi fa sentire male fisicamente. La giornata è difficile, come vedete, ma i progetti vengono portati a termine, non manco le scadenze, non perdo appuntamenti o incontri e non ho causato conseguenze negative in nessun caso al lavoro (che io sappia!). Gli avvocati con cui ho lavorato mi hanno dato ottimi riscontri e sono felici del mio operato. Dovrei dire al mio datore di lavoro se possiamo trovare dei compromessi per gestire i sintomi di queste "montagne russe bipolari"? È una domanda che mi ripeto e non ho una risposta semplice.

Mentre lavoravo con il mio datore di lavoro precedente (uno studio legale), sono stata ricoverata (e ho ricevuto finalmente la diagnosi di disturbo bipolare). Sono tornata pochi giorni dopo e me ne sono subito pentita. Tutti mi fissavano e mi parlavano dietro mentre camminavo nei corridoi. All'inizio pensavo che stavo immaginando tutto, ma la segretaria mi informò che la mia privacy era stata infranta e che le informazioni che avevo riportato sui moduli per l'assenza erano state divulgate. L'informazione, oltre ad altre cose rivelate in seguito all'infrazione, fecero allontanare gli avvocati e non ci volle molto per capire che non avrei più potuto lavorare con loro. Mi sentii oppressa perché l'ambiente non era confortevole e non c'era alcun modo per cui potessi tornare a lavorare lì. Fortunatamente avevo un piano di riserva: frequentai giurisprudenza per un anno. Un altro studio per cui avevo lavorato mi fece contattare dall'ufficio risorse umane perché ero indietro con il lavoro. Avevo provato a mettermi in pari, ma non ci riuscivo, non solo per problemi miei, ma perché ero finita in un altro dipartimento, coprendo altri para-legali in vacanza e dovevo gestire una serie di nuove informazioni in tempi ridotti. Mi sentivo nelle sabbie mobili. E poi, mi dissero che era un problema se lasciavo la mia porta sempre chiusa. Concentrandomi con difficoltà, tenevo chiusa la porta per evitare le distrazioni di chi passava davanti al mio ufficio o chiacchierava, visto che, tra l'altro, soffrivo dei miei alti e bassi. Non volevo che l'intero ufficio mi vedesse piangere all'improvviso. Non c'era alcuna regola che imponesse di tenere la porta aperta, non pensavo quindi di fare del male. A quel punto decisi di spiegare quali erano le mie ragioni.

Dopo aver spiegato che avevo il disturbo bipolare e che avevo bisogno di tenerla chiusa a causa delle distrazioni e delle oscillazioni del mio umore, mi dissero che avevo una grossa responsabilità verso l'azienda e che i problemi dovevano essere gestiti con il medico. La persona con cui parlai mi informò che non c'era nulla che potessero fare e mi chiese perché gli stavo dicevo queste cose, e come potevano essere sicuri che non avrei mancato una scadenza o non li avrei messi in pericolo? Replicai che queste cose non erano mai state un problema perché facevo in modo che non accadessero, evidenziando come nessuno degli avvocati con cui lavoravo aveva mai avuto problemi con me o mi avesse dato una valutazione negativa. Il risultato della discussione fu il poter tenere la porta chiusa e incontrare il dottore per rimanere in forma. Non aiutava, ma almeno avevo ancora il mio lavoro e la discrezione.

Queste sono le due situazioni in cui ho informato i miei datori di lavoro del mio disturbo bipolare. Ci sono stati molti casi in cui non ho rivelato la mia malattia ai miei colleghi di ufficio e nessuno ha mai sospettato nulla. Anche nei due casi riportati come esempio, molti dei lavoratori con cui sono stata a contatto non hanno mai avuto alcuna idea di questo e mi hanno confessato che lo non lo avrebbero mai intuito. Direi ad altri datori di lavoro che ho il disturbo bipolare? Non parlarne finora è andata bene perché non ho avuto sintomi che durassero a lungo (a parte il ricovero). La risposta che ho ricevuto quando ho deciso di divulgare questa informazione non è stata d'aiuto e ha rafforzato la mia scelta pregressa di non essere aperta.

Non ho dei diritti secondo l'American's with Disabilities Act (ADA)? Sicuramente ma, sfortunatamente, non penso che molti datori di lavoro siano informati sulle malattie mentali e su

come l'ADA si applichi in questi casi. Il Family Medical Leave Act (FMLA) permette di assentarsi per un lungo periodo di tempo (fino a un certo numero di settimane) per eventi come la gravidanza, ma anche per malattia mentale che impedisca di lavorare in maniera efficace. Inoltre, non penso ci sia abbastanza conoscenza tra gli impiegati su come la FMLA si applichi alle malattie mentali. Fuori dall'ufficio gli impiegati sono persone normali. Non si tratta di persone sovrumane, potenti o regali in grado di vedere l'aspetto positivo di ogni cosa. Lo stigma e le informazioni apprese al di fuori dall'ufficio possono essere portate all'interno dell'ufficio. Il mondo funziona così. Penso che, come avvocati, non abbiamo soltanto il dovere di educare il pubblico, ma assicurarci che le persone sul posto di lavoro siano correttamente informati.

Trasformare una giornata di otto ore, cinque volte a settimana, in una di dodici, sette giorni su sette, scatena sintomi che rendono più difficile lavorare, perpetuando un ciclo della malattia che tenderà a ripetersi. Questo non ha ripercussioni solo su di me, ma anche su chi mi circonda. Dovrei parlare? Potrei. Lo farò? Probabilmente no. I tentativi fatti in passato non hanno dato risultati positivi e non voglio correre di nuovo questo rischio.

Questo vuol dire forse che nessuno dovrebbe informare il proprio datore di lavoro del proprio disturbo bipolare? Certo che no.

Ognuno di noi rappresenta un caso a sé e ogni lavoro è di tipo diverso. Credo che la decisione dovrebbe essere basata sul rapporto che si ha con il datore di lavoro e con il proprio livello di sicurezza. Nel frattempo, sensibilizzare i colleghi sul posto di lavoro dovrebbe rappresentare una priorità in modo che la decisione non debba essere presa da chi soffre di disturbo bipolare o altre malattie mentali e non si debba continuare a lavorare se si ha a che fare con la "montagna russa bipolare" soltanto per tenere il ritmo.

**Bipolare sul posto di lavoro**

Di Wendy McNeill

La parola "posto di lavoro" evoca ogni tipo di immagine a seconda di chi siete e di cosa fate. In effetti, quando pensiamo al posto di lavoro, "chi siamo" e "cosa facciamo" diventano concetti legati tra loro. Affermiamo "Sono insegnante", "sono ingegnere", "sono barista". Oppure non parliamo del nostro lavoro, ma definiamo il nostro campo di interesse, "Sono nelle vendite". Il nostro posto di lavoro in ogni caso comunica a noi e al mondo dove ci posizioniamo nello schema delle cose, determina il nostro status, la nostra ricchezza e, fino a un certo punto, anche le nostre identità.

Io? Sono colpevole di conferire etichette come tutti. Sono un tutor, un tutor presso il San Diego Mesa College. Sono stata un tutor per oltre 10 anni, lavorando al Mesa per un paio di anni intorno ai venti anni e per quasi tutti gli altri a partire dai trenta. Sono un'anomalia. La posizione di tutor è essenzialmente una posizione di transizione, occupata spesso da studenti. I tutor vanno e vengono. Non si è mai sentito di qualcuno che, come me, rimane in questo ruolo così per lungo tempo. Ma io ho il disturbo bipolare e, visto che posso guadagnare poco a causa della mia disabilità, è un lavoro perfetto. Mi stimola intellettualmente, mi da la possibilità di interagire socialmente, di appoggiarmi a una struttura e, ovviamente, un po' di denaro extra oltre a quelli che mi dà il governo.

Senza il mio lavoro, sarei affondata miserabilmente nella disoccupazione. In effetti, quando si avvicinano le vacanze estive o invernali, sono terrorizzata dalla marea di ore improduttive che si mi aspettano. Ecco lo svantaggio del mio lavoro.

L'altro svantaggio è che non voglio fare il tutor per il resto della mia vita. Voglio un lavoro vero. Un lavoro con ore vere e benefici reali. Un lavoro che faccia emergere tutto il mio talento, non solo una parte. Non è questo il sogno di tutte le persone che lavorano a un livello inferiore rispetto alle proprie potenzialità perché affette da disabilità? Sfortunatamente, alcuni sono troppo intelligenti per essere soddisfatti della situazione, ma troppo malati per modificarla.

Sono troppo malata per modificare questa situazione? Trovare un vero lavoro vuol dire uscire dal ghetto della disabilità. Vuol dire lasciare la sicurezza dello Stato e sopravvivere da sola. Perché è così dura? Perché non l'ho fatto prima. Trovare un lavoro migliore è difficile perché sono disabile, affetta da una grave malattia mentale, ho dei sintomi, degli impedimenti, degli ostacoli, delle barriere e lo stigma. Queste sono ragioni valide per mantenere un lavoro sotto i propri standard. Anche se al di sotto degli standard, si tratta di qualcosa che posso fare.

Credo però nella guarigione e credo che la guarigione dal disturbo bipolare sia possibile. Credo di aver raggiunto una stabilità tale da potermi concedere qualche rischio e cercare di educarmi di più, nel mio caso, un master in lavori sociali in modo da poter aiutare la comunità come assistente sociale.

Ma è stato un percorso in salita quello che mi ha condotto fino a questo punto. Se dovessi giudicarmi con gli occhi della "società", potrei definirlo un viaggio nella mediocrità e nella sconfitta, visto che non mi sono avvicinata nemmeno a una "vera carriera". Nel contesto della mia vita, però, nel contesto delle mie battaglie, vedo un viaggio di determinazione e ricerca della felicità nonostante la malattia mentale.

Contrariamente a quanto sostenuto dal senso comune che suggerisce che le persone con disturbo bipolare sono discriminate, le mie esperienze sul posto di lavoro sono state compassionevoli. Il mio capo e i miei colleghi mi hanno sempre mostrato gentilezza e non potrei essere più grata per il

sostegno ricevuto.

Nessuno pianifica di avere un disturbo bipolare. Quando ero alle superiori, volevo lavorare in una rivista. Poi, al college, ho preso una laurea in Lettere presso l'UCSD, una pietra miliare verso il mio sogno di pubblicare articoli. Come matricola, feci domanda capo editore nel giornale del Warren College e fui rifiutata, ma il Revelle College, il più famoso e selettivo college dell'UCSD, aveva bisogno di un capo editore e mi assunse. Il mio lavoro doveva cominciare l'anno successivo.

Per la prima volta, la mia vita andò a rotoli. L'ultimo giorno del primo anno al college, avevo appena finito la tesi su Edgar Allan Poe, trovai la mia casa completamente vuota. C'erano mia madre e mia zia con alcuni amici della chiesa. Mia madre e mia zia mi hanno preso tra le braccia e mi hanno portato giù in ascensore. Mentre scendevamo, mi hanno detto che mio padre era morto. Si era suicidato.

Da quel momento, la mia vita non sarebbe mai stata la stessa. È stato un momento critico, un momento scatenante.

All'inizio del secondo anno di college, ho iniziato il mio nuovo lavoro al Revelle College, lavorando come assistente del rettore Laura Mendez. Il mio comportamento era strano. Lavoravo duramente e rapidamente, ma mi arrabbiavo ed ero irrispettosa. Smisi di mangiare e dormire regolarmente e il mio peso crebbe. Il giornale divenne importantissimo per me e dovevo essere perfetta. Laura si sentiva disturbata dalla nuova stagista e, più tardi, mi essersi confidata con il rettore, 'non so se dovrei lavorare con Wendy. È sicuramente un tipo A!".

Potevo sembrare un tipo A; ma ero una bipolare di tipo I.

Ho avuto il mio primo episodio psicotico dopo gli esami. Quest'esperienza comportò due settimane di ricovero e tornai al campus scioccata e scossa, con la coda tra le gambe.

Laura fece di tutto per proteggermi. Mi incontrò nel suo ufficio e passeggiammo per il campo. Mi parlò della figlia della sua vicina che aveva una storia simile. La ragazza andava al college, ma viveva a casa. Parlava veloce, facendo ogni sorta di piani per il futuro. Poi iniziò a riordinare meticolosamente i mobili della casa. Quando iniziò a nuotare in piscina in piena notte, i genitori capirono che aveva bisogno di aiuto. Venne portata nell'ospedale psichiatrico dove le fu fatta diagnosi di disturbo bipolare. Aveva, come me, 19 anni. Laura mi raccontò la sua storia e poi mi disse quali erano le sue intenzioni. Potevo tenere il lavoro se mi fossi rivolta ai servizi di sostegno psicologico. Concordammo una riduzione del carico di lavoro, avrei dovuto pubblicare due articoli al mese, invece che uno a settimana.

