



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI CORSO DI  
LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

**ANNO ACCADEMICO 2022/2023**

**TESI DI LAUREA**

**IL DISTURBO BIPOLARE IN UN'OTTICA DI DIAGNOSI  
DIFFERENZIALE**

**RELATORE:**

Prof.ssa Stefania Cristofanelli

**STUDENTE: 20 D03 231**

Jessica Sbarra

*Il disturbo bipolare è come un'orchestra sinfonica. A volte suona una melodia incantevole, altre volte un caos assordante, ma entrambi gli stati appartengono alla stessa composizione*

- Dott.ssa Kay Redfield Jamison

# Indice

Indice.....	3
<b>Introduzione</b> .....	1
<b>CAPITOLO I IL DISTURBO BIPOLARE</b> .....	3
1.1 Cenni storici sul Disturbo Bipolare .....	3
1.2 Inquadramento eziopatogenetico, clinico e psicopatologico del Disturbo Bipolare I e II.....	7
1.3 Inquadramenti diagnostici e clinica dei disturbi bipolari .....	12
<b>CAPITOLO II IL DISTURBO BIPOLARE E IL DISTURBO DEPRESSIVO</b> .....	19
2.1 Breve excursus storico dei contributi psicodinamici alla comprensione dei disturbi depressivi.....	19
2.2 Inquadramento diagnostico secondo il DSM-5 dei disturbi depressivi.....	25
2.3 Disturbi bipolari e unipolari: elementi per una corretta diagnosi differenziale .....	27
2.4 Disturbi bipolari e unipolari: rischi di una cattiva diagnosi differenziale .....	30
2.5 Strumenti di screening per il disturbo bipolare e depressivo.....	32
<b>CAPITOLO III IL DISTURBO BIPOLARE E IL DISTURBO BORDERLINE</b> .....	36
3.1 Organizzazione e disturbo borderline di personalità, eziologia e aspetti psicodinamici-cognitivi .....	36
3.3 Diagnosi differenziale e comorbidità tra i due disturbi negli adulti .....	47
3.4 Ulteriori informazioni sui limiti dei due disturbi: una rassegna delle prove .....	52
<b>Conclusioni</b> .....	58
<b>Bibliografia</b> .....	60
<b>Sitografia</b> .....	62

## Introduzione

Il disturbo bipolare è una condizione psichiatrica complessa e debilitante che colpisce milioni di persone in tutto il mondo. Come sarà meglio illustrato nei capitoli successivi, il disturbo bipolare, caratterizzato da alterazioni estreme dell'umore che vanno dalla mania all'episodio depressivo maggiore, ha un impatto significativo sulla vita quotidiana, sul funzionamento sociale e sul benessere generale di coloro che ne sono portatori.

Questa tesi si propone di esplorare il disturbo bipolare da una prospettiva multifaccettata, analizzando vari aspetti che includono la sua eziologia, i fattori di rischio, i sintomi e l'impatto socio-emotivo sulla vita delle persone affette. Attraverso una revisione della letteratura scientifica, il presente elaborato mira a fornire una comprensione approfondita di questa patologia complessa.

Le motivazioni che mi hanno spinto a scegliere questo tema sono diverse. Innanzitutto, il disturbo bipolare mi ha da sempre incuriosito: sentivo citarlo molto spesso nei film; e in secondo luogo, ciò che mi ha spinto a sceglierlo sono state le lezioni svolte in aula durante il corso di neuropsichiatria, dove il mio interesse è cresciuto ancora di più: l'esperienza dei docenti, infatti, mi ha permesso di conoscere anche dei casi concreti di persone affette da questa patologia. Un'ulteriore motivazione, e forse la più significativa, riguarda il fatto che nell'ultimo anno mi sono confrontata in prima persona con il disturbo bipolare in quanto è stato diagnosticato ad un mio parente.

Nel primo capitolo verrà descritto, inizialmente, l'excursus storico che ha caratterizzato la concettualizzazione del disturbo bipolare, passando in rassegna gli autori che hanno contribuito allo sviluppo di tale quadro clinico. Successivamente verranno presentate le diverse manifestazioni del disturbo bipolare, dalla fase ipomaniacale a quella depressiva, fino ad arrivare alla descrizione delle tre tipologie esistenti di questa patologia. Si tratterà anche l'eziopatogenesi di questa, concludendo con il suo inquadramento diagnostico (DSM, PDM, ICD).

Nel secondo capitolo verrà presa in considerazione la diagnosi differenziale tra il disturbo bipolare e il disturbo depressivo. La difficoltà di discriminare tra i due quadri è dovuta al fatto che tra il 50% e l'80% dei casi il disturbo bipolare esordisce proprio con un episodio depressivo (Duffy et al., 2007, Mesman et al., 2013, Axelson et al., 2015). A questo proposito, ho scelto di soffermarmi sull'inquadramento dei disturbi depressivi, secondo il DSM-5, proseguendo con una differenziazione tra i disturbi bipolari e unipolari, e i successivi rischi di una cattiva diagnosi differenziale. Infine, saranno presentati alcuni strumenti di screening per il disturbo bipolare, come per esempio l'MDQ o il PHQ-9.

Nel terzo capitolo, infine, l'interesse è stato rivolto al disturbo borderline, mostrando le sue caratteristiche, l'eziologia e i suoi aspetti psicodinamici-cognitivi. Infatti, tramite degli studi empirici, riportati all'interno del capitolo stesso, è stata notata come ci sia una relazione tra questo e il disturbo bipolare. Infine, verrà sottolineata l'importanza di una corretta diagnosi differenziale per evitare di formulare conclusioni diagnostiche fuorvianti.

# CAPITOLO I

## IL DISTURBO BIPOLARE

### 1.1 Cenni storici sul Disturbo Bipolare

L'umore costituisce una variabile sempre presente in ogni soggetto e, anche quando non ci si rende conto, influisce su tutto quello che si fa, anche nel rapporto con gli altri, oltre che sulla prospettiva che si ha del futuro e su come si ricorda il passato. Ogni persona attraversa momenti caratterizzati dalla felicità e dalla tristezza, che influiscono sul tono dell'umore di base con cui si affronta la vita di tutti i giorni. L'umore influenza ciò che si pensa e ciò che si prova, ma anche il modo di agire e le condizioni fisiche (Tundo, 2022).

Ad ogni persona può capitare nel corso di giorni, settimane o mesi di sperimentare un certo cambiamento del tono dell'umore, in cui si alternano momenti di felicità insieme ad un aumento del senso di sicurezza in se stessi, a momenti di tristezza, di facile stanchezza e insicurezza. Queste oscillazioni possono verificarsi a volte spontaneamente, a volte in seguito a determinate situazioni, permettendo alle persone un adattamento migliore alla realtà in quanto possono aumentare o ridurre la voglia di fare e favorire la messa in atto di comportamenti di volta in volta più adeguati. Succede però che alcune volte queste oscillazioni possono diventare molto intense e prolungate nel tempo, fino a sviluppare veri e propri quadri patologici che corrispondono a quello che viene definito come disturbo bipolare, un disturbo che, al contrario di come si può pensare, non viene considerato come un prodotto dei tempi di oggi, ma che ha una storia molto antica (Tundo, 2022).

Per ripercorrere la storia dell'inquadramento del disturbo si potrebbe partire dal IX secolo a.C. con il poeta Omero che raccontò nell'Iliade la storia di Aiace Telamonio, caratterizzato dal passare da momenti di sovraeccitazione a profonda disperazione che culminò con il suo suicidio.

In seguito, nel IV secolo a.C., Ippocrate, considerato il padre della medicina, espresse la prima classificazione dei disturbi mentali differenziandoli in "melancolia", "mania" e "paranoia". Tra questi il primo veniva attribuito ad un eccesso di bile nera e oggi corrisponde alla depressione, mentre il secondo veniva riconosciuto come eccesso di bile gialla che potrebbe attualmente corrispondere al disturbo bipolare (Tundo, 2022).

Successivamente, con il I secolo d.C. si può citare Areteo di Cappadocia che descrive nel suo volume "Sulle cause e sui sintomi delle malattie croniche" (anno) gli stati di mania e melancolia con una analogia ai criteri moderni del disturbo bipolare, tale da essere riconosciuto come il primo esperto di tale quadro clinico. Esso sostiene che i melanconici possono essere sia quieti che disforici, sia tristi che apatici e inoltre possono essere anche molto irritabili senza un evidente motivo.

Prosegue, inoltre, dicendo che alcuni pazienti con mania tendono a ridere, giocare, danzare giorno e

notte, passeggiano nel mercato con a volte una ghirlanda sulla testa come se fossero i vincitori di un gioco.

E sottolinea anche che in molti melancolici la tristezza si affievolisce e dopo un certo periodo di tempo tramuta in felicità ed è a quel punto che lui parla di paziente maniaco (Tundo, 2022).

Durante il periodo del Medioevo (476-1492), i disturbi psichiatrici, tra cui il disturbo bipolare, erano considerati come manifestazioni di cause demoniache e pertanto erano trattati al di fuori del contesto medico. Tuttavia, è solo alle fine del 1600 con Thoms Willis (1676) prima e con Giovanni Battista Morgagni (1761) e Antoine Charles Lorry (1765) poi che si comincerà ad osservare come in alcune persone mania e melancolia si alternano nel tempo in modo costante, cominciando ad ipotizzare un certo nesso tra queste due condizioni (Tundo, 2022).

Con lo sviluppo scientifico del XVIII secolo si verificò un significativo progresso nella comprensione dei disturbi mentali e, a proposito del disturbo bipolare, il medico italiano Vincenzo Chiarugi (1794) sottolinea come:

*«La mania può essere considerata lo stato opposto alla melancolia».*

Giungendo verso l'età moderna, il disturbo bipolare viene studiato in modo particolare in Francia ad opera di due clinici, Jules Baillarger e Jean Pierre Falret, che nel 1854, indipendentemente l'uno dall'altro, sostengono di aver scoperto un nuovo disturbo mentale.

Il primo scrisse che aveva notato una malattia contraddistinta da due periodi regolari, uno di depressione e uno di eccitamento, e la chiamò Follia a doppia forma. Secondo lui, i due periodi, considerati insieme, rappresentano un attacco e gli attacchi possono presentarsi in maniera diversa: in modo isolato, ad intermittenza o possono succedersi senza interruzione. L'autore, inoltre, aggiunge che alcune volte il passaggio da un periodo all'altro è brusco e accade spesso durante il sonno (Baillarger, 1854).

Il secondo, invece, con il termine Follia circolare fa riferimento ad una forma di disturbo mentale che è definito da un'alternanza regolare di mania e melancolia. Ogni attacco o ciclo di questa patologia include tre momenti: mania, depressione e intervallo (Falret, 1854).

Tra i due autori nacque successivamente un astio che durò per tutta la vita, che li portò ad accusarsi a vicenda di plagio (Tundo, 2022).

Si cominciarono poi a diffondere alcune nuove descrizioni che arrivarono da altri autori, tra cui in particolare dall'allievo di Karl Kahlbaum, ossia Emil Kraepelin che mette in rilievo come, basandosi sulle caratteristiche del decorso e degli esiti, molte forme considerate come malattie autonome, come la mania, le forme con oscillazioni lievi ma persistenti dell'umore, la follia circolare e periodica e la depressione, dovrebbero invece essere considerate come parte integrante

della malattia maniaco-depressiva. Secondo l'autore, queste forme condividono un'origine ereditaria comune e presentano un andamento ricorrente con periodi di remissione. Inoltre, nel corso del tempo, è possibile osservare la transizione da una forma all'altra (Kraepelin, 1904).

Questo autore otterrà il titolo di “padre della psichiatria moderna” e nel 1929 un suo allievo, Bumke, descriverà tutte le diverse modalità con cui mania e depressione possono alternarsi nel tempo, soffermandosi sui tipi di decorso della malattia maniaco-depressiva.

Per Kraepelin il concetto di malattia maniaco-depressiva faceva riferimento ad una patologia unica in cui si includeva dalla semplice e occasionale depressione, alle gravi forme che portavano a ricadute prevalentemente maniacali. Questa idea rimase dominante fino all'arrivo di due clinici tedeschi, Karl Kleist e Karl Leonhard, che introdussero alcuni nuovi elementi di discussione (Tundo, 2022).

I due ipotizzarono di poter discriminare le forme in cui si alternano mania e depressione, che vennero da loro definite “Disturbi Bipolari”, da quelle forme caratterizzate esclusivamente da un susseguirsi di fasi depressive che denominarono: “Disturbi Monopolari”. Un decennio dopo altri autori confermarono questa suddivisione tra forme unipolari e forme bipolari.

Nel 1979 tramite le osservazioni condotte da tre psichiatri americani, Frederick Goodwin, David Dunner ed Eliot Gershon, venne stabilita l'esistenza di due sottotipi di disturbo bipolare, quello di tipo I e quello di tipo II. Queste osservazioni non erano del tutto nuove, in quanto già nel 1887 lo psichiatra Ewald Hecker aveva scritto che in alcuni soggetti affetti da ciclotimia, lo stato di eccitazione è talmente leggero da sfuggire all'attenzione dei familiari, del medico e del paziente stesso, così che ne diventa consapevole solo nel momento in cui l'autore gli mostra le caratteristiche di quello stato. Sottolinea, anche, che potrebbe essere difficile per questa persona riconoscere o accettare che qualcosa non va quando si trova in uno stato di benessere apparente (Hecker, 1887).

Arrivando ai giorni nostri, si può affermare che negli ultimi venti anni i confini del disturbo bipolare si sono ulteriormente estesi comprendendo anche la depressione mista, ossia la depressione apparentemente unipolare in cui sono presenti anche sintomi eccitativi, e la depressione che non si alterna a fasi maniacali o ipomaniacali, che si presenta in quelle persone che hanno caratteristiche temperamentali particolari o una familiarità per il disturbo bipolare (Tundo, 2022).

Questi recenti cambiamenti sono il prodotto di studi di numerosi autori, anche italiani come Giovanni Battista Cassano, che hanno portato alla formulazione dell'attuale concetto di “Spettro dei disturbi dell'umore”.



Nonostante si sia fatto riferimento alla storia del disturbo bipolare citando Omero, che risale a tremila anni fa, la storia di questa patologia continua ad essere scritta ancora oggi poiché le conoscenze al riguardo sono molto importanti e in costante evoluzione. Il disturbo bipolare rimane un concetto complesso e una patologia molto studiata; tuttavia, ciò rappresenta un vantaggio per i clinici, i quali possono sviluppare cure personalizzate ed efficaci per ridurre la sofferenza dei pazienti. Ciò beneficia anche i familiari di questi ultimi (Tundo, 2022).

A proposito di questo disturbo, denominato anche come Depressione Bipolare o Sindrome Maniaco-Depressiva, alcuni ricercatori hanno individuato un giorno particolare allo scopo di sensibilizzare la popolazione nei confronti di questo: il 30 Marzo, che viene denominato come il World Bipolar Day, ossia la giornata mondiale del Disturbo Bipolare. Il disturbo bipolare viene considerato come una patologia grave che, se non viene trattata in modo tempestivo ed adeguato, può portare a gravi sofferenze e diventare invalidante per il soggetto stesso (Redazione State of Mind, 2022).

La persona bipolare presenta gravi alterazioni dell'umore, delle emozioni e dei comportamenti, con una sintomatologia che presenta una durata molto variabile. Si tratta di oscillazioni del tono dell'umore caratterizzate da episodi maniacali/ipomaniacali ed episodi depressivi, da cui la denominazione *bipolare*.

In genere le fasi depressive tendono ad essere più durature, persistendo per qualche settimana o qualche mese, rispetto a quelle maniacali o ipomaniacali che invece si manifestano per circa una o due settimane. Entrambe le fasi sono molto invalidanti per l'individuo sia sul piano lavorativo, che sociale, affettivo e familiare (Redazione State of Mind, 2022).

In occasione di questa giornata mondiale, è utile ricordare che questo disturbo può manifestarsi in modi diversi. Ciò significa che le persone affette da disturbo bipolare possono sperimentare sintomi e quadri clinici variabili, che possono differire da individuo a individuo. Alcune persone possono avere episodi di mania estrema, mentre altre possono avere episodi di depressione profonda. Alcuni possono sperimentare entrambi gli stati in periodi alternati, mentre altri possono avere stati misti in cui si verificano sintomi sia di mania che di depressione contemporaneamente.

È quindi molto importante comprendere il quadro sintomatologico di ciascun episodio del disturbo bipolare per una corretta diagnosi: ogni episodio di mania o depressione nel disturbo bipolare ha caratteristiche specifiche che devono essere prese in considerazione per poter formulare una diagnosi accurata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica questo quadro clinico come sesta causa di disagio sociale a livello mondiale e viene considerato come un disturbo che colpisce il 3% della popolazione nel corso della vita. Dati recenti evidenziano come in Italia più dell'85% dei cittadini non ha informazioni adeguate sul disturbo bipolare (Quotidiano Sanità, 2010). I soggetti più informati sembrano essere le donne e i più giovani, sebbene mostrino comunque una notevole confusione a riguardo: il 26% lo associa ad una forma di depressione, il 16% lo confonde con un disturbo della personalità e il 13% lo considera come un disturbo dissociativo (Quotidiano Sanità, 2010).

Il National Institute of Mental Health ha valutato che circa il 2,6% della popolazione americana al di sopra dei 18 anni soffre di questo disturbo, mentre per quanto riguarda l'Italia si stima che circa un milione di persone ne soffra. I primi sintomi tendono a manifestarsi nell'adolescenza per poi acutizzarsi nell'età adulta.

Attraverso l'indagine GfK Eurisko, è emerso che il 46% dei pazienti affetti da disturbo bipolare non si sente accettato dalle persone intorno a loro come colleghi, amici e altri: si sente ancora parte di "un taboo", e il 60% di essi ha segnalato anche grandi difficoltà nell'ambito delle relazioni. Ecco perché può essere importante celebrare il World Bipolar Day.

Questa giornata viene usata anche per ricordare che chi soffre di disturbo bipolare dovrebbe cercare un aiuto per migliorare la propria condizione, ad esempio attraverso farmaci e un percorso psicoterapico. (Redazione State of Mind, 2022)

## **1.2 Inquadramento eziopatogenetico, clinico e psicopatologico del Disturbo Bipolare I e II**

Identificare il disturbo bipolare è molto difficile a causa della sua varietà di sintomi e della sua tendenza ad essere associato ad altre condizioni come l'abuso di sostanze, i sintomi psicotici, i disturbi d'ansia o i disturbi del controllo degli impulsi.

Nella maggioranza dei casi, il soggetto affetto da questo disturbo non ne è consapevole e considera le fasi ipomaniacali e maniacali come normalità (Studi Cognitivi, 2001). Se non viene identificato e curato in modo adeguato può comportare gravi conseguenze, come, per esempio, rotture delle relazioni affettive o anche periodi di maggiore disinibizione sessuale o di maggior nervosismo, oltre che profonda sofferenza.

Sebbene l'umore possa essere perturbato da un punto di vista fisiologico, ci sono dei meccanismi di regolazione che consentono di mantenere un equilibrio e quest'ultimo può far sentire le persone come se avessero un certo grado di controllo e naturalità nell'affrontare le loro emozioni. Tuttavia, nel caso del disturbo bipolare, questo equilibrio viene disturbato. Da un lato, si osserva una precarietà affettiva e un'instabilità emotiva esasperata che influisce sulla vita personale e relazionale

della persona, comportando cambiamenti drastici nell'umore. Dall'altro lato, si verificano periodi di fisso stato d'animo, che possono oscillare tra l'eccitazione maniacale (ipomania) e la depressione (Studi Cognitivi, 2001).

Insieme all'umore verranno coinvolti comportamenti, emozioni, pensieri.

Il disturbo bipolare quindi si potrà presentare o in una fase di eccitamento, ovvero di (ipo)mania o in una fase di depressione:

1) L'IPOMANIA sarà caratterizzata da una diminuzione del bisogno del sonno, una sensazione di maggiore energia fisica e psichica e maggiore loquacità. I soggetti proveranno una certa euforia, ma anche irritabilità, insieme ad un aumento improvviso di autostima. Si sentiranno in grado di poter fare tutto senza conseguenze, mettendo anche in atto azioni avventate e pericolose per sé e per gli altri, talvolta arrivando alla disinibizione comportamentale con risultati inappropriati/inadeguati a livello sociale. Con l'aumento dell'eccitamento, si passerà alla fase della MANIA, dove si inizierà a rendersi conto dell'impossibilità di portare a termine i progetti pianificati.

. Il comportamento tenderà ad essere disorganizzato, inconcludente e caotico con un umore facilmente irritabile, disforico, labile, talvolta passando in modo repentino dal riso alla rabbia con un eloquio sconclusionato e distraibilità. Gli alti livelli di energia forniscono ai soggetti la sensazione di poter continuare la loro vita senza bisogno di dormire o mangiare, arrivando in alcuni casi a produrre deliri di onnipotenza e di grandezza, allucinazioni uditive o, meno frequentemente, visive o olfattive.

Le persone vicine a questi individui potranno avere difficoltà a riconoscerli, poiché sembreranno avere due identità diverse, quasi opposte tra loro. Possono, inoltre, comparire anche assunti paranoidi, ovvero convinzioni di essere perseguitati e/o controllati, e spesso, i pazienti stessi potranno rifiutare il trattamento e non chiederne aiuto (Studi Cognitivi, 2001).

2) Nella fase DEPRESSIVA l'umore è molto basso e dura circa quattordici giorni, per la maggior parte del giorno. A questo si associa anche un assetto di apatia, ovvero la sensazione che non ci sia più nulla di interessante, né che possa piacere, perdendo così la voglia di vivere che risulterà dunque molto dolorosa. L'appetito tende o ad aumentare o a diminuire, possono comparire disturbi del sonno che può risultare anche molto disturbato, debolezza ed assenza di energie fisiche. I pensieri riguarderanno prevalentemente temi come inadeguatezza, morte, rovina e senso di colpa. Queste fasi depressive, nei casi più gravi, possono portare al suicidio o ad atti autolesionistici e durano di più rispetto alle fasi ipomaniacali o maniacali.

A volte si può passare immediatamente da una fase all'altra, mentre ci sono dei casi in cui tra le due intercorre un periodo di tempo in cui l'umore è stabile, oppure può anche essere misto, dove si ha la contemporanea presenza di entrambi gli stati, con ansia e instabilità (Studi Cognitivi, 2001).