Quell'anno ho continuato a lavorare con Laura e, sebbene il carico di lavoro fosse dimezzato, avevo problemi a rispettare le scadenze. Imparai, soprattutto, che i datori di lavoro possono essere sensibili e fare cose giuste. Si tratta di una lezione importante da imparare al più presto, perché poi le cose si complicano.

**È importante ricordare che il concetto di successo è individuale, ogni persona che soffre di disturbo bipolare sperimenterà la malattia in maniera diversa**

È importante ricordare che il concetto di successo è individuale, ogni persona che soffre di disturbo bipolare sperimenterà la malattia in maniera diversa. Sebbene io non lavori a tempo pieno, non posso dire che chi soffre di disturbo bipolare non sia in grado di

farlo.

Può capitare, a seconda della gravità della malattia e dalle possibilità di guarigione. Ma per molti non accade così. Alcuni trovano lavori part-time, altri sono disoccupati, anche a tempo indeterminato.

Penso sia interessante che, a causa della crisi economica, sono divenuti più comuni situazioni precedentemente poco frequenti. Anche la disoccupazione sta man mano perdendo le sue caratteristiche di discriminazione. L'instabilità economica globale ha cambiato il concetto di "sei quello che fai". Anche se questo concetto sta cambiando, la nostra cultura utilizza ancora fortemente l'aspetto lavorativo come metodo di valutazione sociale.

Sebbene sia stata molto fortunata a lavorare con datori di lavoro che comprendevano la mia situazione, andando avanti, sono diventata circospetta nel rivelare di avere il disturbo bipolare e lo farei soltanto se necessario. In questo modo, la malattia rimane fuori dal mio contesto di appartenenza.

Ho recentemente iniziato un altro lavoro part-time, davvero part-time, per un'organizzazione che fornisce sostegno alle donne con malattie mentali. Sono una specialista della salute mentale, il che vuol dire che sono membro di uno staff che lavora in una casa con 15 donne. Metto al servizio degli altri i miei occhi e, per le donne, le mie orecchie.

Il mio diretto supervisore, che ho avuto modo di conoscere nella comunità, sa che ho il disturbo bipolare, ma il presidente e il fondatore non ne sono al corrente e voglio che rimanga così. Desidero essere in un'organizzazione in cui non sono vista come una malata di mente. Anche in un ambiente che sostiene i malati mentali, penso che i comportamenti del supervisore cambino quando si viene a conoscenza di un disturbo del genere. Lei può pensare "Wow, è abbastanza normale per qualcuno che ha il disturbo bipolare!" Penso che anche le persone illuminate o quelle nel campo della salute mentale, si comporterebbero così. Il condizionamento nella nostra cultura è così forte che anche chi ha le migliori intenzioni è soggetto a questa reazione. Ad esempio, ho protetto quindi il mio anonimato, sebbene mi dichiari in ogni altro aspetto della mia vita.

Il disturbo bipolare rappresenta una seria disabilità e i sintomi possono influire sulla performance lavorativa. La cosa migliore per una persona bipolare è mantenere uno stile di vita regolare per gestire la malattia con ogni strategia che si ha a disposizione. Questo significa: mangiare bene, dormire regolarmente, fare esercizio fisico, non assumere sostanze, circondarsi di persone positive, sottoporsi a una terapia cognitivo-comportamentale, essere magnanimi con se stessi. Penso che l'interazione con gli altri sia essenziale per la guarigione. Una rete di supporto di amici con lo stesso disturbo aiuta ironicamente a mantenere la salute.

Infine, mantenere la salute è l'obiettivo per tutte le persone che lottano contro il disturbo bipolare. Se questo vuol dire sacrificare la tradizionale immagine della persona che ha successo, va bene così. La produttività, ovviamente e l'utilizzo significativo del tempo sono gli ingredienti alla base della guarigione, ma potrebbe non esistere una carriera tradizionale per chi soffre di disturbo bipolare.

Come nel mio caso: sono ancora un tutor. È un'ammissione dolce e, al contempo, amara. Da un lato, sarei felice di avere un lavoro abbastanza protetto dallo stress che contribuisca in maniera positiva alla società. Dall'altro, solo Dio sa dove sarei se non avessi la malattia. Sarei stata indubbiamente qualcos'altro.

Il mio lavoro, comunque, ha uno scopo preciso. Avevo ragione sul lavoro part-time; non sono

rimasta in ospedale per otto anni. Dopo dieci anni di ricoveri annuali, ho interrotto il ciclo e credo che il mio lavoro abbia contribuito.

Mi ha appagato, anche se col minimo salariale? Mi vengono in mente le parole dei miei studenti, "Grazie Wendy. Mi hai davvero aiutato molto".

Se quest'esperienza è stata provata da dieci persone al giorno, quattro volte a settimana, per tutte le settimane che ci sono in un anno, per l'arco completo di dieci anni, sono, in termini umani, umilmente orgogliosa.

E non ho problemi ad affermare dire che si tratta di un successo.

## Andare al college con il disturbo bipolare

di Russ Federman, Ph.D., ABPP

### Il desiderio di lasciarsi indietro la diagnosi

La transizione dalle superiori al college è un momento eccitante. Per molti si tratta del primo lungo periodo lontano da casa, oltre a essere il primo passo nel conquistare l'identità di adulti, dove uno non è più definito come il figlio del Sig. e della Sig.ra Genitori. È un momento di estrema tensione verso l'autonomia e l'individualità. È anche un momento in cui si modifica l'identificazione esistente basandosi sulle nuove affiliazioni e i nuovi rapporti di gruppo.

Questo nuovo inizio dà anche speranza per ottenere nuovi risultati. Non è raro che un diplomato voglia lasciare dietro di sé le sue difficoltà adolescenziali e ricominciare nuovamente in un contesto universitario. Alcune di queste aspirazioni sono legittime: un nuovo corso accademico, la scelta di partecipare a un gruppo e anche una nuova relazione possono essere delle ancore emotive per le persone nel mondo contemporaneo; con grande rammarico, però, la stessa progressione non si applica al disturbo bipolare.

Sebbene sia vero che gli studenti di college acquisiscono gradualmente la loro nuova identità, è anche vero che l'essere bipolari da parte dello studente lo accompagnerà nel nuovo contesto di appartenenza. Un nuovo inizio con il disturbo bipolare significa davvero rivisitare l'approccio al trattamento e decidere cos'è più appropriato per il successivo stadio dello sviluppo.

### Considerate la scelta migliore per il college o l'università

È importante notare che le piccole istituzioni specializzate, in particolare quelle senza grandi corsi di laurea, sono spesso definiti "college", mentre le più grandi, con maggiori possibilità accademiche sono definite "università". I termini, a volte, vengono utilizzati in maniera intercambiabile. Per semplicità, in questo capitolo si userà solo il termine generico college. Bisogna sottolineare che, indipendentemente dal contesto universitario o dal college, il consiglio concernente l'istruzione superiore nelle persone con disturbo bipolare è il medesimo.

Per i liceali che hanno già avuto una diagnosi di disturbo bipolare, scegliere il giusto college non è facile. La scelta non si basa soltanto sulla reputazione del college, sull'area di studio o sul fatto che fornisca borse di studio. Allo stesso modo, o forse anche più, è importante trovare un ambiente ottimale per mantenere la stabilità emotiva e psicologica.

### Vicino a casa o più distanti?

Nello scegliere vicinanza o lontananza dobbiamo prendere in considerazione la storia di recente stabilità del tono dell'umore dello studente, come indicatore del tipo di rete di supporto che sarà necessaria al college. Se relativamente stabile negli ultimi uno o due anni, senza ricoveri o cambi di medicine frequenti, essere vicino a casa non è così importante. Con una buona storia di stabilità, scegliere un posto lontano molte ore o molti stati di distanza non dovrebbe essere un motivo di preoccupazione.

Se invece la gestione dei sintomi della malattia bipolare è stata difficile e lo studente lotta con l'instabilità al momento dell'iscrizione, allora sarebbe meglio scegliere un community college o una scuola quadriennale vicino a casa. Il vero problema è il livello di sostegno da parte della famiglia su cui si può fare affidamento come parte della rete di supporto. Se questo non è chiaro, non ci sono motivi per cui uno non dovrebbe iniziare un community college per poi passare a una scuola

lontano da casa una volta raggiunta una discreta stabilità del tono dell'umore. Trasferirsi inoltre in una scuola quadriennale diventa più facile se si possono dimostrare uno o due anni di performance intense in un community college. Se i sintomi della malattia bipolare variano da lievi a moderati e sono stati gestiti bene durante gli ultimi anni, non ci sono motivi per non considerare un college lontano da casa. Se, invece, la decisione è allontanarsi il più possibile da casa, la domanda successiva deve essere se il college che è stato scelto è in grado di fornire un sostegno adeguato.

**Salute mentale e risorse psichiatriche nei college moderni**

La maggior parte delle università, oggigiorno, fornisce consulenze e servizi psichiatrici per gli studenti immatricolati. Questi servizi, più comunemente, sono forniti dagli stessi dipartimenti, di solito chiamati con nomi come "Consulenza e servizi psicologici". In alcune università servizi di consulenza e quelli di salute mentale potrebbero essere divise tra unità differenti. Ci può essere un centro dedicato alla consulenza e un'unità separata come il servizio per la salute mentale fornito agli studenti, dove viene fornito un tipo di trattamento psichiatrico.

In ogni università esiste una configurazione a sé in termini di servizi forniti agli studenti, sarebbe importante indagare cosa viene offerto e dove sarà messo a disposizione. Ai fini della discussione, con il termine generico "centro di consulenza universitaria" si intenderà un servizio in grado di offrire un trattamento completo.

Per ogni studente la scelta del college è cruciale. Per gli studenti con il disturbo bipolare, è essenziale indagare i servizi disponibili assieme al centro di consulenza prima di prendere ogni impegno. Se queste risorse sono minime o senza una chiara componente psichiatrica, ci si dovrebbe almeno sincerare dell'esistenza di un buon servizio psichiatrico nella comunità vicina.

Questo non vuol dire che le risorse dedicate al trattamento della salute mentale dovrebbero essere il criterio primario per la scelta del college; ma per gli studenti affetti da disturbo bipolare, questo dovrebbe essere sicuramente in cima alla lista delle priorità. Sarebbe chiaramente una pessima scelta frequentare un college con un accesso limitato ai servizi psichiatrici, sia nel college che si è scelto che nella comunità professionale locale. Delle risorse di trattamento eccellenti dovrebbero, semplicemente, essere sempre a portata di mano.

Una cautela: spesso i centri di consulenza si trovano a dover fronteggiare una domanda in termini di servizi che non sono in grado di sostenere facilmente. È facile, quindi, che forniscano principalmente consulenze incentrate sul breve periodo, che puntino a ottenere una stabilizzazione del tono dell'umore e che privilegino il trasferimento nei centri locali per i trattamenti a lungo termine. Visto che il disturbo bipolare è una condizione tendenzialmente cronica, gli studenti non dovrebbero sorprendersi nel constatare che il centro desidera si rivolgano alla comunità locale per un trattamento a lungo termine. Queste pratiche variano da scuola a scuola, ma se i centri di consulenza parlano di un invio, non dovete prenderla come un rifiuto. Questo riflette semplicemente la realtà delle risorse limitate di cui dispongono. C'è anche un beneficio gli invii privati. Considerata la scarsa possibilità dei centri universitari in un ottica di trattamento a lungo termine, lo studente potrebbe non incontrare lo stesso referente nel tempo. Se uno è tanto fortunato da trovare un psichiatra o psicoterapeuta con cui si trova bene, può ragionevolmente pensare di farsi seguire per tutto il tempo in cui frequenta il college. La continuità del trattamento è sempre una cosa apprezzabile.

**Prepararsi prima di arrivare a scuola è importante**

Una volta scelto il college, ci sono ancora alcuni passi essenziali da compiere per assicurare una transizione indolore allo studente che soffre di disturbo bipolare. Per prima cosa, si consiglia allo studente con disturbo bipolare di contattare il centro di consulenza universitario prima dell'arrivo al campus o subito dopo, per prendere un appuntamento con un consulente anche se le cose vanno bene. In effetti, se il college scelto non è lontano da casa, organizzare un incontro nei mesi estivi prima dell'iscrizione è un'opzione valida. Facendo così, lo studente può stabilire un rapporto personale con un professionista della salute mentale che gli permetterà di avere un accesso rapido alle possibilità di essere sostenuto nei mesi successivi di eventuale instabilità del tono dell'umore. È anche più facile farlo all'inizio del semestre, piuttosto che più in là, quando i centri di consulenza sono occupati a rispondere all'elevato volume di domande degli studenti in cerca di aiuto.