Combinando queste due fasi di malattia, si delineano tre tipologie di disturbo bipolare che possono essere diagnosticati nel seguente modo:

- *disturbo bipolare di tipo I*: caratterizzato dalla presenza di un solo episodio maniacale nel corso della vita, a prescindere dalla presenza o meno di altri episodi depressivi o ipomaniacali;
- disturbo bipolare di tipo II: caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi depressivi maggiori insieme ad almeno un episodio ipomaniacale nel corso della vita;
- disturbo ciclotimico (o ciclotimia): caratterizzato dall'alternanza tra episodi depressivi e ipomaniacali di bassa intensità, ma con alta frequenza, con una durata di almeno due anni.

Nel disturbo bipolare l'esordio di queste fasi è di solito molto brusco e viene generalmente collocato nell'adolescenza e nella prima età adulta, ma può presentarsi anche in modo subdolo con un discontrollo comportamentale, deficit attentivi ed umore irritabile.

Non c'è distinzione tra maschi e femmine e il primo episodio nel disturbo bipolare di tipo I è più frequentemente maniacale, contrariamente al disturbo bipolare di tipo II, dove risulta più frequente una depressione (Studi Cognitivi, 2001).

L'andamento di questo disturbo è spesso cronico-ricorrente, dove sono presenti periodi che possono essere più o meno lunghi e completi di risoluzione dei sintomi. Risulta quindi essere alquanto eterogeneo, arrivando a presentare, nei casi più gravi e non trattati, anche quattro episodi di malattia per anno (andamento a cicli rapidi). È proprio per questo motivo che non è facile stabilire una prognosi univoca e dovrà essere quindi valutata caso per caso a cura di uno specialista esperto.

Durante le fasi di depressione, il rischio di suicidio è più alto nel disturbo bipolare I, specialmente in quelle persone che hanno già tentato il suicidio precedentemente e che hanno una storia familiare positiva per tale problematica: questo significa che ci sono precedenti di suicidio o tentativi di suicidio all'interno della famiglia. Questo può indicare una predisposizione genetica o un ambiente familiare con fattori di rischio correlati al suicidio. Per quanto riguarda quest'ultima condizione, essa porterebbe ad un aumento del rischio di ammalarsi di questo disturbo più di dieci volte (Studi Cognitivi, 2001).

Il disturbo nel complesso risulta avere un tasso di prevalenza dello 0,9% nella popolazione generale. In particolare, è più frequente il bipolare I (0,6%) rispetto al bipolare II che si colloca intorno allo 0,3% ed è quindi più raro. Quello di tipo I ha solitamente un esordio che avviene con un picco in

una età compresa tra i venti e i trenta anni; l'esordio del bipolare II è più tardivo rispetto al tipo I. Esordi in età avanzata, oltre i cinquanta anni, sono molto infrequenti benché possibili.

La corrispondenza di prevalenza lifetime tra maschi e femmine è di 1,1:1, ossia la proporzione di prevalenza del disturbo (ovvero il numero di casi presenti in una determinata popolazione) durante l'intera durata della vita è di 1,1 maschi per ogni femmina. In altre parole, la frequenza del disturbo bipolare tra maschi e femmine è simile, con una lieve prevalenza nei maschi. (Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 748)

L'eziopatogenesi di questo disturbo è condizionata da componenti biologiche, psicologiche e genetiche, e per questo risulta essere molto complessa. Questi fattori costituiscono aspetti di vulnerabilità, ma anche di mantenimento. È stato dimostrato che l'ereditarietà genetica gioca un ruolo importante, ma gli aspetti familiari come l'espressività emotiva elevata o gli eventi traumatici hanno un peso significativo. Il modello biologico del disturbo bipolare è complesso e coinvolge diversi sistemi neurotrasmettitoriali, come la serotonina e la noradrenalina, recettoriali e fattori neurotrofici, oltre ad essere influenzato da fattori psicologici. Un maggior rischio di sviluppare il disturbo bipolare è dato dalla presenza di un temperamento affettivo premorbo. A tal proposito vengono descritti quattro tipi di temperamenti affettivi: *ipertimico*, caratterizzato dall'essere eccessivamente vitali ed energetici; *irritabile*, caratterizzato da eccessiva rabbia rispetto alle cause; *ciclotimico*, caratterizzato da forti oscillazioni dell'umore e dell'energia; *depressivo*, caratterizzato da sensazioni di tristezza con una scarsa energia vitale.

Questo disturbo risente anche del cambiamento delle ore di luce solare o delle stagioni, e, nelle donne, anche delle variazioni nel ciclo ormonale.

A tutto ciò si giunge il fatto che non esiste un modello psicopatologico condiviso del disturbo bipolare.

Da un punto di vista cognitivo, i soggetti bipolari vengono spesso associati ai depressi, in quanto presentano una serie di difficoltà nel sopportare le perdite con un'idea di scarso valore personale, mentre a tratti emerge una rappresentazione di Sé grandiosa, con una ricerca di perfezionismo che caratterizzerebbe la predisposizione alle fasi (ipo)maniacali.

Più di recente è stato notato anche che nel modello complesso della malattia del disturbo bipolare, così come in quello della depressione, gli aspetti metacognitivi interpersonali svolgono un ruolo molto importante, portando come conseguenza una certa difficoltà a riconoscere le emozioni altrui o a regolare le proprie.

In aggiunta, si sono riscontrate alterazioni delle funzioni neuropsicologiche nel contesto del disturbo bipolare e della depressione. Queste alterazioni possono riguardare diverse aree cognitive

come l'attenzione, la memoria, le funzioni esecutive e il processo decisionale. (Studi Cognitivi, 2001).

Alcuni autori, tra cui Rosa lo Baido, Pietro Alfano, Carmela Bellavia, Sabina la Grutta e molti altri, si sono occupati del pensiero e delle difese nei disturbi bipolari e in particolare hanno condotto uno studio clinico e psicopatologico su bipolari di tipo I e di tipo II.

L'obiettivo di questo lavoro (Alfano et al., 2009) era indagare il funzionamento psichico dei soggetti con queste due tipologie di disturbo bipolare tramite il confronto e l'analisi dei pattern difensivi e degli stili di pensiero. Presso la clinica Psichiatrica del Policlinico Universitario di Palermo, durante un intero anno solare (2009-2010), sono stati studiati ventinove pazienti (dieci maschi e diciannove femmine) con diagnosi di disturbo bipolare I e II, di età compresa tra i ventuno e i sessantaquattro anni. Gli autori hanno deciso di escludere da questa ricerca i soggetti con età uguale o superiore ai sessantacinque anni in quanto nei soggetti bipolari è uno dei fattori che può incidere sul livello di prestazione ai test cognitivi. È stato somministrato loro sia il protocollo WAIS-R, ossia il Wechsler Adult Intelligent Scale-R (1981), per esaminare il funzionamento cognitivo generale, sia il DMI, Defense Mechanisms Inventory (1977), per misurare i pattern difensivi, ed infine è stato fatto un confronto dei risultati ai due reattivi (Alfano et al., 2009). Questi due test richiedono al soggetto molto impegno, ma anche motivazione e concentrazione, sono stati condotti in un ambiente ospedaliero con istruzioni standardizzate, senza però limiti di tempo. Tutte le analisi statistiche sono state eseguite tramite il software statistico SPSS.13.0. Quello che è emerso è che i soggetti con una diagnosi di disturbo bipolare tendono ad usare delle modalità cognitive e delle strategie di difesa del tutto peculiari, differenziandosi dal resto della popolazione normativa. Rispetto ai soggetti bipolari di tipo II, i soggetti bipolari di tipo I mostrano delle compromissioni di tipo cognitivo più estese e gravi, oltre che un profilo cognitivo-difensivo più rigido e deteriorato e hanno una maggiore difficoltà nell'adattamento alla vita quotidiana. L'analisi dei subtest della WAIS-R mostra, in particolare, che nei pazienti bipolari di tipo I è presente una diminuzione della curiosità intellettuale, ma anche delle capacità di attenzione e concentrazione, oltre che del ragionamento logico e del problem solving. In generale questi pazienti bipolari rivelano una personalità alquanto immatura e centrata su funzionamenti arcaici in tutte le sfere della loro personalità, tra cui quella emotiva, cognitiva o quella che riguarda l'adattamento alla realtà. Si può quindi concludere che i disturbi bipolari sono patologie che comportano delle compromissioni importanti sia sul piano cognitivo sia su quello dei meccanismi di difesa utilizzati in risposta agli eventi stressanti.

Il profilo cognitivo e difensivo che emerge da questo studio, inoltre, produce un grande impatto sul funzionamento generale (relazionale, lavorativo) e conseguenze inevitabili sul piano del

trattamento. Infatti, è chiaro che quest'ultimo deve tenere conto di pazienti con precise compromissioni cognitive e con un sistema difensivo immaturo. E dal punto di vista psicologico le strategie espressive di intervento lasciano per lo più il passo a tecniche supportive che si prefiggono, attraverso un monitoraggio attivo e costante (che dovrebbe peraltro proteggere il paziente ed evitare il ricovero), di rinforzare le difese per indurre cambiamenti comportamentali. Queste strategie possono essere adoperate per migliorare l'adattamento di questi pazienti alla cura e alla vita quotidiana, contribuendo in modo fondamentale alla loro qualità della vita e al loro benessere. (Alfano et al., 2009).

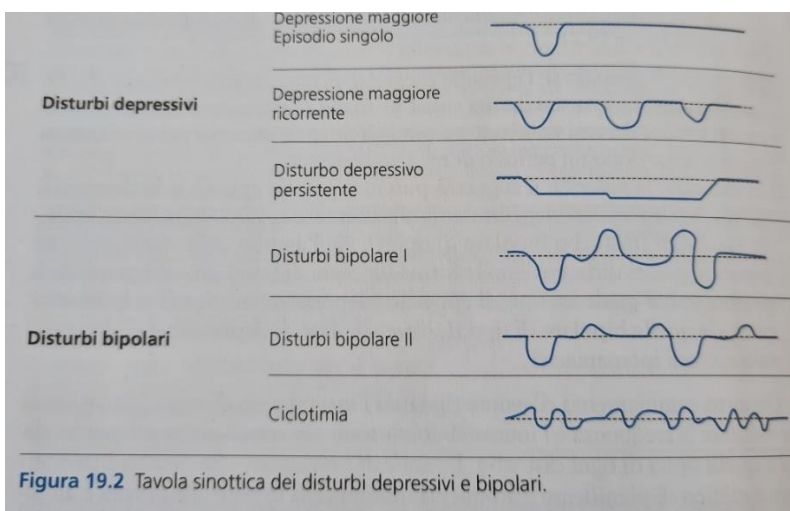
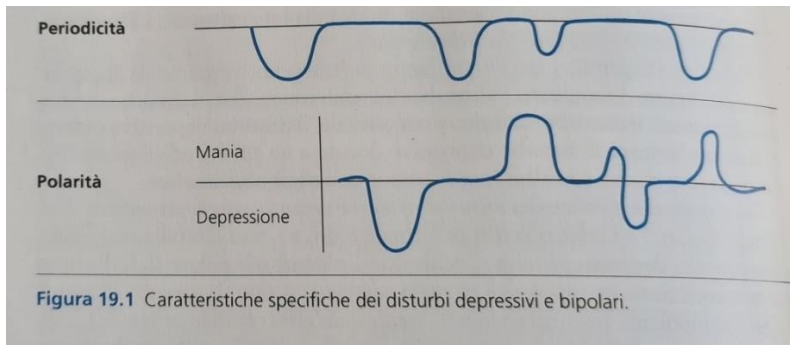
### **1.3 Inquadramenti diagnostici e clinica dei disturbi bipolari**

Il DSM-5, rispetto all'edizione precedente, progetta una revisione completa del gruppo diagnostico dei disturbi dell'umore. Il primo cambiamento di ordine generale consiste nel separare i disturbi depressivi da quelli bipolari che nel DSM-IV-TR erano considerati come un unico gruppo diagnostico: i disturbi dell'umore. Con la nuova edizione viene dunque individuata una categoria per i disturbi depressivi e una categoria per i disturbi bipolari e disturbi correlati. Nel primo gruppo rientrano il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente, il disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci, il disturbo depressivo dovuto ad un'altra condizione medica, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo disforico premestruale e il disturbo depressivo con altra specificazione e senza specificazione. Nel secondo gruppo si possono trovare invece il disturbo bipolare I e i relativi sottotipi (attuale o più recente episodio maniacale, ipomaniacale, depressivo e non specificato), il disturbo bipolare II, il disturbo ciclotimico, il disturbo bipolare e i disturbi correlati indotti da sostanze o farmaci, il disturbo bipolare e i disturbi correlati dovuti ad un'altra condizione medica, il disturbo bipolare e i disturbi correlati con altra specificazione e senza specificazione.

Ci sono tuttavia delle particolarità che accomunano i due gruppi diagnostici:

- 1) *La periodicità*. Un episodio, che sia maniacale, ipomaniacale o depressivo, insorge per una certa durata variabile, che può essere dalle due settimane ai due anni, e successivamente quasi sempre tenderà alla remissione spontanea, ma poi si manifesterà di nuovo, dopo un periodo di relativo benessere.
- 2) *La polarità*. Il soggetto può presentare o solo episodi depressivi (disturbo depressivo maggiore) o può alternare episodi depressivi a quelli maniacali (disturbo bipolare di tipo I). Nel dominio delle manifestazioni bipolari, poi, è possibile trovare una differenziazione ulteriore tra i disturbi bipolari di tipo I e i disturbi bipolari di tipo II. I primi possono presentare qualunque dei tre tipi di episodi, ossia maniacale, ipomaniacale e depressivo; i

secondi invece alternano la fase depressiva con solo gli episodi ipomaniacali (vedi figure 19.1 e 19.2):



(Lingiardi V, & Gazzillo F, 2014, pag. 734)

Una seconda variazione importante fa riferimento all'introduzione delle scale dimensionali con l'obiettivo di valutare l'intensità e la frequenza dei sintomi trasversali ai diversi quadri clinici e quelli tipici di ogni disturbo. Queste scale di valutazione dimensionali consentono al clinico di organizzare trattamenti diversi sulla base dell'intensità e gravità della sintomatologia, ma anche di monitorare l'evolversi dei sintomi durante il trattamento e bilanciare l'intervento in relazione alla sua maggiore o minore efficacia.

Per quanto riguarda invece il PDM, la categoria dei disturbi dell'umore viene trattata nel contesto dell'Asse S<sup>1</sup>. La descrizione delle diagnosi viene integrata con la descrizione dell'esperienza soggettiva che i soggetti fanno dei disturbi clinici diversi, in termini di stati somatici, affettivi, pattern relazionali e cognitivi.

<sup>1</sup> Il PDM si articola su tre assi: asse S (vissuto soggettivo del sintomo), asse P (funzionamento di personalità) e asse M (funzionamento mentale) e articola i diversi quadri clinici secondo questa impostazione, facendo delle ipotesi eziopatogenetiche più sofisticate.



In riferimento ai disturbi dell'umore, il PDM differenzia l'esperienza interna dei disturbi depressivi, che a loro volta sono suddivisi in anaclitici e introiettivi, da quella dei disturbi bipolari (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Un ulteriore sistema diagnostico è l'ICD-10 che definisce i disturbi dell'umore come una classe diagnostica che prende in considerazione disturbi il cui sintomo essenziale è un'alterazione del tono dell'umore, nel senso della depressione (con o senza ansia) o dell'euforia, solitamente insieme ad un'alterazione globale del livello di attività. Gli altri sintomi vengono definiti come secondari o di facile comprensione nel contesto di queste alterazioni dell'attività o dell'umore (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

L'esordio reattivo degli episodi era già stato considerato dall'ICD-10, ma venne riconosciuto solo con la pubblicazione del DSM-5 e contempla così quei casi in cui i disturbi dell'umore si manifestano come risposta alla perdita di una persona cara.

Il manuale dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), l'ICD-10 (1992) evidenzia anche il carattere recidivante di questa classe di disturbi dell'umore che racchiude sia il disturbo affettivo bipolare, sia il disturbo depressivo ricorrente.

Diversi sistemi di classificazione si sono occupati di questi disturbi:

#### DSM-5

- **DISTURBI DEPRESSIVI**

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente (ex-distimia)
- Disturbo disforico premenstruale
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
- Disturbo depressivo con altra specificazione
- Disturbo depressivo senza altra specificazione

- **DISTURBI BIPOLARI E DISTURBI CORRELATI**

- Disturbo bipolare I (e relativi sottotipi)
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica

- Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
- Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione.

#### ICD-10

- DISTURBI DELL'UMORE [affettivi]
  - Episodio maniacale (ipomania, mania con e senza sintomi psicotici, di altro tipo, non specificato)
  - Disturbo affettivo bipolare e relativi sottotipi
  - Episodio depressivo [lieve, medio, grave (con o senza sintomi psicotici)]
  - Disturbo depressivo ricorrente [lieve, medio, grave (con o senza sintomi psicotici), in remissione, non specificato]
  - Disturbi persistenti dell'umore (distimia, ciclotimia, di altro tipo, non specificati)
  - Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo (altri singoli disturbi dell'umore, disturbi ricorrenti dell'umore di altro tipo, di altro tipo, non specificati).

#### PDM

- DISTURBI DELL'UMORE
  - Disturbi depressivi
  - Disturbi bipolari (Lingiardi & Gazzillo, 2014)

All'interno delle nosografie DSM e ICD si può individuare un limite che riguarda un'esagerata frammentazione delle categorie diagnostiche che porta il clinico a doversi confrontare con moltissimi quadri che appartengono al medesimo spettro psicopatologico.

Un'altra opzione interessante a questo approccio categoriale è giunta da Westen, Malone, DeFife (2012) che hanno sviluppato un sistema di classificazione prototipico e dimensionale dei disturbi dell'umore molto utile a livello clinico e fondato empiricamente.

Applicando una Q-factor analysis sulle valutazioni eseguite da un campione di clinici attraverso il Mood Disorder Diagnostic Questionnaire (MDDQ), gli autori hanno riconosciuto tre prototipi diagnostici dei disturbi dell'umore: la "depressione maggiore", "la distimia", "la mania". Oltre a questi, è stato identificato un indice che valuta il "rischio di suicidio". È stato inoltre dimostrato come queste dimensioni o scale del MDDQ siano predittive delle principali presentazioni clinico-diagnostiche dei disturbi dell'umore descritte nel DSM-IV. L'indice di rischio di suicidio viene riconosciuto come indice di gravità della patologia con relativo valore prognostico e sembra rintracciare il suo corrispettivo diagnostico anche nel DSM-5, nella sezione dedicata alle condizioni

che necessitano di ulteriori studi, in cui si trova il disturbo da comportamento suicidario e l'autolesività non suicidaria.

Come già accennato, nel DSM-5 nella classe dei disturbi bipolari e disturbi correlati, si identificano:

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare e correlati indotto da sostanze o farmaci
- Disturbo bipolare e correlati dovuto ad un'altra condizione medica
- Disturbo bipolare e correlati con altra specificazione e senza specificazione

Il disturbo bipolare viene considerato come quadro clinico invalidante e grave sia per quanto riguarda le sue manifestazioni sintomatologiche acute, sia per la sua evoluzione che può comportare gravi conseguenze nell'ambito sociale, lavorativo e affettivo.

Se il quadro presenta un'alternanza di episodi maniacali, ipomaniacali o depressivi maggiori si parlerà di disturbo bipolare I, se invece sono presenti unicamente episodi ipomaniacali e depressivi allora si indicherà un disturbo bipolare II.

Il soggetto può, in modo indifferente, presentare un esordio caratterizzato da un episodio maniacale o depressivo, può avere più episodi di una certa polarità, ma solo pochi della polarità opposta, può anche oscillare tra una polarità e l'altra senza passare da fasi di normotimia (depressione-mania o mania-depressione), o ancora può intervallare delle fasi di benessere lunghe tra l'episodio depressivo e quello ipomaniacale/maniacale.

In riferimento all'episodio depressivo del disturbo bipolare, è stato notato come questo non presenti sintomi significativamente diversi rispetto a quello del disturbo depressivo maggiore, tranne per il fatto che assume più frequentemente caratteristiche melanconiche e di rado si accompagna ad una sintomatologia ansiosa.

Diverso invece è l'episodio maniacale che ha spesso un esordio immediato rispetto a quello depressivo, oltre che una durata minore e un andamento più drammatico, ovvero con un passaggio più repentino dall'intensità ipomaniacale alla forma francamente psicotica.

La mania è stata differenziata in tre stadi sulla base del diverso grado di intensità dei sintomi:

- 1) La prima fase è caratterizzata da un umore euforico, da un pensiero accelerato, da nessi associativi labili e contenuti espansivi;
- 2) La seconda fase invece è contraddistinta da euforia/disforia, fuga delle idee, deliri, possibile aggressività, ostilità, perdita dei nessi associativi, rabbia;

3) La terza, infine, è definita da disforia, incoerenza, allucinazioni, afinalismo, confusione mentale, deliri bizzarri.

Ci sono casi in cui i soggetti vanno incontro a quella che viene chiamata una rapida “ciclizzazione” del disturbo, in cui si presentano costanti viraggi dallo stato maniaco a quello depressivo, senza o con brevi periodi di normotimia. Si può definire un disturbo bipolare come a cicli rapidi se si verificano almeno quattro episodi in un anno e il 5-15% di tutti i disturbi bipolari ha uno sviluppo a cicli rapidi.

Rispetto alla versione precedente, i criteri usati per il disturbo bipolare I e II non subiscono variazioni centrali, se non quelle di ordine superiore e che riguardano gli episodi specifici di depressione, ipomania e mania.

A proposito di diagnosi, per il disturbo bipolare I è necessario che tutti i criteri per l'episodio maniaco vengano rispettati, mentre per il disturbo bipolare II devono essere soddisfatti sia i criteri per un episodio ipomaniaco, sia quelli per un episodio depressivo maggiore, senza la presenza di un episodio maniaco.

Nel PDM l'asse S illustra gli stati affettivi collegati ai disturbi bipolari come contraddistinti da: irritabilità e agitazione, sensazione di pressione interiore che può disorganizzare o attribuire una sensazione di potere infinito all'individuo, sentimenti di intenso piacere o euforia, ipersensibilità alle offese e al rifiuto, sbalzi repentini dell'umore che vanno dalla sensazione di essere a pezzi, ansiosi e frammentati alla sensazione di essere potenti, disinibizione sociale e desiderio sessuale intenso.

I pattern cognitivi di pazienti in fase maniaco possono comprendere: desiderio di adorazione, fantasie di essere invincibili, difficoltà a fare pensieri in modo chiaro, lineare e logico. Rispetto agli stati somatici vengono associati la mancanza di sonno e l'irrequietezza, mentre per quanto riguarda i pattern relazionali, questi saranno tendenzialmente inattesi, impulsivi, sessualizzati e caotici.