Nel momento in cui si trasferisce lo studente dovrebbe firmare un documento che permetta al suo precedente psichiatra di inviare copia della sua storia medica al centro di consulenza o al nuovo psichiatra. Con queste informazioni, il nuovo psichiatra o psicoterapeuta può facilmente visionare la storia dello studente per aiutarlo nel migliore dei modi.

Gli studenti dovrebbero sapere che la storia medica appartiene a loro e hanno diritto di riceverne una copia quando vogliono. Nella tarda adolescenza e nella prima età adulta, quando c'è più possibilità di movimento, si consiglia conservare un diario con la propria storia medica in modo da poterlo portare con sé durante il periodo di transizione al college, sul posto di lavoro o in qualunque altro momento.

**Mantenere uno stress gestibile: non caricarsi di tutto troppo rapidamente**

A volte, la gamma delle offerte nel contesto del college può essere una cornucopia di nuove possibilità. Corsi affascinanti, club e organizzazioni sociali, sport, attività studentesche, nuove opzioni ricreative, musica e teatro… la lista continua. La noia non dovrebbe essere parte della vita al college.

Mentre si considerano queste scelte, è perfettamente nella norma sentirsi eccitati e trepidanti. Perché non tuffarsi e immergersi completamente in tutto questo? Facendo così, semplicemente ci si attiva molto. E se l'intensità può sembrare gradevole, specialmente se accompagnata da una live o moderata ipomania, è di sicuro uno stress. Per gli studenti con il disturbo bipolare, lo stress relativo al coinvolgimento intenso non è necessariamente un amico. Lo stress è, in effetti, la scintilla che scatena la destabilizzazione del tono dell'umore.

Alle matricole con disturbo bipolare è consigliato fare un passo indietro e preferire alla cornucopia il senso della moderazione. Cos'è la moderazione? Scegliere forse 12 o 15 crediti piuttosto che 16 o 18. scegliere forse le attività extracurricolari con un semestre di ritardo o non sovraccaricarsi di più impegni. E se viene impulsivamente proposta una gita nel secondo weekend del semestre, speriamo che lo studente con disturbo bipolare scelga saggiamente di rimanere al campus e concentrarsi sulla costruzione di fondamenta stabili.

Tenete a mente che iniziare il college è un momento della vita importante in cui molti cambiamenti si verificano simultaneamente. Declinare alcune offerte all'inizio non vorrà dire rinunciarvi in futuro. Un approccio graduale alle cose non equivale a lasciarsele indietro. Per gli studenti con

disturbo bipolare, comprendere che la moderazione è preferibile all'eccesso è meglio che essere sopraffatti e perdersi completamente.

**Le trappole potenziali della vita universitaria**

Se i sintomi del disturbo bipolare non emergono fino ai 35-40 anni, la gestione effettiva di sintomi lievi e moderati sarà facile. Verso la mezza età, subentra una certa evoluzione in termini di maturità, quali una routine giornaliera strutturata, un buon ritmo sonno-veglia, la limitazione nell'utilizzo di alcol e sostanze e una minore esposizione a comportamenti impulsivi e rischiosi.

Una volta che queste capacità sono state conquistate, molti dei fattori che possono destabilizzare un soggetto con disturbo bipolare sono resi meno potenti. È questo il motivo per cui vediamo spesso miglioramenti del tono dell'umore e del funzionamento complessivo degli individui con disturbo bipolare durante la transizione dalla prima età adulta a età successive.

Ma lo sviluppo del disturbo bipolare in età adulta è praticamente una rarità. Per la maggior parte dei pazienti con disturbo bipolare la presentazione dei sintomi avviene, in realtà, in un periodo compreso tra i 15 e i 25 anni. Invece di un equilibrio più che necessario, la maturità e la sobrietà vengono di solito ritardate a causa delle regole di comportamento della tarda adolescenza.

Molti di quanti stanno per iniziare il college hanno avuto esperienze di vita precedenti definite da norme e regole genitoriali. E sebbene le regole genitoriali tendano a diminuire e a divenire datate durante la crescita, si può anche verificare che alcuni studenti sin dalla fine del liceo non vedano l'ora di sperimentare un assaggio di libertà. Al college, non gli viene detto quando andare a letto, quando devono tornare a casa o cosa devono o non devono fare. Molte di queste scelte di vita diventano indipendenti e capita che gli studenti desiderino abbandonare le restrizioni che sentono come "genitoriali". la conseguenza naturale è che durante gli anni del college vediamo spesso che 1) sonno e igiene sono trascurati, 2) si sperimentano sostanze psicoattive, 3) le strategie per gestire elevati carichi di lavoro sono ben lontane dall'essere prive da stress. La buona notizia è che, di solito, questo comportamento cambia con l'approssimarsi dell'età lavorativa e subisce modifiche significative nei successivi 10 o 15 anni. Ma se sei affetto da disturbo bipolare e vai al college, o se scopri il disturbo mentre sei lì, non hai tutto questo tempo per procedere negli adattamenti necessari.

Perché no? Perché per gli individui con il disturbo bipolare, la stabilità del ritmo sonno-veglia è forse più importante delle medicine che vengono prescritte. Capita spesso che un sonno inadeguato o irregolare determini una grave destabilizzazione del tono dell'umore. Allo stesso modo, le ricerche mostrano che un utilizzo frequente ed eccessivo di sostanze psicoattive funge da fattore destabilizzante per chi soffre di disturbo bipolare (Baethge, C., Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P., Mauricio, T. e Baldessarini, R.J., 2008). D'altronde accade frequentemente che gli studenti affetti da disturbo bipolare dichiarino di aver avuto a che fare con le sostanze psicoattive. Il terzo componente della terribile triade è lo stress. Lo stress peggiora di solito i disturbi psichiatrici. Lo stress altera la qualità di vita delle persone anche quando non hanno un disturbo psichiatrico. Chi soffre di disturbo bipolare e sperimenta anche lo stress, l'utilizzo di sostanze o ha un sonno irregolare, sta semplicemente aggiungendo benzina al fuoco. I risultati non sono di solito buoni.

È sensato dire che la libertà e le opportunità della vita fornite dal college pongono enormi sfide davanti allo studente affetto da disturbo bipolare. La soluzione è semplice: dormite bene, tenetevi lontani dalle sostanze e imparate a gestire lo stress derivante dalla vita del college. Ah, se solo fosse così semplice! C'è qualcosa di significativo, di particolarmente significativo, che si incunea tra le trappole del college e le possibili soluzioni.

**Accettare la diagnosi: la sfida più difficile degli anni universitari**

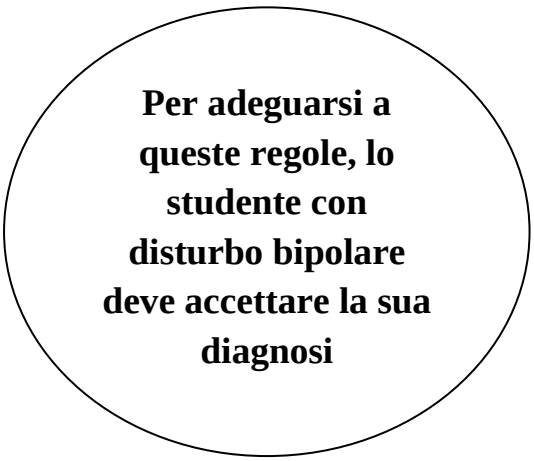
Molti studenti con il disturbo bipolare non vogliono accettare la diagnosi di malattia. Questo non vuol dire che non danno valore alle loro esperienze caratterizzate da lieve ipomania quando arrivano a sentirsi energici, ottimisti e eccitati cognitivamente. Pensateci, ci sono state molte intuizioni brillanti che sono emerse durante i momenti caratterizzati da umore elevato. Ma il quadro complessivo non è così desiderabile. La depressione è deprimente. L'umore imprevedibile crea una realtà altalenante. E una mania determina solitamente danni. Di solito, la maggior parte della gente non desidera questo.

Ma non è così per la maggior parte delle difficoltà e dei dolori della vita? Immaginate che uno abbia ricevuto una diagnosi di diabete di tipo I e debba monitorare giornalmente i livelli di glicemia nel sangue e fare iniezioni d'insulina per mantenere la salute. Gli studenti diabetici non accolgono bene questa restrizione quotidiana; lo seguono, però, perché intuiscono che l'alternativa è dannosa per la loro salute.

Allo stesso modo, quando i genitori di uno studente muoiono di cancro durante il primo anno di università, l'evento ha un peso emotivo enorme. Nessuno è pronto a perdere un genitore a 18 o 19 anni. Ma la vita dello studente non finisce per la morte di un genitore. Lo studente sopporta un periodo doloroso. È anche probabile che riesca ad andare avanti dopo aver compreso come vivere nella nuova realtà che implica avere un genitore morto.

Che si tratti di accettare la perdita di salute fisica o di una persona cara, troviamo generalmente il modo di adattarci e andare avanti, ma di certo non senza senso di perdita o adattamenti. Sotto molti aspetti, è proprio questo che si intende per maturazione.

La tarda adolescenza è un periodo della vita in cui si va alla ricerca di obiettivi e ideali. Recarsi in una buona scuola, trovare corsi soddisfacenti, unirsi a un partner amorevole, sperimentare gratificazione e un lavoro soddisfacente sono i temi dominanti fino all'età adulta. Mentre progrediamo nel nostro ciclo vitale, dobbiamo accettare alcuni cambiamenti che si manifestano nelle nostre speranze e nei nostri sogni. Una vita ideale esiste solo nelle favole e nei film. Non esiste nella vita di tutti i giorni. Per la maggior parte delle persone, queste modifiche in termini di speranze e di sogni si manifestano più tardi nella vita, quando diventa chiaro che fantasie adolescenziali e realtà adulta non coincidono.




Ma gli studenti con il disturbo bipolare si trovano costretti adattare le loro aspettative ancora prima. Adeguarsi alle regole predominanti nella vita universitaria non funziona per lo studente con il disturbo bipolare. Si tratta, anzi, di una ricetta per l'instabilità. Per adeguarsi a queste regole, lo studente con disturbo bipolare deve accettare la sua diagnosi, non perché è desiderabile, ma perché è, in un certo modo, inevitabile. Negarla non lo aiuterà a far si che sparisca. La negazione del disturbo bipolare consentirà temporaneamente allo studente di fare ciò che vuole.

Ma se queste scelte sono fatte senza considerare l'importanza della stabilità del tono dell'umore, c'è un prezzo inevitabile da pagare che si presenterà per questa soddisfazione temporanea.

I necessari adattamenti psicologici per lo studente con disturbo bipolare comportano l'abbandono del se ideale, l'abbandono di quella persona che lo studente vuole diventare e l'accettazione della vita con la diagnosi di malattia bipolare. Questo adattamento è doloroso e non si raggiunge rapidamente. Così come per l'elaborazione del lutto, c'è bisogno di soffermarsi su di esso gradualmente affinché possa essere rimpiazzato da un profondo senso di accettazione. Si tratta anche qui di un processo di rielaborazione del lutto: si tratta di rielaborare la perdita relativa al quella persona che si sarebbe voluti essere.

Come si fa in pratica? Forse significa lavorare duramente per trovare altri il cui stile di vita ruoti intorno ad attività creative diverse dal bere o dal fare festa. Forse significa avere una autorizzazione da parte del medico per richiedere una stanza singola in cui poter controllare quando spegnere le luci. Forse significa cercare aiuto per sviluppare buone abitudini di studio e distribuire il carico accademico per l'intera durata del semestre. Questi sono tutti approcci pragmatici.

Oltre al pragmatismo, il vero lavoro consiste nel tenere sotto controllo emotivamente il processo di accettazione della diagnosi. Una buona psicoterapia può aiutare. In fin dei conti se la realtà dell'esser bipolari è adeguatamente integrata, i sistemi pragmatici andranno al loro posto senza difficoltà.

Molti studenti, sfortunatamente, non sono pronti ad accettare questo tipo di diagnosi durante l'adolescenza. Per alcuni, accettare di avere il disturbo bipolare nella realtà non è ciò che desiderano e cercano di respingerlo, anzi, nel complesso. Non è raro incontrare studenti che affermano "Me ne occuperò una volta finito il college". Si, potrebbero doverlo fare. C'è una vasta gamma di conseguenze negative a lungo termine insite in questo atteggiamento.

Le recenti ricerche neurobiologiche  mostrano che la prognosi a lungo termine di una persona che soffre di malattia bipolare riflette il livello di instabilità del tono dell'umore che si manifesta all'inizio del disturbo. In altre parole, un'instabilità umorale iniziale non trattata corrisponde a difficoltà a lungo termine in grado di determinare continua instabilità, mentre un'instabilità iniziale gestita in maniera soddisfacente corrisponde a un miglioramento delle possibilità di stabilità a lungo termine. Questo viene definito effetto "kindling" (Post, 2007).