Nell'ICD-10, invece, il disturbo bipolare viene fatto rientrare all'interno della classe diagnostica dei disturbi dell'umore, ma viene distinto sulla base delle diverse manifestazioni cliniche: con episodio maniaco in atto (senza e con sintomi psicotici); con episodio ipomaniaco in atto; con episodio depressivo lieve, medio o grave (senza e con sintomi psicotici); attualmente in remissione; non specificato e di altro tipo.

Vengono in ugual modo classificati come bipolari gli episodi esclusivamente di mania o ipomania che si ripetono.

La ciclotimia, a differenza del DSM-5 in cui viene inserita nella categoria dei disturbi bipolari e disturbi correlati, nell'ICD-10 si associa alla sottocategoria dei disturbi persistenti dell'umore insieme alla distimia (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

## CAPITOLO II

# IL DISTURBO BIPOLARE E IL DISTURBO DEPRESSIVO

### **2.1 Breve excursus storico dei contributi psicodinamici alla comprensione dei disturbi depressivi**

Il termine depressione deriva dalle antiche parole malinconia o melancolia attraverso cui si denotava uno stato d'animo legato alla tristezza nostalgica, al vagheggiamento di un passato migliore, alla remissività, alla sensazione di impotenza e all'orientamento introspettivo (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Questo termine deriva etimologicamente da due parole greche, μαύρος e χολή, che significano rispettivamente nero e bile. Ciò rivela l'ipotesi eziopatogenetica prevalente in epoca greca e romana prima e nel Medioevo poi. Rifacendosi alla teoria di Ippocrate, la depressione era considerata la conseguenza di un eccesso di bile nera rispetto a sangue, flegma e bile gialla.

Lo studioso inglese Robert Burton fu il primo che parlò della melancolia vista come patologia depressiva e scrisse a questo proposito il celebre volume "The Anatomy of Melancholy". Ancora più nota è stata l'incisione realizzata da Albrecht Dürer, intitolata "Melencolia I", dove è stata ritratta una donna che è seduta e pensosa. La parola melancolia è stata molto utilizzata fino alla prima metà del secolo scorso, per poi essere sostituita dal moderno concetto di "depressione" (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Il sintomo depressivo si riferisce alla condizione emotiva di base che permea l'intera vita psichica del soggetto, manifestandosi come un senso di tristezza, apatia e malinconia pervasivo, persistente e non suscettibile di modulazione. Tuttavia, la presenza di umore depresso di per sé non è sufficiente per formulare una generale diagnosi di disturbo depressivo. È necessario compiere un ulteriore passaggio che coinvolge l'associazione di questo sintomo con altri segni e sintomi, fino a configurare un episodio depressivo. A questo proposito andranno considerate le aree emotivo-affettiva, neurovegetativa, cognitiva e psicomotoria. Per quanto riguarda la prima, l'individuo si sentirà incapace, colpevole delle cose negative che avvengono nella sua vita e avrà una visione pessimistica di sé del passato e di sé del futuro. Le alterazioni dell'area neurovegetativa, invece, rappresentano un elemento di diagnosi fondamentale e comportano delle modificazioni dell'appetito e del peso corporeo, oltre che alterazioni della sfera sessuale con riduzione dell'eccitazione e del desiderio, e disturbi nel sonno (Lingiardi & Gazzillo, 2014). I sintomi cognitivi, invece, si riferiscono a una scarsa capacità di modulare il tono della voce, a difficoltà di concentrazione, di pensare e di ricordare avvenimenti, ad esitazione ed inceppamento nell'eloquio. A queste modificazioni che riguardano la forma del pensiero, si associa una serie di alterazioni del contenuto e, in questo ambito, rientra anche l'ideazione di morte. Infine, le alterazioni nell'area psico-motoria

prevedono o un rallentamento motorio, mimico e gestuale che viene percepito sia dal soggetto che dall'interlocutore, o un aumento della mobilità a causa di un forte stato di ansia e agitazione che può accompagnare la sindrome depressiva (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

La presenza di un episodio depressivo non è sufficiente per poter diagnosticare un disturbo depressivo poiché esso potrebbe essere dovuto ad un altro disturbo psichiatrico, come quello schizoaffettivo, a un'altra condizione medica come una patologia endocrina, o ancora all'uso o abuso di sostanze o farmaci.

Per poter fare diagnosi di episodio depressivo definito "maggiore", secondo il DSM, è necessaria la presenza di almeno cinque dei sintomi che sono elencati al Criterio A, per un periodo di tempo di almeno due settimane

I criteri del DSM-5 per l'episodio depressivo maggiore sono:

#### Criterio A

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per esempio, si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per esempio, appare lamentoso/a);
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione);
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per esempio, un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni;
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni;
5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a);
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni;
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a);
8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri);
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

## Criterion B

I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

## Criterion C

L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica. (Lingiardi V, & Gazzillo F, 2014)

A livello psicoanalitico, lo studio della depressione ha preso avvio dalle osservazioni sul lutto, una condizione fisiologica caratterizzata da reazioni simili a quelle riscontrabili nel disturbo depressivo. Secondo Freud, chi affronta lo stato di lutto sta compiendo un lavoro psicologico fondamentale, che consiste nel disinvestire la propria energia psichica, o libido, dalle rappresentazioni legate alla persona perduta, poiché l'esame di realtà conferma la sua scomparsa definitiva.: tutta l'energia psichica del soggetto è impegnata in questo compito. La libido dovrà tornare a disposizione dell'Io in modo che possa essere investita dall'individuo su altri oggetti e/o per altri obiettivi.

Nel 1917 Freud scrive che il “melanconico mostra qualcosa di più che manca nel lutto – una straordinaria diminuzione nella considerazione di sé, un impoverimento dell'Io su vasta scala”. Il melanconico sente che è l'Io ad essere completamente svuotato, contrariamente alla persona in lutto che pensa invece lo sia il mondo (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Secondo Freud la depressione sarebbe contraddistinta da una identificazione con un oggetto perduto, amato in modo profondamente ambivalente. Successivamente al processo di identificazione, il melanconico indirizza l'odio, che prima sentiva per la persona perduta, contro di sé. Seguendo tale logica, il suicidio della persona depressa sarebbe in realtà un “omicidio” e cioè l'assassinio dell'oggetto interiorizzato dal depresso e con cui si è identificato (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Queste considerazioni portano a sviluppare certe ipotesi:

- 1) la depressione mette in evidenza una condizione che definisce la psiche di tutte le persone, ossia il fatto che in una stessa persona coesistano un'istanza criticante e una criticata – in altre parole un Super-Io e un Io;
- 2) questa identificazione con l'oggetto perduto e la successiva “alterazione” dell'Io permetterebbe di sostenere che il carattere stesso si costruisce, almeno in parte, tramite delle identificazioni diverse che costellano lo sviluppo dell'individuo;
- 3) le relazioni oggettuali costruite da un potenziale depresso sono caratterizzate da un alto grado di narcisismo e da una forte ambivalenza. Questi elementi sembrano essere la



conseguenza di una fissazione della libido alla fase sadico-orale dello sviluppo psicosessuale<sup>2</sup>.

Freud aveva notato come alcuni individui depressi avessero vissuto durante l'infanzia una relazione oggettuale molto significativa che però si era poi arrestata in modo brusco e traumatico. A seguire ci fu René Spitz che introdusse il concetto di depressione anaclitica da ospedalizzazione con cui si identifica una sindrome depressiva infantile, causata da un allontanamento protratto nel tempo da parte del caregiver di riferimento durante una fase critica infantile e questa sembra essere spiegata dal modello patogenetico freudiano riportato in precedenza (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Freud elaborò gran parte delle sue ipotesi sulla depressione con un suo allievo, Karl Abraham, che si è occupato dell'aspetto pulsionale di questa malattia e ha assunto che durante l'episodio depressivo si ha un'oscillazione tra la fase orale cannibalica e quella anale-espulsiva. Secondo questo autore, l'oggetto amato che viene interiorizzato contraddistingue la fine del lutto normale. Sia Freud che Abraham considerano la mania come una forte difesa dalla depressione, di cui, per certi versi, rappresenta proprio l'opposto.

La differenza più importante che si può riscontrare forse tra i due autori la si ritrova nel problema della figura centrale nella nascita della patologia melanconica: se il padre della psicoanalisi, Freud, è convinto che l'oggetto amato in modo ambivalente che viene poi interiorizzato sia fondamentalmente il "rivale edipico", e considera quindi il complesso edipico come la fase nucleare nella genesi della depressione, Abraham evidenzia, invece, il ruolo centrale della madre e delle vicissitudini delle primissime fasi dello sviluppo psicosessuale. Abraham ipotizzò inoltre l'esistenza di una fase depressiva infantile considerata come forma di "scoramento originario" del bambino, che non è in grado di affrontare le grandi angosce che lo assaltano nella fase acuta del conflitto edipico (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Le ipotesi di questi due autori sono poi state approfondite ed elaborate da Melanie Klein, secondo cui il superamento della posizione<sup>3</sup> depressiva rappresenta uno dei processi essenziali dello sviluppo psichico. Secondo la Klein, gli individui tra i quattro e i sei mesi di vita inizialmente tendono a considerare l'oggetto amato come dotato di aspetti buoni e di aspetti cattivi: questi elementi vengono scissi e l'oggetto è alternativamente visto come totalmente buono (rappresentazione idealizzata) o totalmente cattivo (rappresentazione persecutoria). Il passo successivo riguarderà invece un compito psichico fondamentale che consiste nell'integrare queste due rappresentazioni

---

<sup>2</sup> Sigmund Freud articolò il tema dello "sviluppo psicosessuale" e dei correlati processi della libido in cinque fasi: orale, anale, fallica, di latenza e genitale. Durante la prima fase il bambino comincia a sviluppare un certo piacere nel mordere e masticare gli oggetti e questa viene chiamata fase sadico-orale.

<sup>3</sup> Con il termine *posizione* Melanie Klein intende una configurazione complessa e relativamente stabile di derivati pulsionali, angosce, meccanismi di difesa e relazioni oggettuali.

opposte dello stesso oggetto. Quando ci si rende conto che l'oggetto ideale e l'oggetto persecutorio si sovrappongono, si affronta la consapevolezza che i propri attacchi aggressivi, indirizzati verso l'oggetto considerato negativo, hanno colpito anche l'oggetto positivo. Da ciò sorge un senso di colpa, specialmente per aver immaginato di distruggere sia internamente che esternamente l'oggetto amato di cui si ha bisogno e che si ama, oltre che l'angoscia di aver perso questo e parti buone del proprio Io attraverso tali attacchi distruttivi, dando vita così alle cosiddette angosce depressive fondamentali. Queste ultime, secondo la Klein, usano delle "armi" diverse dalla bocca e dai denti, ossia il pene, le feci, l'urina, gli occhi, le unghie, le urla: il corpo nella sua totalità diventa uno strumento di aggressione (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

La relazione tra queste angosce e il meccanismo di difesa dell'idealizzazione è molto stretta. Quest'ultimo permette di proteggersi dalla fantasia che l'oggetto buono sia stato distrutto, danneggiato o reso cattivo a causa dell'aggressività dell'individuo, e in questo contesto, l'oggetto resta indistruttibile e perfetto. Nelle "normali" circostanze, le angosce depressive possono essere elaborate attraverso un meccanismo che Melanie Klein definisce come riparazione, in cui il bambino cerca di ridare vita a quell'oggetto distrutto utilizzando tutte le risorse a sua disposizione. La riparazione viene considerata come funzione della gratitudine che il bimbo sente per l'oggetto, e per questo viene richiesta una capacità di tollerare una certa dose di angoscia e senso di colpa depressivo.

Lo sviluppo della posizione depressiva può essere visto come il prevaricare degli aspetti positivi del mondo e di sé su quelli negativi. È il raggiungimento del senso della propria imperfezione e finitezza, permettendo di mantenere un certo equilibrio e creatività laddove è possibile; rappresenta anche la conquista della capacità di assumersi le proprie responsabilità, rinunciando così alla ricerca di colpevoli esterni o al contrario all'idea onnipotente di essere la causa di tutti i mali, meta, per certi versi, utopica (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

È essenziale evidenziare anche come per gli autori di orientamento kleiniano l'elaborazione della posizione depressiva coincida con l'elaborazione del complesso edipico.

Tuttavia, non tutte le persone sono in grado di sviluppare in modo soddisfacente la posizione depressiva, e sono proprio i disturbi dell'umore ad essere una prova della capacità di accedere a questa posizione psichica, e, allo stesso tempo, il marchio dell'incapacità di elaborarla.

Un eccesso costituzionale di aggressività, avidità e invidia (Klein, 1957), o un ambiente precoce caratterizzato da traumi e privazioni, possono rendere estremamente difficile il compito di elaborare le angosce depressive. Ciò può portare a diverse conseguenze: lo sviluppo di una patologia depressiva; l'adozione di difese maniacali come il disprezzo, il controllo o l'onnipotenza; l'utilizzo di meccanismi di difesa isterici, ossessivi o fobici; una regressione verso un funzionamento tipico

della posizione schizoparanoide; o la manifestazione di disturbi della personalità come il disturbo borderline o il disturbo narcisistico (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Si potrebbe concludere sottolineando che la posizione depressiva rappresenta il punto di transizione tra la patologia e la "normalità", e costituisce il nucleo delle forme più intense e autentiche di creatività.

Secondo un altro autore, Otto Kernberg, questa posizione è associata alla fase di riavvicinamento di Margaret Mahler (1975). In altre parole, l'autore sostiene che la posizione depressiva è congiunta al conflitto che viene sperimentato dal bambino tra l'autonomia e l'individuazione che sono state acquisite di recente, che si associano alla paura di aver perso la relazione di simbiosi con la madre, e la necessità di riprendere questo tipo di rapporto insieme, però, al timore di perdere l'autonomia e la propria separatezza. In questo senso si parla quindi di integrare le rappresentazioni di un sé autonomo vs un sé dipendente confuso con l'oggetto, oltre che quella di una madre amata da cui si può dipendere vs quella di una madre che "mangia" il sé del bambino.

Donald Winnicott ha reinterpretato il concetto di posizione depressiva di Melanie Klein, distaccandosene da tre punti di vista.

In primo luogo, secondo l'autore è scorretto nominare una fase dello sviluppo normale utilizzando un termine, come quello di depressione, preso a prestito dalla patologia. Esso considera la fase dello sviluppo in questione come contraddistinta dallo sviluppo di una nuova abilità "sana", ossia quella di preoccuparsi responsabilmente per un altro individuo, una relazione o un oggetto e così via.

Proprio per questa ragione, l'autore parla di "fase della preoccupazione": l'intento è sottolineare come questa fase evolutiva sia attesa ("normale") (Lingiardi & Gazzillo, 2014). In secondo luogo, Winnicott pensa che prima di questo stadio, il bambino viva una realtà di stati affettivi/fisiologici che sono dissociati, all'interno del quale ama i suoi oggetti in modo spietato, in preda agli impulsi dell'Es, mentre quando è "calmo" prova dell'affetto per l'ambiente da cui dipende il suo Io. Lo stadio della preoccupazione emergerebbe quindi nel momento in cui il bambino riesce ad integrare gli stati affettivi eccitati e quelli non eccitati, ossia la "madre oggetto" e la "madre ambiente".

Infine, Winnicott sostiene che il piccolo, nella fase della preoccupazione, dipende dalla madre consapevolmente: questa sarebbe la motivazione per cui la possibilità di oltrepassare questa fase dipende anche dall'ambiente. L'autore fa molta attenzione, inoltre, a differenziare la depressione vera e propria dalle patologie simili ma più gravi, come la depressione anaclitica da ospedalizzazione. Per lui queste ultime forme depressive sono delle sindromi psicotiche dove il ruolo più importante a livello eziologico è giocato da un fallimento dell'ambiente nelle primissime fasi dello sviluppo. In questo periodo, il bambino dipende completamente e inconsapevolmente

(dipendenza assoluta) da un ambiente che non differenzia ancora da sé e di cui, nei casi migliori, non è nemmeno consapevole (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Concludendo, si può affermare che anche Winnicott, come la Klein, considera le tematiche depressive come al confine tra quelle psicotiche e quelle nevrotiche, ma la differenza tra i due la si ritrova nella maggior importanza data dal primo autore all'ambiente e alle cure della madre (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

È possibile ancora citare un ultimo autore, ossia John Bowlby che, tramite lo studio delle manifestazioni di lutto in diverse specie animali, nei bambini e negli adulti di esseri umani, ha identificato un pattern di reazione alla perdita di un oggetto amato suddiviso in quattro fasi:

- la prima viene chiamata: FASE DI NEGOZIAZIONE della perdita e dell'impatto affettivo che essa comporta;
- la seconda viene individuata come: FASE DI PROTESTA, segnata da sentimenti di angoscia e collera. Questa fase, a livello evolutivo, ha come obiettivo quello di riconquistare l'oggetto perso;
- dopo questa fase, si ha il cosiddetto PERIODO DI DISPERSIONE e DISORGANIZZAZIONE, dove la persona si dovrà confrontare con sentimenti di depressione associati alla disorganizzazione degli schemi cognitivo-comportamentali organizzati nella relazione con l'oggetto perso;
- l'ultima fase viene denominata: FASE DELLA RIORGANIZZAZIONE. Durante questo periodo, si avrà una riorganizzazione dei suddetti schemi in funzione dell'accettazione dell'oggetto perduto.

A fronte di tutto questo, si può affermare che anche Bowlby sostiene che le reazioni depressive e l'abilità a superarle sono un fattore essenziale della vita umana, scandita dal mutamento e dalla perdita di scopi significativi e di persone (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

## **2.2 Inquadramento diagnostico secondo il DSM-5 dei disturbi depressivi**

Nella categoria dei disturbi depressivi del DSM-5 si trovano:

- disturbo depressivo maggiore
- disturbo depressivo persistente (ex-distimia)
- disturbo disforico persistente
- disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci
- disturbo depressivo dovuto ad un'altra condizione medica
- disturbo depressivo con altra specificazione e senza specificazione

Il disturbo depressivo maggiore è una sindrome che è contraddistinta dalla comparsa di uno o più episodi depressivi maggiori con un esordio dell'episodio subdolo insieme ad un andamento oscillante per molto tempo: il soggetto, infatti, ha difficoltà a capire che c'è qualcosa che non va. Dopo alcune settimane, il quadro clinico tende a stabilizzarsi e i sintomi cominciano ad apparire in modo quasi costante nel tempo. Ciò che è compromesso è spesso il funzionamento lavorativo e relazionale; tuttavia, il ritardo diagnostico di questa patologia è molto elevato (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

L'intensità dell'episodio depressivo maggiore è molto variabile: può passare da forme lievi ad episodi estremamente gravi dove il soggetto può arrivare a perdere il suo rapporto con la realtà, sviluppando dei veri e propri deliri i cui contenuti sono quasi sempre in sintonia con l'umore (deliri di colpa, di indegnità, di morte) e solo di rado sono incongrui (persecutori). Quando la depressione assume un carattere psicotico si può arrivare anche ad un rifiuto del cibo ed a una chiusura catatonica, pericoloso per la vita del paziente.

Anche la durata dell'episodio depressivo è molto variabile: da qualche settimana a molti mesi. Il naturale sviluppo evolutivo del disturbo è indirizzato verso una risoluzione spontanea e la fase che segue viene denominata normotimia e può durare da pochi mesi a tutta la vita (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Si stima che la probabilità di ricorrenza, ossia la ripresentazione di un episodio depressivo seguente al primo, è massima nei due anni successivi alla remissione dell'episodio di esordio.

È anche molto importante domandare ai pazienti che mostrano sintomi depressivi di identificare l'ultimo periodo di almeno due mesi di normotimia.

Questo disturbo è presente maggiormente nelle donne rispetto agli uomini (3; 1,5) e può fare il suo esordio in qualsiasi momento della vita, dall'infanzia alla senilità, ma le fasce in cui la probabilità di comparsa è maggiore sono tra i 18 e i 29 anni e tra i 55 e i 65 anni (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Per quanto riguarda il disturbo depressivo persistente, con il DSM-5 viene identificata una frequente sovrapposizione clinica tra quella che il DSM-IV-TR chiamava distimia e la depressione maggiore nella sua manifestazione cronica. Le somiglianze tra queste due forme croniche riguardano il decorso, la storia familiare, il trattamento, l'esito ecc. (Lingiardi & Gazzillo, 2014). La Task Force del DSM-5 ha quindi deciso di integrare le due manifestazioni croniche, rinominando la distimia: **DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE**. Quest'ultimo si caratterizza per un'insorgenza insidiosa, oltre che precoce, e ha un decorso cronico. La prevalenza annua di questo disturbo è del 2% nella popolazione statunitense (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Il disturbo disforico premenstruale è entrato a far parte dei disturbi depressivi solo con la pubblicazione del DSM-5 e questo provocò delle controversie. L'apparizione delle mestruazioni sarebbe preceduta da depressione, umore reattivo o rapidamente mutevole, ansia e irritabilità. La paziente, così, sentirebbe di avere energia e interessi ridotti, mutamenti nel sonno o nell'appetito, difficoltà a svolgere le normali attività o di concentrazione (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, non contemplato dal DSM-IV-TR, è contraddistinto da irritabilità cronica, persistente e grave, che si può manifestare sotto forma di scoppi di collera o umore cronicamente arrabbiato. Questi scoppi devono presentarsi tre volte alla settimana, essere esagerati rispetto alla situazione e non adeguati rispetto al livello di sviluppo dell'individuo. Per quanto riguarda l'umore cronicamente arrabbiato deve essere presente per la maggior parte dei giorni e deve essere facilmente osservabile dagli altri.

Ciò che è stato appena riportato deve avvenire almeno per un anno e in almeno due contesti (es. con i pari, a casa, a scuola). La diagnosi di questo disturbo non può essere effettuata in bambini con un'età inferiore ai sei anni e maggiore di diciotto, e l'insorgenza di questo deve collocarsi prima dei dieci anni (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente può, inoltre, trasformarsi, in età adulta, in un disturbo depressivo o ansioso, e non in uno bipolare: questo chiarisce la collocazione della sindrome all'interno della categoria dei disturbi depressivi.

L'introduzione di questo disturbo è utile per evitare una sovra-diagnosi di disturbo bipolare nell'infanzia (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

### **2.3 Disturbi bipolari e unipolari: elementi per una corretta diagnosi differenziale**

Fare diagnosi di un disturbo depressivo può non essere molto semplice in quanto sembrerebbe che tra il 50% e l'80% delle volte il disturbo bipolare esordisca proprio con un episodio depressivo (Duffy et al., 2007, Mesman et al., 2013, Axelson et al., 2015). È quindi molto importante non confondere la diagnosi di disturbo bipolare con quella di depressione maggiore o unipolare (Galletti, 2020). A questo proposito, nell'articolo di O'Donovan e Alda (2020) si può notare come alcune persone a cui è stata fatta diagnosi di depressione unipolare, in realtà potrebbero avere una depressione di tipo bipolare, per alcune ragioni:

- il disturbo bipolare frequentemente insorge con dei sintomi depressivi e, dopo anni, può comparire la prima ipomania/mania;
- alcune forme di depressione sono varianti del disturbo bipolare;
- ci si può non accorgere di episodi ipomaniacali/maniacali precedenti.