Pensate a una caviglia slogata. Una volta che si è slogata, è più suscettibile a slogature subentranti. Ogni distorsione successiva abbassa la tolleranza allo stress fisico che porta a ulteriori distorsioni. Il cervello non è diverso. La vulnerabilità nei confronti dell'instabilità umorale insita nel disturbo bipolare, specialmente se ignorata e lasciata al suo destino, abbassa la soglia di tolleranza nei confronti di episodi successivi di instabilità umorale. Questo significa che le strategie di quelli che desiderano aspettare fino all'ultimo prima di trattare il disturbo non sono vincenti. Una volta che i circuiti neuronali del cervello sono tarati sull'instabilità a lungo termine, l'individuo non può tornare indietro alla tarda adolescenza per ripristinare il loro corretto funzionamento.

Accettare la diagnosi e procedere con gli adattamenti è vantaggioso! Lo scopo non è dipingere un quadro raffigurante dannazione e malinconia o rafforzare una posizione di prevenzione, ma attirare l'attenzione su quello che è davvero in ballo. Per gli studenti nel mezzo del college, non è facile mantenere una vita sana. Per gli studenti con il disturbo bipolare, tenere a mente il quadro complessivo può essere essenziale per vivere una vita fondata sulla stabilità, il corretto e pieno funzionamento.

**Un utilizzo appropriato del paracaduti accademici**

Per paracadute accademico ci riferiamo alle procedure di sostegno che possono essere avviate per assistere un studente durante un periodo di difficoltà funzionale. Se utilizzato in maniera appropriata, un paracadute efficace aiuterà gli studenti ad atterrare al suolo in piedi evitando la dura realtà di uno schianto devastante.

**Per paracadute accademico ci riferiamo alle procedure di sostegno che possono essere avviate per assistere un studente durante un periodo di difficoltà funzionale**

Uno degli aspetti frustranti di vivere con il disturbo bipolare è l'imprevedibilità. Anche con la combinazione corretta di farmaci e stile di vita, uno studente può sperimentare che lo stress accademico e la vita del college possano determinare uno stravolgimento delle cose. Con questo potenziale, è meglio che lo studente sappia quali paracaduti sono a sua disposizione.

La maggior parte delle università hanno un servizio che si occupa degli studenti con disabilità fisiche, psichiatriche e di apprendimento. Questo servizio, di solito, si chiama "servizio di supporto della disabilità", anche se in alcuni campus possono avere un altro nome. "L'Americans with Disabilities Act" impone alle istituzioni di alta formazione di fornire assistenza e alloggi adatti agli studenti con disabilità riconosciute. Nessuno studente, chiaramente, desidera essere considerato con una disabilità psichiatrica, ma ci sono momenti in cui i sintomi della malattia bipolare possono essere disabilitanti come qualunque altra condizione. Se uno studente fosse su una sedia a rotelle a causa di una paraplegia, nessuno farebbe domande sul fatto che ha bisogno di assistenza. I suoi compagni di classe sarebbero tutti accessibili. Se fossero le sue braccia ad essere colpite, avrebbe senso che lo studente ricevesse copia dettagliata degli appunti dai suoi compagni di classe. In altre parole, si farebbero degli adattamenti per garantire allo studente la partecipazione equa al processo educativo con gli altri compagni non affetti da disabilità. Perché il disturbo bipolare dovrebbe essere trattato diversamente?

I gravi sintomi di depressione e/o ipomania possono decisamente limitare la produttività. Le varie medicine utilizzate per produrre una stabilizzazione del tono dell'umore di uno studente possono avere effetti collaterali quali la sonnolenza, il calo dell'attenzione e della concentrazione o l'aumento dell'agitazione. Il tentativo di tornare a un umore nei limiti della norma dopo la depressione e l'ipomania non è semplice. È per questo che un buon legame con i servizi di sostegno per la disabilità può fare la differenza.

Attraverso questi servizi è di solito possibile che agli studenti con disturbo bipolare vengano concessi adattamenti quali: flessibilità nella frequenza dei corsi, prolungamento delle scadenze e appunti disponibili quando lo studente non può frequentare. Di solito, il problema maggiore non è ricevere l'aiuto da parte dell'Istituzione. Si tratta, per la maggior parte, di superare il proprio orgoglio e chiedere aiuto. Questo è, chiaramente, un'eco dei problemi sollevati durante la discussione relativa all'accettazione della diagnosi.

Il rettore può essere un portavoce efficace per comunicare con i professori riguardo alle problematiche di performance associate alla disabilità. Un buon esempio riguarda le uscite giustificate per cure mediche. La maggior parte delle scuole dispone di un periodo a inizio semestre in cui lo studente può entrare e uscire dai corsi a suo piacimento. Uno studente, a volte, può constatare che la sua performance in un corso è peggiore di quella in altri; non è raro, però, che i

problemi di performance dello studente con disturbo bipolare non si manifestino fino alla fine del corso. In questi casi, accompagnati da documentazione medica, i rettori possono avere un ruolo importante per autorizzare alcune eccezioni alle regole standard.

Oltre al ruolo di appoggio fornito dagli altri, una delle migliori strategie per lo studente è quella di incontrare i professori e cercare di condividere il proprio punto di vista sulla malattia bipolare. È anche meglio farlo in maniera proattiva all'inizio del semestre piuttosto che aspettare fino al punto in cui sembra che tutto il semestre sia perduto. In molti casi i professori sono più che inclini a essere flessibili e sostenere gli studenti quando percepiscono la loro sincerità e le loro richieste vengono documentate opportunamente.

Può anche verificarsi che il semestre sia completamente perduto. Se uno studente subisce un ricovero, non riesce spesso a tornare a un livello adeguato di funzionamento se non dopo un mese. Un'ipomania può stravolgere la produttività per l'intera metà del semestre. Cercare di recuperare tutto il lavoro perso è poco realistico. Uno studente entra nel college a fine agosto e lavora bene ma si scontra con la depressione a novembre. L'energia dello studente, la motivazione e la capacità di concentrarsi sono diminuite e la sfida di completare il semestre diventa solo una spinta che alimenta l'insorgere dei sintomi depressivi. In questi casi, ritirarsi completamente per motivi medici potrebbe essere una decisione saggia.

La dicitura ufficiale riporterebbe solo "ritiro" o qualcosa di simile. Non comparirebbero note quali "ritiro per instabilità psichiatrica". In questo modo lo studente si protegge anche dall'impatto negativo dei brutti voti sulla sua media. Questo può essere importante se si vogliono raggiungere degli obiettivi a lungo termine ed entrare in scuole competitive o corsi post-laurea.

Non è raro che, durante le discussioni con gli studenti, le loro risposte siano "ma questo mi metterà contrò il resto della classe". Beh, potrebbe. Ma c'è sempre la possibilità di fare dei corsi estivi o intensivi.

È importante riconoscere che ricevere un'educazione non implica necessariamente competizione. Alcuni finiranno primi mentre per altri ci vorrà di più. C'è vita dentro e fuori il college. Non ci sono formule ufficiali per garantire il successo nella istruzione superiore. E poi, una volta raggiunta l'età adulta, non ci sarà nessuno che penserà agli anni del college rimpiangendo che sarebbe stato meglio se ci si fosse laureati un semestre prima.

**Conclusione**

Abbiamo spesso udito dagli adulti che "gli anni del college sono stati i migliori della mia vita!" Queste analisi contengono, di solito, delle distorsioni retrospettive. Ci sono state, senza dubbio, delle esperienze meravigliose. Ma, a dire la verità, anche tanto stress e livelli di complessità.

Anche per coloro senza diagnosi psichiatriche, la transizione dall'adolescenza all'età adulta non è semplice. Per quanti affrontano questa fase dello sviluppo cercando di controllare il disturbo bipolare, questo equivale ad arrampicarsi tra le vette dell'Himalaya. Ci sono vette sorprendenti e precipizi pericolosi. Il percorso richiede buona preparazione, una buona formazione, un buon equipaggiamento e delle abilità non comuni. È anche il momento di prendere contatto con la migliori guide di cui disponete. Ci saranno ripercussioni. Ci saranno momenti in cui le condizioni

avverse sembreranno sopraffarvi. Se lo studente con il disturbo bipolare, però, può sostenere il viaggio e conquistare tante nuove abilità nella vita, l'esperienza fornirà solide basi per realizzare la stabilità emotiva. Una volta consolidata questa posizione, lo studente può andare avanti con un senso di sicurezza che dura tutta la vita.

**Bibliografia**

Post, R. 2007. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 31:6. 858-873

Baethge, C., Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P, Mauricio, T. and Baldessarini, R.J. 2008. Sequencing of substance use and affective morbidity in 166 first-episode bipolar I disorder patients. Bipolar Disorders. 10:6. 738-741

**Interazione sociale**

di Ellen Frudakis

L'interazione sociale è uno dei bisogni umani fondamentali. Che abbiate o meno il disturbo bipolare, tutti hanno bisogno di opportunità per socializzare.

**L'interazione sociale può essere realizzarsi in molti modi diversi**

L'interazione sociale può essere divertente, realizzare un'amicizia e fornirci una più profonda conoscenza di chi siamo. Ho il disturbo bipolare e l'ho sperimentato direttamente. L'interazione sociale mi ha dato senso di appartenenza, amicizia, riso e gioia. A volte, mi ha permesso di fuggire dagli aspetti più pesanti della malattia e mi ha dato fiducia nella guarigione. L'ho visto accadere a molti giovani adulti che si hanno condiviso l'Impact Young Adults (IYA), un'organizzazione no-profit da me co-fondata che mette a disposizione attività sociali ed esperienze di leadership per i giovani adulti con malattie mentali.

L'interazione sociale può assumere forme diverse. Che prendiate un caffè con un amico, usciate con la famiglia o parliate semplicemente al telefono, state interagendo con gli altri. Non deve trattarsi di un grande evento o una cosa pianificata; potrebbe essere qualcosa di spontaneo come camminare con i vicini.

In questo capitolo, mi concentrerò sui benefici della socializzazione per le persone con disturbo bipolare, parlando di alcune delle sfide che rendono difficile l'interazione e offrendo alcuni consigli che ho trovato utili nel mio viaggio verso la realizzazione di una relazione sociale che arricchisca la qualità della mia vita, oltre che quella di molti giovani adulti nell'IYA.

Se siete affetti da disturbo bipolare, la mia speranza è che troviate utili questo capitolo e i consigli che sono in esso contenuti. Se siete un amico, un familiare o terapeuta di qualcuno con il disturbo bipolare, spero che leggere vi dia la possibilità di constatare come una socializzazione sana possa contribuire al benessere complessivo. C'è un enorme bisogno di interazione sociale che deve essere inquadrata come una parte fondamentale della vita bilanciata delle persone con disturbo bipolare, così come una dieta sana, un sonno regolare, i farmaci e la terapia. Credo che le persone debbano essere in sintonia con le esperienze positive e le persone per creare una vita di cui essere orgogliosi.

**Credo che le persone debbano essere in sintonia con le esperienze positive e le persone per creare una vita di cui essere orgogliosi**

**Comprendere le necessità e i benefici dell'interazione sociale**

**Alcuni dei benefici dell'interazione sociale continua sono:**

- Senso di accettazione;
- Possibilità di amicizia;
- Aumento dell'auto-stima;
- Possibilità di divertirsi;
- Avere accesso al sostegno sociale se necessario.

**Accettazione:** molti giovani con malattie mentali mi hanno confessato che desiderano accettazione. Non è importante, però, soltanto per i giovani; penso che ognuno desideri sentirsi accettato. So che quando sono con gli altri che mi accettano per quello che sono, incluso il mio disturbo bipolare, sono convinto che non ci sia nulla di sbagliato in me. Mi sento più a mio agio nel mostrarmi come sono. Ci sono molte persone che conosco che si sentono giudicate quando si parla della loro malattia mentale, specialmente se non sono pronti a rivelare di soffrirne.

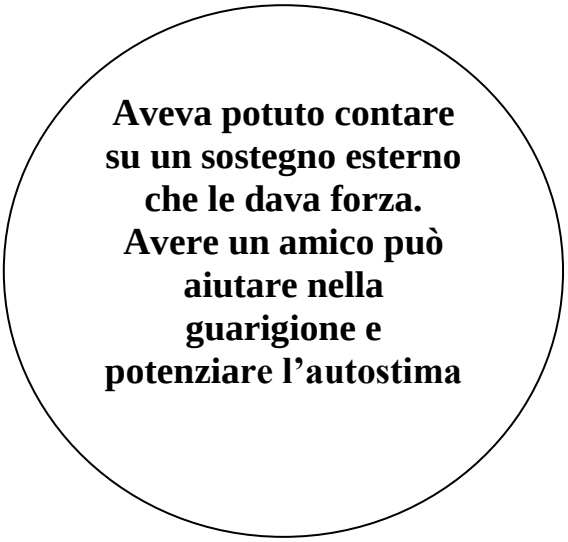
Una di queste è Joe che ha il disturbo bipolare. Una volta mi disse che la domanda più difficile posta da stranieri e conoscenti era "come va?". Se non si trovava con un amico o qualcuno che lo accettava, aveva problemi a rispondere perché pensava che la maggior parte delle persone non volessero sentire che era una brutta giornata. Joe dice che con le persone che conosce può essere sincero senza preoccuparsi del loro giudizio. Questo tipo di accettazione allevia i sintomi dell'ansia e gli altri sintomi associati al disturbo bipolare. L'accettazione degli altri gli rende più difficile accettare se stesso e la malattia.

**Amicizia:** a un livello di base, un amico può darti una sensazione di appartenenza e un senso di condivisione. Janet, una dei membri dell'IYA afferma che l'amicizia apre anche la porta a nuove esperienze, suscitando in lei interessi che non avrebbe cercato da sola. Prima di stabilire una determinata amicizia, non era interessata all'arte. Una delle sue amicizie, poi, l'ha introdotta alla pittura che è diventata una parte importante di quello che è ora. Janet ritiene che l'interazione abbia modificato la realtà, portando energia e idee nuove nella sua vita quotidiana. Janet mi ha detto che l'interazione umana è importante per tutti, specialmente per chi ha una malattia mentale, perché è l'ingrediente numero uno per resistere quando le cose si fanno pesanti e si desidera indietreggiare. Le sue esperienze con gli amici l'hanno aiutata a cambiare e afferma di non sentirsi più sola come accadeva in passato.

**Divertimento:** anche questa è una parte importante dell'interazione sociale. Un altro dei membri dell'IYA, Scott, ha recentemente affermato che frequentare le gite dell'IYA ha fatto una grande differenza nella sua vita. Si è specialmente divertito a trascorrere del tempo con gli amici, rimanere sveglio fino a tardi a parlare e scherzare. Scott ha detto che una delle cose migliori non era semplicemente il divertimento, ma che il suo umore fosse stato decisamente migliore per giorni. Ha affermato che gli sembrava che fosse decisamente più della sua malattia e che appartenesse a qualcosa.

**Sostegno sociale:** le interazioni sociali possono, a volte, essere di supporto anche quando non è quello il loro obiettivo principale. Questo è il caso di Christine, una delle mie amiche che soffre di disturbo bipolare.

Ha trovato, nell'ultimo anno, degli amici unendosi a un gruppo di escursionisti per avere qualcosa di divertente da fare nel fine settimana. Era stata ricoverata recentemente per una riacutizzazione dei sintomi e temeva per la sua sicurezza. Quando i nuovi amici di Christine hanno scoperto che era in ospedale, sono andati a trovarla. Ho chiesto a Christine come si era sentita. Ha affermato che parlare di quello che succedeva l'ha aiutata enormemente, così come sapere di essere compresa. Christine ha continuato dicendo di aver avuto esperienze simili quando, durante un ricovero precedente, un gruppo di amici le aveva inviato una lettera. Aveva fatto la differenza perché aveva sentito il sostegno e il suo umore era migliorato.




Questo l'ha aiutata nella guarigione. Aveva potuto contare su un sostegno esterno che le dava forza. Avere un amico può aiutare nella guarigione e potenziare l'autostima.

Nella mia esperienza personale, oltre che in quella alla guida di un programma di attività sociale per giovani adulti con malattie mentali, il bisogno è chiaro e i benefici dell'interazione sconfinati. Iniziare, a volte, è la parte più difficile. Continuate a leggere per trovare il modo di gestire le sfide che tendono ad isolarvi.

**Sfide di socializzazione per persone con disturbo bipolare**

Nonostante possa sembrare semplice, per chi soffre di disturbo bipolare può essere difficile instaurare legami significativi. Questo è particolarmente vero nelle prime fasi in cui si cerca di recuperare il senso di equilibrio nella vita. Potrebbe, a volte, sembrarvi di non avere le carte in regola. Potreste trovarvi costretti a gestire sintomi e stress complessi, il vostro stile di vita potrebbe non portarvi a contatto con altri con cui relazionare, c'è, inoltre, lo stigma associato alla malattia. La scarsa autostima può costarvi così tanta della vostra attenzione da rendere impossibile qualunque altra cosa nella vita. Evidenzierò tre sfide nel prossimo paragrafo non con l'obiettivo di scoraggiare, ma di dare speranza per sapere a cosa potreste andare incontro:

- **SINTOMI**: ci sono molti sintomi associati con il disturbo bipolare, ma ce ne sono due principali che possono rendere difficili le interazioni sociali: la depressione e la mania.

  **Depressione**: per me, come per altri, la depressione comprende sintomi di insicurezza e incertezza sul futuro. Questi sintomi possono arrivare a sopraffare le persone ed è facile entrare in una spirale negativa. Più a lungo ho pensieri negativi, più difficilmente riesco a uscire dalla trappola in cui mi hanno trascinato. Inoltre, uno dei migliori amici della depressione è l'isolamento sociale e ciò, insieme ai pensieri negativi, rende ancora più difficile socializzare. Altri sintomi della depressione includono: mancanza di energia e motivazione, problemi alimentari e cognitivi come scarsa concentrazione o difficoltà nel riflettere correttamente. Se

qualcuno di questi sintomi vi ha inibito in passato, potreste trovare dei consigli alla fine del capitolo. Potreste cercare di darvi degli obiettivi più contenuti in modo da non sentirvi intimiditi o sopraffatti. Per esempio, se non volete frequentare un gruppo di sostegno, convincetevi che non siete costretti a trascorrere lì tutto il tempo. Se potete restare solo cinque minuti, va bene. È già un successo è uscire di casa. La cosa importante da ricordare è che dovete sentirvi a vostro agio mentre siete al lavoro per cercare di ottenere qualcosa di nuovo.

**Mania**: gli effetti della mania sulle relazioni sociali possono sembrare diversi a seconda del soggetto – la persona con il disturbo bipolare e quella senza. Per esempio, quando ero in fase maniacale pensavo fosse più divertente stare in giro. Ma per gli altri la mia presenza era un turbinio di energia confusa. I comportamenti del soggetto in fase maniacale vengono spesso fraintesi, le persone non sanno se credere nei vostri comportamenti e le relazioni sociali possono allentarsi o dissolversi. Sintomi ulteriori quali l'instancabilità, irritabilità, paranoia, eloquio incoerente e pensiero grandioso possono rendere ancora più difficile la socializzazione. La mia esperienza con questi sintomi è che è meglio tenerli sotto controllo cercando di gestirli insieme al tuo terapeuta prima di arrivare oltre. In questo periodo potreste trovare utili i gruppi di sostegno o i club. Una volta che le cose si saranno stabilizzate, potrete trovare altre idee nella sezione in fondo.

- **Stile di vita:** quando il vostro livello di funzionamento è peggiorato dalla presenza di questo disturbo, la malattia può colpire il vostro stile di vita, rendendo meno plausibili luoghi di incontro abituali. I posti dov'è facile incontrare la gente includono lavoro, scuola o altri amici. Quando un individuo inizia il trattamento o cerca di gestire i sintomi, questi luoghi possono diventare inaccessibili. Io, come tanti altri con la malattia, sono passata attraverso periodi nei quali ero incapace di lavorare o andare a scuola.

  Se potete incontrare nuova gente, la barriera successiva è quella di relazionarsi. Gli altri potrebbero avere un lavoro, una famiglia, andare a scuola, ecc. se non condividete nulla in queste aree, potreste non sapere cosa dire o come rispondere durante una conversazione. Prima di consolidare la mia rete sociale e andare a scuola e al lavoro, per me era un problema. Ero convinta che, in effetti, non stessi facendo nulla di valore. Come Joe, di cui ho parlato prima, temevo la domanda "Cosa fai per vivere?" Ogni volta che mi trovavo con persone che non conoscevo, diventavo nervosa, aspettandomi una domanda che mi mettesse all'angolo.

  Ho scoperto che avere una risposta pronta mi faceva sentire a mio agio nel rispondere. Per esempio, potevo dire, "sto prendendomi un periodo di riposo per motivi di salute". Se la persona voleva approfondire, potevo dirle che non volevo scendere nei dettagli. La maggior parte delle persone avrebbe rispettato la mia scelta.

- **Stigma**: con l'eccezione di alcuni film, show televisivi e un'occasionale interesse personale per la stampa, le persone con disturbi mentali sono generalmente dipinte in maniera negativa. Per le persone con disturbo bipolare, o altre malattie mentali, essere etichettati come "pericolosi", "irresponsabili", "inaffidabili" o "strani", può farci sentire come se avessimo due opzioni: negare l'esistenza della malattia o rimanere calmi. Se mancano modelli positivi, molte volte non abbiamo modo di accettare la malattia. È più difficile, inoltre, per chi ci circonda accettarla.

A meno che, sfortunatamente, non conoscano qualcuno o ne abbiano esperienza personale, i media sono la fonte educativa primaria sulla malattia mentale per il grande pubblico. Se avete questa malattia, quindi, è sensato preoccuparvi di come gli altri vi percepiscono. È difficile esporsi se pensate che sarete giudicati e non compresi.

Quello che ho scoperto é che più accettavo la mia malattia, più lo facevano gli altri. Sapere, inoltre, come parlare era d'aiuto. Se dovevo spiegare perché non ero in grado di andare da qualche parte, parlavo di "problemi di salute", mentre a scuola parlavo di "problemi di apprendimento". Alla fine aspetto il giorno in cui il disturbo bipolare sarà visto come una condizione di salute al pari delle altre, ma fino ad allora, mi accontento delle alternative (vedere sezione Stigma).

- **Scarsa autostima**: è facile che la scarsa autostima si associ con l'insorgenza del disturbo bipolare. Perdere l'abilità di fidarmi dei miei pensieri, nel mio caso, mi ha fatto sentire come se stessi perdendo il controllo della mia vita. Alla fine, di me stessa. Prima della malattia potevo dire tra me e me "sono una buona studentessa, un'amica e un'artista di talento". Ma sono stata colta dal disturbo bipolare che ha invalidato tutto quello che sapevo di me stessa, sconvolgendo la mia vita. Era difficile farmi forza quando non ero convinta di me stessa. Il rischio era troppo grande. Avrei potuto essere incompresa, rifiutata o ancor peggio… ridicolizzata. Nessuno tra quelli che conosco è pronto a questo, con o senza diagnosi.

  Una cosa che ha aiutato la mia amica Mary, mentre aveva problemi con l'autostima, era pensare a qualcosa in cui riusciva bene. Quando Mary per esempio sta bene, capisce di essere coraggiosa e costante nella carriera. Quando i sintomi si manifestano, lei può ancora fare leva sulle sue qualità nonostante la distorsione della sua salute mentale. L'obiettivo è basare la propria autostima su chi siete e non su quello che fate. Tenete a mente che tutti hanno problemi del genere quindi non siete soli.

- **Budget limitato:** Molte delle persone con disturbi mentali che conosco guadagnano meno rispetto a quanti non hanno disturbi. Questo perché devono fare i conti con la disabilità legata alla gravità dei sintomi o, se riescono a lavorare, spesso non possono farlo a tempo pieno. Questo limita i soldi disponibili per le attività ricreative. Per alcuni, andare al cinema è fuori budget. Ho elencato molte opzioni che costano poco o nulla nella sezione seguente alla fine del capitolo.

- **Stress:** lo stress è come benzina sul fuoco per la malattia bipolare. Lo stress mette pressione su un sistema che incline all'alterazione. Questo è il motivo per cui le persone con disturbo bipolare devono essere attente durante i periodi di forte stress e devono cercare di avere tutto il supporto necessario, o limitare le situazioni in cui lo stress può aumentare. A volte questo significa mettere in secondo piano la vita sociale rispetto al trattamento, va bene … saremo qui quando sarai pronto. Speriamo che avrai già trovato amici che comprenderanno quando non sarai disponibile.

  Conoscere voi stessi e le abilità su cui potete contare nei diversi momenti può essere d'aiuto quando siete sotto stress. Ci sono molte modalità per gestire lo stress, discutetene con il vostro terapeuta o andate in libreria o biblioteca per informarvi i libri sull'argomento.