Ciò che rende ardua la differenza tra le due patologie è quindi un elemento che delinea il decorso del disturbo bipolare, ossia l'intervallo che intercorre tra il primo episodio depressivo e quello di mania/ipomania. Secondo uno studio di Berk e colleghi (2007), si è calcolato in media un intervallo di  $7,6 \pm 8,7$  anni, mentre Cha et al. (2009) hanno riportato un intervallo medio di  $5,6 \pm 6,1$  anni. Si può notare come in entrambi i casi l'intervallo è lungo e varia notevolmente da persona a persona, e questo potrebbe portare ad un mancato riconoscimento degli episodi ipomaniacali/maniacali, associati al disturbo, che possono emergere anche anni dopo il primo episodio depressivo.

La presenza di un episodio maniacale non è necessaria per le persone affette da depressione bipolare, il che rende la diagnosi del disturbo bipolare ancora più complessa. In casi come questi, è necessario aver avuto anche degli episodi ipomaniacali e una storia familiare in cui è presente il disturbo, in quanto può segnalare che l'episodio depressivo è compreso in una più ampia diagnosi bipolare. Secondo uno studio condotto da Blacker e Tsuang (1993), circa i due terzi dei parenti di giovani individui affetti da disturbo bipolare, che sono stati diagnosticati con depressione unipolare, presentavano effettivamente una forma di depressione bipolare che era coerente con la storia familiare.

Tuttavia, nelle linee guida, non ci sono dei criteri definitivi o biomarcatori per riconoscere l'episodio depressivo che si presenta prima della mania/ipomania durante l'esordio, e proprio per questa motivazione può essere confuso con una depressione unipolare fino a che non si convertirà presentando l'episodio maniacale.

Il compito principale di un clinico dovrebbe essere quello di individuare accuratamente il disturbo bipolare sin dalle prime fasi, prestando particolare attenzione alle famiglie che mostrano un alto rischio di svilupparlo. L'elemento migliore che potrebbe predire questa patologia è una storia familiare di disturbo bipolare, soprattutto nei giovani ad esordio precoce (O'Donovan & Alda, 2020). Possono essere considerati dei buoni predittori anche: sintomi ipomaniacali/maniacali subsindromici, labilità dell'umore ed esordio dei sintomi depressivi intorno ai 25 anni di età (Vieta et al., 2018). Il metodo più meticoloso per la ricerca sembra essere lo studio dei singoli membri della famiglia tramite interviste strutturate, e in alternativa si possono usare dei questionari, come per esempio il Family History Research Diagnostic Criteria (FH-RDC) (Andreasen et al., 1977).

Entrando nel campo delle tecniche di neuroimaging, la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva è supportata da evidenze sia nella depressione unipolare che in quella bipolare (Rachid et al., 2017). A livello genetico, possono essere usati grandi set di dati per esaminare le differenze genetiche tra i due tipi di disturbo. Quello che si spera è che in futuro le tecnologie di imaging

cerebrale o di laboratorio possano fornire una diagnosi più dettagliata, facilitando così i trattamenti psicoterapeutici e farmacologici (Galletti, 2020).

Il ruolo dei fattori genetici sembra essere alquanto minore nella depressione rispetto al disturbo bipolare, dove sono stati eseguiti studi su gemelli, sulle adozioni, ma anche sulle famiglie. Quello di cui però si è certi è che i principali fattori di rischio nella depressione sono maltrattamenti durante l'infanzia ed eventi di vita che comportano alto stress. Tuttavia, nonostante ad oggi, non sia ancora stato trovato alcun gene causale o fattore di rischio genetico né per il disturbo bipolare né per la depressione (Kato, Kuratomi, Kato, 2005), nel corso del tempo, attraverso alcuni studi genetici molecolari, è emerso che alcuni geni che sono stati identificati nella schizofrenia venivano associati anche al disturbo bipolare: G72 (Hattori et al., 2003; Chen et al., 2004; Jamra et al., 2004; Green et al., 2006), DISC1 (Thomson et al., 2005), NRG1 (Green et al., 2005), RGS4 (Chowdari et al., 2005; Lasseter et al., 2005), NCAM1 (Arai et al., 2004), DAO (Fallin et al., 2005; Schulze et al., 2005), GRM3, GRM4, GRIN2B (Fallin et al., 2005), MLC1 (Verma et al., 2005), SYNGR1 (Brahmachari et al., 2005) e SLC12A6 (Meyer et al., 2005).

Il legame tra il G72 e il disturbo bipolare è stato per la prima volta mostrato da Hattori et al. (2003), ma altri studi hanno suggerito una sua associazione con il delirio persecutorio (Schulze et al., 2005) o con la psicosi (Addington et al., 2004). Esiste comunque un certo consenso tra i ricercatori di genetica psichiatrica sul fatto che l'associazione con il gene G72 sia la più robusta, anche se scoperte recenti non supportano più questa idea in modo coerente. È quindi ancora prematuro affermare che questo gene possa rappresentare un fattore di rischio genetico per il disturbo bipolare (Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2007).

Il DISC1 è invece l'unico gene considerato come causale per un disturbo mentale e molti ricercatori hanno condotto vari studi su di esso e sulla sua funzione (Porteous & Millar, 2006). Alcune ricerche più recenti hanno anche evidenziato come il disturbo dell'umore sia statisticamente più frequente nei parenti materni di bambini con altre malattie metaboliche, ed è anche stato segnalato come esista un legame tra la malattia renale cistica midollare autosomica dominante e il disturbo bipolare.

Negli studi genetici molecolari sulla depressione maggiore il contributo che danno i fattori ambientali è molto maggiore di quello che danno i fattori genetici; infatti, recentemente, sono stati pubblicati degli studi su questa patologia che esaminano proprio le interazioni gene-ambiente in un campione ampio e la maggior parte di questi si è focalizzata su polimorfismi funzionali come HTTLPR (Masoliver et al., 2006) e BDNF V66M (Suwalska et al., 2005).



Dato che la depressione maggiore è molto più eterogenea e il contributo dei fattori ambientali è maggiore di quello dei fattori genetici, negli studi di genetica molecolare su di essa, è necessario prendere in considerazione questa tipologia di fattori e potrebbe essere importante avere anche una maggiore dimensione del campione. Recenti studi di genetica molecolare della depressione maggiore hanno esaminato tali interazioni geni-ambiente in un campione ampio e la maggior parte di essi si è concentrata su polimorfismi funzionali ben studiati, come HTTLPR e BDNF V66M (Massat et al., 2005).

Caspi et al. (2003) hanno riportato che i soggetti portatori dell'allele S di HTTLPR erano più suscettibili alla depressione scatenata da stress ambientale o maltrattamento infantile in uno studio di coorte di 847 soggetti. Diversi studi che hanno utilizzato un numero inferiore di soggetti hanno supportato questo risultato, ma solo in parte (Kaufman et al., 2004; Nillson et al., 2006). Oltre a HTT e stress, è stata riportata anche un'interazione a tre vie con BDNF (Kaufman et al., 2006) e un'interazione simile è stata riscontrata anche nelle scimmie femmine (Newman et al., 2004). Tuttavia, recenti studi su larga scala non sono riusciti a replicare questa interazione gene-ambiente (Surtees et al., 2006; Whitfield et al., 2005).

Alcuni dei risultati più sorprendenti, come quelli appena riportati, non sono ancora stati replicati in successivi studi; i ricercatori sono in continua ricerca di strategie più robuste e migliori per poter riconoscere quali sono i fattori di rischio genetici o geni causali di questi due disturbi: depressivo e bipolare (Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2007).

#### **2.4 Disturbi bipolari e unipolari: rischi di una cattiva diagnosi differenziale**

Sbagliare diagnosticando un paziente affetto da disturbo bipolare che manifesta un episodio depressivo come se soffre di depressione unipolare è una possibilità alquanto alta e in questi casi le potenziali conseguenze per il paziente, che si troverebbe a ricevere un trattamento erraneo, risultano essere dannose. Tramite degli studi (Goodwin, 2009; Yatham et al., 2013) è stato dimostrato come la terapia antidepressiva standard, a livello generale, non sia utile nel trattamento degli episodi depressivi nei pazienti che sono affetti da disturbo bipolare e, pertanto, le linee guida riguardanti il trattamento stesso sollecitano all'uso di antidepressivi solo come una terapia in aggiunta agli stabilizzatori dell'umore per la depressione bipolare.

La domanda clinica chiave è: come identificare pazienti che presentano un disturbo bipolare tra quelli che mostrano sintomi depressivi?

La risposta è importante e serve per poter assicurare che questi soggetti possano avere il giusto e adeguato trattamento (Van der Geer, Hanraads, Lupton, , 2014). Tuttavia, alcune caratteristiche cliniche e demografiche sono più comuni nel disturbo bipolare che nella depressione unipolare e possono fungere da “indicatori” o almeno “campanelli di allarme”. Tra questi si possono trovare:

- anamnesi familiare di disturbo bipolare
- esordio precoce della malattia (primi 20 anni)
- stagionalità
- storia di ricovero psichiatrico
- stati misti
- reattività emotiva
- storia di depressione resistente al trattamento
- passaggio da un antidepressivo all'altro
- storia di tentativi di suicidio (Goodwin and Jamison, 2007).

Le persone affette da disturbo bipolare presentano un'alta frequenza di storia familiare di disturbo bipolare e in genere in questi pazienti si riscontra un esordio clinico più precoce rispetto a quelli che presentano una depressione unipolare: i primi hanno un'età media di esordio di ventidue anni, mentre i secondi di ventisei anni (Goodwin and Jamison, 2007; Zisook et al., 2007). Ci sono però delle eccezioni: alcune persone con disturbo bipolare presentano dei sintomi che si possono manifestare anche prima dell'età a cui si fa riferimento. Ad esempio, quasi due terzi degli individui intervistati da Hirschfeld e colleghi (2003b) ha dichiarato di aver manifestato sintomi importanti del disturbo già prima dei diciannove anni (Hirschfeld et al., 2003b).

I pazienti con disturbo bipolare potrebbero anche presentare un maggior numero di precedenti episodi affettivi e di ricoveri psichiatrici rispetto ai pazienti unipolari depressi (Goldberg and Harrow, 2004; Goodwin and Jamison, 2007). È anche più probabile che presentino una storia depressiva resistente al trattamento: potrebbero aver riscontrato delle difficoltà con la terapia antidepressiva, come ad esempio una maggiore tendenza alla depressione o all'irritabilità, oppure la comparsa di sintomi di ipomania durante il trattamento antidepressivo.