Queste sfide e altre potrebbero avervi impedito in passato di avere la vita sociale che desideravate. Speriamo che la prossima sezione vi aiuti a superarle con idee su come incontrare gente e divertirvi.

**Come fare**

Come iniziate a creare, quindi, una nuova vita sociale? Diciamo che siete come ero io alcuni anni fa prima della creazione dell'IYA, non avete nessuno con cui passare il tempo tranne la televisione … come tirarvi fuori da questa situazione? Ecco alcune idee che hanno funzionato per me e per altri che conosco. Potreste già aver preso parte o fatto esperienze del genere. Vi incoraggio a partecipare alle esperienze che vi sembrano interessanti. Molte cose sono gratis o hanno un costo minimo.

**Risorse online**

Per alcuni, il modo più facile e meno problematico per mettersi in gioco è sfruttare Internet. Se il computer vi fa sentire ansiosi, passate pure alla prossima sezione dedicata alle opportunità personali. Se non avete un computer, la maggior parte delle biblioteche li offre gratuitamente.

- **Gruppi di supporto online** – alcuni gruppi di sostegno online sono forum dove le persone possono scrivere come si sentono o fare domande a cui gli altri rispondono. Altri sono come chat, dove le persone si collegano allo stesso momento e sono gestite da un moderatore. Alcune organizzazioni come la DBSA (Depression Bipolar Support Alliance, http://www.dbsalliance.org) offrono gruppi di supporto online, come ad esempio la chat.

- **Meetup.com** (http://www.meetup.com) è un sito che elenca gruppi di persone con interessi comuni. Sono a disposizione gruppi per qualunque cosa! Solo per citarne alcuni: cucina, arte, passeggiate, spiritualità, anche politica. Se pensi a qualcosa, probabilmente sarai in grado di trovarlo qui. Questi gruppi sono gestiti da persone ordinarie che li ha iniziati cercando qualcosa da fare, proprio come voi. Se non ne trovate uno che vi piace, iniziatene uno nuovo!

- **Facebook/LiveJournal** – sono solo due esempi dei tanti siti di comunità online che potete condividere, alcuni dei quali annunciano eventi dal vivo. Questo rappresenta un modo in cui potete entrare in relazione con persone che vivono nella vostra zona.

State attenti a non limitarvi alle amicizie online. Usate Internet come punto di partenza per creare delle condizioni in cui siete a vostro agio in qualche attività fuori di casa. Quello che sperimentate online non dovrà mai sostituire a tempo pieno l'interazione personale.

**Opportunità dal vivo**

Se non vi sentite a vostro agio conversando con gli altri, provate qualcosa che vi consenta di cominciare come osservatore o partecipante passivo. Alcuni esempi sono:

- **Istituzioni religiose** – se credete in qualche potere superiore, potete seguire funzioni religiose. Ci sono molti tipi di religioni, dal cristianesimo tradizionale, buddismo, giudaismo o musulmano agli unitariani universalisti o altri gruppi diversi che si riuniscono insieme. Se siete interessati, questo può essere davvero un gran modo per iniziare.

- **Comunità di salute mentale** – se siete insicuri con gli altri perché temete che non comprendano la vostra malattia, o avete sintomi che vi rendono difficile relazionarvi, provate prima con le comunità di salute mentale. Può essere meno problematico.

    - **Gruppi di sostegno dal vivo** – che il gruppo sia gestito da un terapeuta o tra persone di pari livello, entrambi possono essere buoni per diversi motivi. Per prima cosa, vi consentono di uscire di casa e vedere altra gente. Vi danno inoltre la possibilità di ricevere supporto e comprensione da parte di persone che sanno quanto vi succede personalmente. Non siete tenuti in genere a condividere, specie se è la prima volta.

Sedetevi, ascoltate e imparate cosa si fa. Le seguenti organizzazioni sono generalmente tenute da persone di pari livello e organizzano incontri in tutti gli stati USA. Controllate online per maggiori informazioni:

- DBSA (Depression and Bipolar Support Alliance):

  http://www.dbsalliance.org

- NAMI (The National Alliance on Mental Illness):

  http://www.nami.org

- Se avete problemi di dipendenze, una buona scelta sono i gruppi di supporto AA, NA, o SMART Recovery (http://www.smartrecovery.org/).

- **Organizzazioni di salute mentale nazionali e internazionali –** alcune sono già state citate per i loro gruppi di sostegno, ma offrono anche altri tipi di programmi educativi e eventi comunitari per chiunque affronti la malattia mentale. Chiamate la sede locale per constatare se ci sono attività nella vostra zona:

  - International Bipolar Foundation:

    http://www.internationalbipolarfoundation.org

  - NAMI (The National Alliance on Mental Illness):

    http://www.nami.org

  - RI (Recovery Innovations):

    http://www.recoveryinnovations.org

- **Circoli sulla salute mentale -** questi sono posti dove le persone con malattia mentale possono recarsi durante il giorno per trovare supporto. Alcuni offrono gruppi di supporto e attività sociali. Altri offrono programmi di riabilitazione lavorativa e di collocamento. Molte volte è disponibile un pranzo anche se si dispone di pochi soldi. La cosa migliore tra quelli ai quali ho partecipato era il gruppo di sostegno alle persone giovani. Avevo incontrato persone della mia età che attraversavano gli stessi problemi.

- **Impact Young Adults** – questa è un'attività sociale gestita dagli utenti e un programma di esperienza di leadership per giovani adulti con malattie mentali a San Diego, California. (http://www.impactyoungadults.org)

- **Compeer** – Compeer fornisce un servizio diretto di supporto di amicizia e relazioni con funzioni di guida gestito da volontari, adulti e giovani che stanno lottando per la salute mentale. Non è disponibile ovunque, controllate il sito per maggiori informazioni. (http://www.compeer.org)

- **Parchi e club ricreativi -** alcune comunità anno parchi e dipartimenti ricreativi che si concentrano nel fornire attività ricreative nella loro area. Alcuni offrono programmi specifici per le persone con disabilità.

- **Volontariato –** il volontariato è un ottimo modo per interagire con la comunità e sentirsi coinvolti in cause per le quali nutrite interesse. Se vi piace, per esempio, la spiaggia potreste fare volontariato per ripulirla. Se amate l'arte, potreste vedere se le gallerie locali hanno bisogno di aiuto. Potreste trovare persone o agenzie che hanno un elenco di quelli che hanno bisogno di volontari nella tua zona. Questo può rendere più facile trovare qualcosa che vi interessi senza dover chiedere in giro o contattare tutte le organizzazione singolarmente.

- **Vicinato** – non tutti conoscono i propri vicini, ormai, ma ci sono possibilità che li abbiate incontrati uscendo di casa o tornandovi. Cominciate con calma salutandoli e chiedendo com'è andata la giornata. Questo potrebbe portare a una conversazione più lunga e farvi sentire come se steste costruendo lentamente una relazione. Se vi sentite a vostro agio, chiedete loro di andare al cinema o fare una passeggiata.

- **Educazione/scuola**

    - Fate corsi gratuiti al college. Questo aiuta a gestire la pressione se sei incapace di terminare il semestre ma vuoi fare qualcosa di nuovo;

    - Prendete lezioni d'arte presso gli studi locali.

    - Condividete un club di lettori. Se siete amanti dei libri, questo è un ottimo modo per unirsi ad altri con interessi simili.

    - Unitevi a un gruppo di scrittura. Ho un buon amico che si è unito a un gruppo di scrittura con alcune persone che aveva conosciuto negli anni. Ama scrivere e avere delle scadenze lo aiuta a raggiungere quello che non riuscirebbe a fare.

- **Politica –** se siete interessati nella politica e volete essere circondati da altri come voi, potete generalmente trovare un gruppo locale che organizza incontri o supporta i candidati politici. È un buon modo per sviluppare abilità e incontrare persone con interessi comuni.

- **Famiglia –** passare del tempo con i familiari può essere un sistema sicuro e meno problematico di frequentare persone che già conoscete. Se non è un'opzione sana per voi, non preoccuparvene. Ci sono molte altre cose da fare.

- **Interazione con animali –** se siete amanti degli animali, questo può essere un buon modo per uscire. Molti rifugi per animali cercano aiuto. In questo modo, potete sentirvi vicini agli animali e alle persone che li amano come voi.

Spero che troviate utili qualcuna di queste idee o, almeno, che vi ispirino a pensare a qualcosa che vi interessa. Se non siete felici della vostra condizione sociale, non c'è momento migliore di ora per cambiare. Mentre andate avanti, ricordatevi che l'interazione sociale richiede tempo. Fare amicizia non è la cosa più semplice, concedetevi tempo per dei tentativi (anche alcuni tra quelli che non sono affetti da disturbo bipolare sperimentano difficoltà). Vorrei aver preso coscienza delle difficoltà ed essermi concessa del credito in occasione della prima diagnosi, mi avrebbe risparmiato molte sofferenze. Quello che comprendo adesso, dopo anni in cui ho cercato di vivere esperienze sociali positive, è che è completamente accettabile che sia difficile perché può esserlo. Ma tenete duro, ne vale la pena. Ho visto persone senza abilità sociali venire all'IYA, trasformarsi grazie alla vicinanza con gli altri e divertirsi (oltre alla terapia, ovviamente). Le loro vite sono passate da attività condizionate dalla malattia mentale ad attività con la malattia mentale.

Come ho menzionato all'inizio del capitolo, l'interazione sociale ha suscitato in me un senso di appartenenza, amicizia, riso e gioia. Mi ha concesso una via di fuga dagli aspetti conflittuali della malattia e fiducia nella possibilità di vivere una vita equilibrata. Mi ha dato, soprattutto, un nuovo senso di me stessa nel quale ero in grado di integrare in ciò che sono i cambiamenti dello stile di vita causati dalla malattia. Quello che so adesso e che non sapevo all'inizio di questo percorso è che sono di più della malattia. Sono una persona con molti interessi e talenti. Si, ho il disturbo bipolare, ma è solo una parte di me. Si, devo essere sicura di fare quanto è necessario per mantenermi in salute, ma devo anche nutrire e incoraggiare altre parti di me.

Quando siete pronti, vi invito a unirvi a me e condividere il divertimento dell'interazione sociale.

## Chi si prende cura

di Muffy Walker, MSN, MBA

Mettere dei lucchetti negli armadi della cucina per proteggere un neonato era abituale, ma mettere al sicuro i coltelli da mio figlio di sette anni di età era qualcosa che non avrei mai ritenuto necessaria. Non avrei mai immaginato che sarebbe stato necessario utilizzare le mie abilità di infermiera psichiatrica con mio figlio.

Quando mio figlio minore Courtland ha compiuto 4 anni, io e mio marito abbiamo cominciato a notare strani comportamenti. Court era diventato stranamente aggressivo; aveva oscillazioni incontrollabili dell'umore nelle corsie del supermercato, lanciava i giocattoli addosso ai suoi fratelli e mi prendeva a calci appena cercavo di esercitare un controllo sui suoi comportamenti. Era un bambino aperto e di compagnia, ora era diventato impaurito, terrorizzato dall'idea di andare a scuola, di rimanere da solo in stanza o di uscire per giocare. Court ora evitava la spiaggia, la sabbia gli dava fastidio e indossava vestiti invernali d'estate, dicendo che aveva freddo. Le etichette dei vestiti e le cuciture dei calzini sembravano causargli scatti di ira.

Mi preoccupava che, come i miei due altri figli, Courtland potesse avere il disturbo da deficit dell'attenzione iperattività (ADHD), ma forme una forma molto grave di questo disturbo. Nei successivi tre anni e mezzo, Court fu visitato da cinque psichiatri, ognuno dei quali fece una diagnosi diversa, tra cui disturbo ossessivo-compulsivo, ADHD, disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo post-traumatico da stress. Infine, dopo essere stato trattato inadeguatamente con gli anti-depressivi, Court sperimentò un episodio maniacale conclamato e gli venne diagnosticato uno disturbo bipolare ad esordio precoce.

Nonostante l'addestramento medico, io e mio marito non eravamo pronti a tollerare la frustrazione che stavamo sperimentando mentre tentavamo di farci largo all'interno del sistema della salute mentale, con la paura di non sapere quale sarebbe stato il futuro del nostro figlio minore e la mancanza di comprensione e di supporto che sperimentavamo quotidianamente. Le nostre vite cambiarono incredibilmente. Leggemmo ogni libro stampato, cercammo indizi su Internet che potessero offrirci aiuto o speranza, cercammo opinioni innumerevoli di vari specialisti (psichiatrica, psicologia, neurologia, ecc) e cercammo di documentarci su ogni sito web.

Ho lasciato il lavoro e dedicato le mie ore da sveglia a cercare di capire, ad aiutare mio figlio e a sostenere emotivamente la mia famiglia. Cercammo scuole alternative e, alla fine, lo mandammo in 4 diverse scuole. Usammo grafici per il tono dell'umore, grafici per i buoni comportamenti, seguimmo l'approccio dei "3 canestri" di Ross Greene e arrivammo ad assumere un mentore, come scoprimmo aveva fatto l'autrice Danielle Steele per suo figlio, Nick Traina. Facemmo terapia familiare, individuale e gruppi focalizzati sulle abilità sociali.

I primi 10 anni sono stati particolarmente difficili. Camminavamo come ci trovassimo in un guscio. Sceglievamo le parole con cura per non irritare Court; ci abituammo a nascondere le compresse nel budino; per controllare il suo sonno, gli permettevamo di stare in stanza con noi; riparavamo le finestre rotte e proteggevamo gli altri due figli dalle intemperanze di Court.

Il disturbo bipolare non condiziona soltanto la persona a cui è stata fatta la diagnosi. I matrimoni sono spinti al punto della rottura, i fratelli si sentono messi da parte, gli amici ignorati e i genitori possono avere sensi di colpa o di sconforto. Tutte le relazioni emotivamente significative sono messe alla prova, in un modo o nell'altro.

Il primo anno dopo la diagnosi di Courtland, ho trovato davvero scarso supporto, sia per me che per la mia famiglia. Ho iniziato a parlare con le altre mamme al parco giochi, spiegando loro perché mio figlio era diverso e i suoi comportamenti strani. Volevo che mio figlio crescesse senza vergognarsi della malattia. Abbiamo parlato apertamente e onestamente, incoraggiandolo a fare così.

**Il disturbo bipolare non condiziona soltanto la persona a cui è stata fatta la diagnosi**

I primi anni il nostro essere aperti tornò a tormentarci. I genitori sussurravano tra loro durante i giochi, nessuno lo invitava alle feste o agli appuntamenti per giocare. I bambini gli chiamavano psicopatico, matto e caso mentale. I ragazzi lo tormentavano dicendogli di tornare al manicomio (anche se non c'era mai stato). Ogni giorno quando lo andavo a prendere a scuola, saliva in macchina col broncio raccontandomi dell'ennesimo episodio di bullismo che aveva dovuto sopportare.

Volevo che riuscisse a integrarsi, che gli altri bambini lo capissero e lo accettassero per quello che era. Dopotutto, i bambini con il diabete o le malattie fisiche non erano esclusi. Lo erano solo quelli con malattie mentali.

Come una leonessa, facevo quanto era necessario per proteggere i cuccioli, ma mi sembrava di perdere la battaglia. Ho imparato che l'educazione speciale come insegnante in California non comprendeva una formazione specifica sul disturbo bipolare, sebbene prendesse in considerazione l'Autismo, l'Asperger, l'ADD e l'ADHD. Come potevano pertanto comprendere il comportamento di mio figlio e aiutarlo a rispondere in maniera adeguata. Non potevano e non lo facevano, quindi diedi lezioni agli insegnanti per educarli sul disturbo bipolare. Ho lavorato con il sovrintendente e il preside della scuola affinché venissero introdotti sistemi antibullismo, arrivando ad assumere una compagnia teatrale specializzata in spettacoli antibullismo. Nulla sembrava essere d'aiuto ma sebbene sembrassero ostacoli insormontabili, non ci siamo arresi.

Quando mio figlio compì 9 anni, abbiamo permesso a una TV di Los Angeles di intervistarci. Dopo aver detto ad un mio collega ciò che avevo acconsentito a fare, mi mandò un opuscolo sui bambini con l'AIDS in cui si consigliava ai genitori di non farne pubblicità. Ho compreso le preoccupazioni, ma ho deciso di non soccombere di fronte all'ingiusto stigma associato al disturbo biochimico del cervello con cui mio figlio era nato.

Mentre continuavo a parlare apertamente del suo disturbo, persone che conoscevo da anni cominciavano in segreto a condividere storie su qualcuno della loro famiglia che aveva ricevuto la stessa diagnosi. Degli sconosciuti mi chiamavano e mandavano e-mail confidandomi che avevano figli, madri o zii con il disturbo bipolare.

Condividevano tutti storie di tristezza, dolore per un futuro senza prospettive, solitudine per un figlio escluso, paura per la sua salvezza, domande senza risposta su farmaci, ricovero, medici, la lista era infinita.

Se state leggendo questo capitolo, siete probabilmente fin troppo in sintonia con gli esempi di vita che si riferiscono al vivere con qualcuno che non è stabile o con il bullismo e lo stigma nonché i vani tentativi di arginarli.

Nella veste di coloro che si prendono cura di qualcuno con questo disturbo, dobbiamo sapere che, come le altre malattie, i sintomi del disturbo bipolare variano molto all'interno di un ampio spettro.

Sebbene una persona possa essere psicotica (perdita di contatto con la realtà) o un pericolo per se stessa (un bambino su cinque con il disturbo bipolare si ucciderà prima dei 18 anni), un altro potrebbe avere un funzionamento relativamente accettabile, frequentare regolarmente la scuola e avere una posizione lavorativa significativa. Pensate a Rachmaninoff, Hemingway, Vincent Van Gogh, e Carrie Fisher. Si tratta di tutti di grande successo, estremamente creativi e tutti affetti da disturbo bipolare. Assistere qualcuno con il disturbo bipolare può essere difficile a causa della natura del disturbo.

Non soltanto la copertura sanitaria è più limitata rispetto alle altre malattie ma c'è il problema di curare qualcuno che potrebbe non volerlo. Una persona in fase maniacale potrebbe non volere essere trattata e assumere discontinuamente le medicine. Le medicine sono potenti e hanno gravi effetti collaterali. Qualcuno in fase depressiva potrebbe sentirsi sconfortato e privo di speranza e cercare aiuto potrebbe sembrare inutile. Inoltre, la maggior parte dei farmaci utilizzati nel disturbo bipolare sono potenti, hanno effetti collaterali spiacevoli e possono contrastare i momenti di eccitamento percepiti come benessere. Visto che non c'è ancora una cura per il disturbo bipolare, questi farmaci devono essere presi per tutta la vita, una prospettiva che spaventa molte persone.

Per coloro che se ne prendono cura, trattare qualcuno con il disturbo bipolare è un peso emotivo rilevante e rovina la relazione, spesso fino al punto della rottura. Un fardello aggiuntivo è lo stigma della malattia mentale che lascia le famiglie in preda alla paura e nell'isolamento, ignare che altri stanno facendo la loro esperienza.

Per quanto riguarda questo capitolo, colui che si prende cura è chiunque abbia la responsabilità di prestare cure primarie a qualcuno che abbia ricevuto una diagnosi di disturbo bipolare. Prendersi cura di un bambino, però, è diverso che curare un adulto, per cui non hai diritti legali. Non soltanto il livello di assistenza si modifica con l'età, ma il corso della malattia è diverso per bambini e adulti.

Quindi, cosa possiamo fare in qualità di coloro che si prendono cura dei nostri cari con il disturbo bipolare?

**AIUTARE I NOSTRI CARI CON IL DISTURBO BIPOLARE:**

- **Informatevi** (congratulazioni, siete sulla strada giusta se state leggendo questo capitolo. Visitate il nostro sito per materiale educativo, i video, i link e le letture consigliate: www.InternationalBipolarFoundation.org.

- **Cercate un trattamento** presso uno psichiatra riconosciuto e affidabile. Chiedete riferimenti al pediatra, ad amici e alle organizzazioni di salute mentale. In qualità di coloro che si prendono cura a livello familiare di un caro affetto da disturbo bipolare, potete aiutare a organizzare gli appuntamenti, tenere nota dei farmaci e assicurarvi che vengano assunti così come prescritto, riportando i cambiamenti del tono dell'umore ai clinici.

- **Incontrate il clinico del vostro caro**. Sebbene i clinici siano obbligati per legge alla segretezza, potete chiedere di andare all'appuntamento con il vostro familiare.

- **Create un'atmosfera** dove si possa discutere liberamente dei sintomi, dei farmaci e delle preoccupazioni. Capite che nelle prime fasi della malattia sarà d'aiuto cercare una mano quando servirà. Chi soffre di disturbo bipolare, a volte, non è consapevole di essere in fase depressiva o maniacale, sebbene sia ovvio per chi gli sta accanto. Fate notare quando è il momento di fare un controllo medico o rivalutate la prescrizione dei farmaci in maniera aperta. State attenti agli eventi scatenanti e osservate attentamente i segnali d'allarme

relativi ai cambiamenti imminenti del tono dell'umore. Siete nella posizione migliore per notarlo.

- **Considerate un contratto** su cui voi e il vostro caro con il disturbo bipolare potete convenire quando è calmo, stabile e lucido. Se la persona è maggiorenne, non potrete per legge sapere della sua terapia a causa dell'HIPAA (The Health Insurance Portability and Accountability Act). Sottoscrivete un accordo che descriva cosa fare e che potete mostrare al vostro caro quando non è poco razionale o rifiuta di curarsi.

- **Scoprite quali servizi** sono messi a disposizione dalla scuola, la comunità, la chiesa e il governo.

- **Preparate una lista delle risorse**, anche se non pensate di usufruire del servizio. Per esempio, il numero del servizio di emergenza psichiatrica locale.

- **Rafforzate il sostegno e costruite una rete**. Questo è molto importante, non solo perché vi aiuta nello stress quotidiano e limita l'isolamento, ma anche per capire che cosa può essere considerato "normale".

- **Cercate un fondo per i bisogni speciali**. Wikipedia definisce che un fondo per i bisogni speciali viene creato per garantire a chi è disabile o malato mentale l'utilizzo della proprietà destinata al loro beneficio. Oltre alle ragioni intermini di pianificazione personale messe a disposizione dal tale fondo, (il soggetto potrebbe non avere la capacità mentale di gestire affari finanziari), un fondo del genere potrebbe garantire anche dei vantaggi fiscali. Questi fondi possono, inoltre, evitare ai beneficiari di perdere l'accesso ad alcuni servizi governativi essenziali.

- **Fate sapere alla vostra famiglia che vi state prendendo cura di voi**. Secondo il dott. Andrea Bledsoe di Everyday Health, ci sono alcune cose DA DIRE e DA NON DIRE a qualcuno che soffre di disturbo bipolare:

- **Per favore, non dite**:

    1. Sei pazzo.
    2. È colpa tua.
    3. Non ci provi nemmeno.
    4. Tutti attraversano brutti momenti.
    5. Starai bene, non c'è bisogno di preoccuparsi.
    6. Non avrai mai una relazione affettiva seria.
    7. Qual è il tuo problema?
    8. Non ti posso aiutare.
    9. Non devi sfogarti su di me, mi stai veramente stancando.

**Alcune delle migliori parole di incoraggiamento sono:**

10. Questa è una malattia medica, non è colpa tua.
11. Sono qui, ce la faremo insieme.
12. Tu e la tua vita siete importanti per me.
13. Non sei solo.
14. Dimmi come ti posso aiutare.
15. Posso non comprendere come ti senti, ma sono qui per aiutarti.
16. Se senti di non farcela, ripeti a te stesso di tener duro un minuto, un'ora, un giorno. Qualsiasi cosa senti di poter fare.
17. La malattia non definisce chi sei. Tu sei sempre lo stesso, con le tue speranze e i tuoi sogni.

- Accettate la diagnosi, non cambierà e potrebbe non migliorare. I farmaci possono controllarla, ma non esiste una cura.

Prendersi cura di una persona con il disturbo bipolare può mettere a dura prova e distruggere le tue dinamiche giornaliere. Potresti arrivare a ignorare, più spesso, i tuoi bisogni fisici ed emotivi. Per prima cosa e soprattutto, dovete prendervi cura di voi. Se non siete forti fisicamente ed emotivamente, non potete far bene agli altri. Come raccomandano in aereo, "mettete prima la vostra maschera per l'ossigeno e poi aiutate gli altri".

**Devi prenderti cura di te stesso**

**I livelli di ormoni legati allo stress nelle persone che si prendono cura di qualcuno con la malattia sono del 23% più elevati rispetto agli altri**

Se assumete il ruolo di quelli che si prendono cura di qualcuno con il disturbo bipolare, aggiungete molto di più che un semplice vestito nel vostro armadio. Ora siete "infermieri", "medici", avvocati OLTRE ai precedenti ruoli di moglie, madre, padre, fratello. Laddove ci prende cura di qualcuno con il disturbo bipolare, c'è stress, c'è la sensazione di ricevere troppe richieste nel tempo. La tensione cronica inibisce il vostro sistema immunitario, rendendovi suscettibili alla malattia. Gli studi dimostrano che i livelli di ormoni legati allo stress nelle persone che si prendono cura di qualcuno con la malattia sono del 23% più elevati rispetto agli altri. Questi soggetti riportavano anche inferiori livelli di anticorpi. Ecco perché è davvero importante trovare dei modi per alleviare lo stress.

**Cosa possiamo fare, quindi, per sostenere il nostro ruolo in qualità di coloro che si prendono cura?**

1. **Fate esercizio quotidiano,** anche se soltanto per 20-30 minuti al giorno.

2. **Riposate e dormite abbastanza.** Dormire abbastanza può essere difficile. Ecco alcuni suggerimenti: evitate di pagare bollette, evitate di discutere o dedicarvi ad attività stressanti la sera. Programmatele per la mattina.

   **Tenete la mente libera**. Immaginate una scena calma che coinvolga i cinque sensi. Camminate sulla spiaggia, ascoltate lo sciabordio delle onde, annusate l'aria salmastra, sentite il calore del sole.

   **Fate un bagno caldo** un'ora prima di dormire.

   **Usate creme a base di lavanda e oli essenziali su un batuffolo di cotone vicino al cuscino**. Gli studi dimostrano che il profumo della lavanda riduce l'insonnia e l'ansia.

   **Ascoltate musica rilassante** e spegnete tv e videogiochi un'ora prima di andare a dormire.

   **Fate l'amore e non la guerra.** Le ricerche dimostrano che il sesso induce uno stato di sonnolenza attraverso il rilascio di endorfine.

   **Respirate lentamente e profondamente**. Questo tipo di respirazione rilassa il corpo, ossigena il sangue e riduce lo stress.

3. **Alimentatevi con cibo nutriente**. Evitate caffeina, zucchero e cibi elaborati. Evitate l'alcol. Molti pensano che l'alcol aiuti a rilassarsi e che sostenga il sonno. In realtà, altera il ciclo del sonno e causa un sonno non riposante.

4. **Dedicate del tempo a voi**. Pianificate del tempo per voi stessi, che sia una passeggiata col cane, un pranzo con un amico o una buona lettura. Può essere molto riposante.

5. **Prendete atto e comprendete le vostre emozioni negative**. Colpa, rabbia, isolamento e risentimento sono sentimenti che insorgono facilmente se vi prendete cura di qualcuno. Se notate che state andando in questa direzione, fate un passo indietro e ricordatevi che rientra nella norma.

6. **Ridete**. Una buona risata aiuta il corpo a rilassarsi, aumenta l'ossigeno nel sangue, produce endorfine, stimola gli organi interni e stimola le difese immunitarie. Conoscete qualche barzelletta?

7. **Datevi una pacca sulla schiena**. Non state cercando di vincere il premio dell'anno come migliori persone che si prendono cura di qualcuno, ma nello stesso tempo, non avevate compreso quanto sarebbe stato faticoso. Se il vostro caro non mostra apprezzamento, non la prendete sul personale. Apprezzate i vostri sforzi e il modo in cui sostengono l'altro.

8. **Trovate supporto**. Che cerchiate supporto dalla chiesa, da un terapeuta professionista o da un amico, il supporto è essenziale. Prendersi cura di un caro non consiste soltanto nell'occuparsi di una persona, anche se tendiamo a pensarla così. Interagite con altri che si trovano in situazioni simili. I gruppi d supporto possono sostenere meravigliosamente il morale. La situazione sembrerà sempre peggiore fino a quando non scoprirete che ci sono altri che sperimentano le stesse cose.

9. **Ridefinite le priorità**, prendervi cura di qualcuno con il disturbo bipolare può lasciarvi poco tempo e poche risorse per voi stessi. Ridefinite le vostre aspettative e spiegate agli altri perché il vostro tempo e i vostri obiettivi potrebbero dover cambiare.

10. **Organizzate assistenza in grado di fornire sollievo**: http://www.caringtoday.com/arrange-respitecare/respite-resources.

11. **Considerate gli integratori**. Ridotti livelli di serotonina sono stati associati a umore depresso, ha affermato Marie-Annette Brown, PhD, RN, della University of Washington. È stato dimostrato che assumere 400 microgrammi di vitamina B e acido folico, 50 di B1, B2 e B6; e 400 unità di vitamina D ogni mattina si associa a un aumento dei livelli di serotonina e, di riflesso, a un miglioramento del tono dell'umore e dei livelli di energia delle persone. A seguito della ricerca condotta dalla Dott.ssa Brown è emerso che combinare questi elementi con l'esercizio fisico e l'esposizione alla luce naturale ha aiutato le donne a superare la depressione del tono dell'umore.

12. **Abbiate fede.** Ricordate, il disturbo bipolare è trattabile e in molti casi si può indurre una stabilizzazione del tono dell'umore. Siate preparati a un peggioramento e/o un miglioramento delle vostre condizioni nel tempo. Non perdete la speranza.

I miei sogni per Courtland non sono svaniti. Sono soltanto cambiati.

## *Scheda per la raccolta delle informazioni riguardanti i farmaci*

| **Data di inizio** | **Nome del farmaco/integratore** | **Prescrittore** | **Dosaggio** | **Frequenza (mattina e notte, insieme al cibo?)** | **Effetti collaterali** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Per favore utilizza questa scheda per i farmaci che stai prendendo. Riporta tutti gli integratori fuori indicazione terapeutica e tutte le medicine omeopatiche che stai assumendo, non conta quale sia il motivo. Porta questa scheda con te e condividila con tutti coloro che hanno a che fare con la tua terapia incluso il tuo farmacista.

***Scheda colorata per la raccolta delle informazioni riguardanti l'umore***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Energia**<br>**Gioia**<br>**Stato d'allarme** | **Calma**<br>**Tranquillità**<br>**Fiducia** | **Tristezza**<br>**Stanchezza**<br>**Confusione** | **Normalità**<br>**Sicurezza**<br>**Guarigione** |
| Giallo | Blu | Rosso | Grigio |
| **Stress**<br>**Tensione**<br>**Preoccupazione** | **Felicità**<br>**Eccitamento**<br>**Pace** | **Entusiasmo**<br>**Esuberanza**<br>**Creatività** | **Nervosismo**<br>**Tensione**<br>**Irritabilità** |
| Nero | Viola | Arancione | Grigio |

## *Scheda per la raccolta degli effetti collaterali legati al trattamento riguardanti i farmaci*

__Visione offuscata
__Cambiamenti del peso corporeo
__Gonfiore degli arti superiori o inferiori
__Vertigini
__Aumento o abbassamento della pressione arteriosa
__Cefalee o emicranie
__Alerazioni nel ciclo mestruale o a livello del seno
__Modificazioni della sessualità
__Bocca secca
__Salivazione
__Stipsi
__Diarrea
__Nausea

__Cambiamenti dell'abitudine ad urinare
__Rigidità muscolare
__Tremore muscolare
__Tremore della lingua
__Tic o movimenti involontari
__Tremori
__Riduzione del tono muscolare
__Nervosismo
__Astenia

__Perdita della memoria
__Difficoltà a concentrarsi
__Ansia
__Agitazione
__Idee di suicidio

Se hai qualcuno degli effetti indesiderati menzionati, contatta il tuo medico

## *Diario delle attività fisiche*

Utilizza questo modulo per riportare la tua attività fisica quotidiana allo scopo di tenerti motivato. Fanne diverse copie da utilizzare per mantenere un solido programma di attività fisiche.

**Settimana di _____**

| | |
|---|---|
| **Lunedì** | |
| **Martedì** | |
| **Mercoledì** | |
| **Giovedì** | |
| **Venerdì** | |
| **Sabato** | |
| **Domenica** | |

## *Diario dei pasti*

**Data _____**

| | |
|---|---|
| **Lunedì** | |
| **Martedì** | |
| **Mercoledì** | |
| **Giovedì** | |
| **Venerdì** | |
| **Sabato** | |
| **Domenica** | |

**Utilizza questo modulo per riportare il tuo introito di cibo giornaliero e incoraggiare abitudini alimentari sane. Potresti volerne fare diverse copie da utilizzare per mantenere un programma alimentare sano e coerente.**

*Scheda contatti figure mediche*

## Medico di medicina generale

**Nome:_____**

**Indirizzo: _____**

**Telefono: _____**

## Psichiatra

**Nome:_____**

**Indirizzo: _____**

**Telefono: _____**

## Terapeuta

**Nome:_____**

**Indirizzo: _____**

**Telefono: _____**

## Altro

**Nome:_____**

**Indirizzo: _____**

**Telefono: _____**

## *Domande per il medico*

Utilizza questo modulo per prepararti agli appuntamenti con il tuo medico. Fai una lista delle domande che hai per il tuo medico in modo tale da utilizzare con saggezza il tuo limitato tempo a disposizione e non dimenticare le domande più importanti.

**1. _____**

**2. _____**

**3. _____**

**4. _____**

**5. _____**

**6. _____**

# *Risorse*

Qui sotto c'è una lista delle risorse di salute mentale disponibili negli Stati Uniti. Per consultare una lista più dettagliata e per il nostro database internazionale, per favore accedete al seguente sito web: http://www.internationalbipolarfoundation.org/resources-and-links

## Prevenzione del suicidio

Se sei in crisi chiama le line di ascolto
Dedicate alla prevenzione del suicidio:
National Hopeline Network: (800) 784-2433
National Suicide Prevention Lifeline: (800) 273-8255
Suicide hotline, 24 ore su 24 gratuita e confidenziale.
National Youth Crisis Helpline: (800) 442-4673
International Suicide Information: www.befrienders.org

## YELLOW RIBBON SUICIDE PREVENTION PROGRAM

http://www.yellowribbonsd.org/

## *Risorse negli Stati Uniti*

## ACTIVE MINDS

(202) 332-9595
Email: alison@activeminds.org
http://www.activeminds.org

## AMERICAN ACADEMY of CHILD and ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP)

Doctor Directory
http://myaccount.aacap.org/iweb/BuyersGuide/ProfessionalSearch.aspx

Parents' Medication Guide for Bipolar Disorder in Children & Adolescents
http://www.aacap.org/galleries/defaultfile/aacap_bipolar_medication_guide.pdf

## AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Toll-Free: 1-888-35-PSYCH or 1-888-35-77924
From outside the U.S. and Canada call: 1-703-907-7300 Email: apa@psych.org
http://www.psych.org/

## AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

www.apa.org

## BIPOLAR SIGNIFICANT OTHERS

http://www.bpso.org/

## BPCHILDREN
www.bpchildren.org

## BRAIN and BEHAVIOR RESEARCH FOUNDATION (formerly NARSAD)
http://bbrfoundation.org/

## DEPRESSION AND BIPOLAR SUPPORT ALLIANCE
USA Toll-free: (800) 826-3632
Fax: (312) 642-7243 http://www.dbsalliance.org

## INTERNATIONAL BIPOLAR FOUNDATION
http://www.internationalbipolarfoundation.org

## INTERNATIONAL MENTAL HEALTH RESEARCH ORGANIZATION (IMHRO)
https://www.imhro.org/

## JUVENILE BIPOLAR RESEARCH FOUNDATION
Phone: 866-333-JBRF (National Toll-Free) Fax: 973-275-0420
Email:info@jbrf.org http://www.jbrf.org

## MCMAN'S DEPRESSION & BIPOLAR WEB
http://www.mcmanweb.com/

## MENTAL HEALTH AMERICA
Phone (703) 684-7722 Toll free (800) 969-6642
Fax (703) 684-5968
http://www.nmha.org/

## NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS
Member Services: (888) 999-NAMI (6264) Information Helpline:
1 (800) 950-NAMI (6264) http://www.nami.org/
Patient Prescription Drug Assistance Programs:
http://www.nami.org/Template.cfm?section=about_medications&Template=/ContentManagement/contentDisplay.cfm&ContentID=19169

## NATIONAL ASSOCIATION OF THERAPEUTIC SCHOOLS and PROGRAMS
http://natsap.org/

## NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH
Phone Numbers
301-443-4513 (local) 1-866-615-6464 (toll-free) 301-443-8431 (TTY) 1-866-415-8051

(TTY toll-free) 301-443-4279 (Fax)
http://www.nimh.nih.gov

## SCHOLARSHIPS

http: / /www.bipol a r- l i v e s . com/bipol a r- s c hol a r s h ips - e n t r i e s . h tml
http://www.reintegration.com
http://peacecharlie.com/
http://www.mhatc.org/scholarships.php

## SHARECARE

www.sharecare.com

## STANLEY MEDICAL RESEARCH INSTITUTE

http://www.stanleyresearch.org/dnn/

## WebMD DRUG DATABASE

http://www.webmd.com/drugs/

## WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

http://www.wfmh.com

## *International Mood Disorder Resources*

Please go to: http://www.internationalbipolarfoundation.org/resources-and-links