Si parla di marcata stagionalità quando si ha a che fare con pazienti bipolari: soggetti che tendono a sperimentare la depressione maggiormente nei mesi invernali; è possibile che questi soggetti abbiano tentato il suicidio in passato più spesso rispetto ai pazienti con depressione unipolare

(Goodwin and Jamison, 2007; Rihmer and Kiss, 2002). Dal punto di vista clinico, nei pazienti con disturbo bipolare si osserva una maggiore reattività dell'umore piuttosto che un semplice stato di tristezza (Goodwin e Jamison, 2007). Durante gli episodi depressivi in questa popolazione, si possono manifestare sintomi tipici della mania o dell'ipomania come un aumento dell'attività motoria, un rapido o frenetico eloquio e deliri grandiosi o di altro tipo. Inoltre, durante le fasi depressive, tendono ad evidenziare sintomi neuro-vegetativi "inversi", come l'ipersonnia e l'incremento del peso corporeo, oltre che dell'appetito; hanno anche probabilità più elevate di mostrare sintomi psicotici (Goodwin e Jamison, 2007) e di deterioramento cognitivo (Borkowska and Rybakowski, 2001; Wolfe et al., 1987). Viceversa, la probabilità che i pazienti con depressione unipolare manifestino sintomi tipici della depressione, tra cui insonnia, sintomi somatici depressivi e umore triste e ansioso, è maggiore (Goodwin and Jamison, 2007).

## 2.5 Strumenti di screening per il disturbo bipolare e depressivo

Per migliorare il riconoscimento del disturbo bipolare nei pazienti con depressione si possono adoperare alcuni strumenti di screening (Table 3).

**Table 3**  
An overview of screening tools for bipolar disorder and depression.

	Type of Scale	Number of Questions	Duration	Scoring Algorithm
<b>Bipolar Scales</b>				
Mood Disorder Questionnaire (Hirschfeld et al., 2000)	Self-report	15	<10 minutes	Yes >7 of the first 13 questions and the symptom cluster question, as well as "moderate problem" or "serious problem" on the functional impairment question, = positive screen for bipolar disorder
Hypomania/Mania Symptom Checklist (Angst et al., 2005)	Self-report	32 (plus 2 unscored introductory items)	<15 minutes	Total score $\geq 14$ = potentially bipolar
<b>Depression Scales</b>				
Patient Health Questionnaire (Spitzer et al., 1999)	Self-report	9	<5 minutes	Total score 5-9 = minimal symptoms Total score 10-14 = mild depression Total score 15-19 = moderately severe depression Total score $>20$ = severe depression
Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996b)	Self-report	21	<10 minutes	Total score 0-9 = minimal depression Total score 10-18 = mild depression Total score 19-29 = moderate depression Total score 30-63 = severe depression
Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) and Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) (Rush et al., 1996; Rush et al., 2003)	Self-report or clinician-rated	30 (IDS) 16 (QIDS)	<15 minutes (IDS) <7 minutes (QIDS)	Total scores 0-13 (IDS)/0-5 (QIDS) = none 14-25 (IDS)/6-10 (QIDS) = mild 26-38 (IDS)/11-15 (QIDS) = moderate 39-48 (IDS)/16-20 (QIDS) = severe 49-84 (IDS)/21-27 (QIDS) = very severe
Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960)	Clinician-rated	21 (score 1* 17 only)	<20 minutes	Total score 0-7 = normal Total score 8-13 = mild depression Total score 14-18 = moderate depression Total score 19-22 = severe depression Total score $\geq 23$ = very severe depression
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (Montgomery and Åsberg, 1979; Snaith et al., 1986)	Clinician-rated	10	<15 minutes	Total score 0-6 = absence of symptoms Total score 7-19 = mild depression Total score 20-34 = moderate depression Total score 35-60 = severe depression

(Hirschfeld R.M, 2014)

L'MDQ è lo strumento di screening più diffuso, è un questionario validato che richiede un'autovalutazione e ha l'obiettivo di individuare persone con un possibile disturbo bipolare; nonostante questo, non rappresenta però uno strumento diagnostico (Hirschfeld et al., 2000). È formato da quindici domande alle quali bisogna rispondere in circa cinque minuti: le tredici domande iniziali servono per riconoscere i sintomi maniacali o ipomaniacali possibilmente sperimentati dal paziente nel passato; mentre le ultime due domande analizzano i cluster di sintomi,

oltre che anche il grado di compromissione funzionale (Hirschfeld et al., 2000). Il soggetto che fornisce una risposta positiva ad almeno sette delle prime tredici domande e alla domanda riguardante i cluster dei sintomi, insieme ad una valutazione da "moderata" a "grave" rispetto alla compromissione funzionale, viene identificato come uno screening positivo per il disturbo bipolare.

Attraverso uno studio di validazione (Hirschfeld et al., 2000), che è stato condotto coinvolgendo 198 pazienti psichiatrici ambulatoriali, è stato mostrato come l'MDQ abbia una sensibilità di 0,73 e una specificità di 0,90. Ciò significa che lo strumento è in grado di identificare correttamente quasi il 75% dei pazienti che effettivamente ha un disturbo bipolare (sensibilità) e di non attribuire il disturbo al 90% degli individui che effettivamente non hanno un disturbo bipolare (specificità) (Hirschfeld et al., 2000). Lo strumento è molto diffuso, come testimoniato dalla sua comparsa in oltre seicento pubblicazioni, anche perché è stato tradotto in diciannove lingue.

Un altro strumento di screening molto importante è l'HCL-32, ossia l'Hypomania/Mania Symptom Checklist che è stato validato anch'esso per il disturbo bipolare (Angst et al., 2005). È un self-report, composto da due domande di introduzione: la prima riguarda lo stato emotivo attuale del soggetto, la seconda invece riguarda il suo livello abituale di attività, umore ed energia.

Successivamente a queste due, si avranno trentadue domande e la maggior parte di esse fanno riferimento a sintomi specifici di ipomania e mania. Tra le altre domande dell'HCL-32, alcune sono di natura più generale e richiedono informazioni ai pazienti su: frequenza con cui litigano, consumano bevande che contengono caffeina o alcol, la frequenza con cui fumano sigarette, in riferimento all'episodio maniacale. Il punteggio si ottiene sommando il numero di risposte positive alle trentadue domande della terza sezione: se è pari o superiore a 14 si considera positivo per il disturbo bipolare. Questo strumento ha una sensibilità di 0,8 e una specificità di 0,51 (Angst et al., 2005).

Entrambi questi strumenti di screening, MDQ e HCL-32, sono utili, oltre che convalidati, per il disturbo bipolare. Il primo è stato riconosciuto precedentemente al secondo ed è stato anche usato maggiormente: è breve e può essere compilato più velocemente. L'HCL-32 ha, inoltre, una sensibilità un po' più alta rispetto all'MDQ (0,8 vs 0,73), ma una specificità nettamente inferiore (0,51 vs 0,9). Questo significa che con l'HCL-32 si rischia di avere quasi il 50% di falsi negativi. In altre parole, l'MDQ massimizza di più il grado di sensibilità e specificità.

Il Patient Health Questionnaire (PHQ-9) è un altro strumento self-report molto diffuso che può essere compilato in modo rapido e semplice; è polivalente: viene usato per lo screening, il monitoraggio, la diagnosi e la misurazione della gravità della depressione (Spitzer et al., 1999). Il

PHQ-9 ha una sensibilità dell'88% e una specificità dell'88% per quanto riguarda gli episodi depressivi maggiori (Kroenke and Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001); tuttavia, non ha la capacità di distinguere il disturbo bipolare da quello depressivo maggiore.

Le principali differenze tra questi tre strumenti, ossia PHQ-9, MDQ e HCL-32, riguardano i sintomi valutati e il momento in cui si sono presentati. Il secondo e il terzo hanno l'obiettivo di valutare i sintomi di mania e ipomania per tutta la vita, mentre il primo ha il compito di valutare i sintomi depressivi nel qui ed ora (Angst et al., 2005; Hirschfeld et al., 2000; Spitzer et al., 1999).

Sono presenti, inoltre, anche altri strumenti che vanno ad analizzare la presenza e la gravità dei sintomi depressivi, come il Beck Depression Inventory (BDI). Quest'ultimo è stato messo a punto da Aaron Beck ed è stato reso pubblico nel 1961 (Beck et al., 1961). Nel 1996 esso è stato sottoposto a revisione in modo che fosse in linea con i criteri diagnostici per il disturbo depressivo maggiore proposti dal DSM- (Beck et al., 1996a). La versione principale è composta da 21 interrogativi che rappresentano i sintomi della depressione, con opzioni di risposta che variano da zero a tre, a seconda del livello di gravità. Alcune domande tipo possono essere: "Sono sempre triste", "Sono deluso da me stesso" (Beck et al., 1996b). Le risposte verranno sommate, ricavando un punteggio totale che verrà, così, tradotto in una diagnosi di depressione da minima a grave (Beck et al., 1961). Sia il BDI originale sia le sue versioni successive sono state impiegate ampiamente nel contesto clinico e di ricerca (Hirschfeld, 2014).

Per ottenere una misura più sensibile nel valutare la depressione nei pazienti ambulatoriali rispetto a quella che forniva la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), è stato utilizzato l'inventario della sintomatologia depressiva (IDS-SR), sviluppato da John Rush e colleghi (Rush et al., 1996). Inizialmente era composta da 28 item (Rush et al., 1986), ma nella versione attuale invece è presente una scala self-report formata da 30 item con in aggiunta due domande utili ad analizzare le caratteristiche atipiche incluse nel DSM-IV. Quest'ultima versione venne convalidata solo nel 1996 (Rush et al., 1996).

È possibile l'uso anche del cosiddetto QIDS, ossia Quick Inventory of Depressive Symptomology, formato da 16 item, sviluppato e pubblicato da Rush e colleghi nel 2003 (Rush et al., 2003). Questo strumento, insieme anche all'IDS, è un self-report che misura i sintomi della depressione, tra cui il livello di energia, i pensieri di morte o di suicidio. L'uso congiunto di questi due strumenti permette per esempio di integrare informazioni complementari. (Rush et al., 1996; Rush et al., 2003).

Il PHQ-9, secondo Hirschfeld (2014), è lo strumento di screening più efficace per pazienti la depressione, grazie alla sua semplicità e alla sua ampia diffusione, mentre il BDI, secondo lo stesso

autore, è maggiormente sensibile ai mutamenti della condizione clinica e, di conseguenza, rappresenta uno strumento più efficace per il monitoraggio di questi stati clinici nei pazienti depressi. Nonostante l'IDS sia molto meno noto rispetto al BDI è stato notato come possa essere più sensibile ai mutamenti dello stato clinico rispetto al secondo (Hirschfeld, 2014).

Vengono usate due scale di valutazione della depressione sia in ambito clinico che di ricerca: la HAM-D e la Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), entrambe somministrate dai medici. La prima è stata messa a punto da Max Hamilton in Inghilterra, oltre cinquanta anni fa, richiede la presenza di un esaminatore che sia esperto clinicamente in modo da poter procurare valutazioni numeriche su 21 sintomi di depressione e tra questi si possono trovare: umore depresso, sensi di colpa e agitazione (Hamilton, 1960). Sono presenti diverse versioni di questa scala con anche un numero diverso di item e rappresenta lo strumento di valutazione della depressione più diffuso al mondo (Hirschfeld, 2014).

La seconda scala è stata sviluppata circa quaranta anni fa da Montgomery e Åsberg (1979) in modo che potesse risultare più sensibile dell'HAM-D ai mutamenti dello stato clinico depressivo e in particolare negli studi in modo da poter testare quanto fossero efficaci i farmaci antidepressivi. Questo strumento clinico è un questionario somministrato da un professionista della salute mentale ed è caratterizzato da 10 item forniti dal clinico, ognuno dei quali può avere una valutazione da zero a sei e anche il MADRS è stato utilizzato molto negli studi di ricerca (Montgomery and Åsberg, 1979).

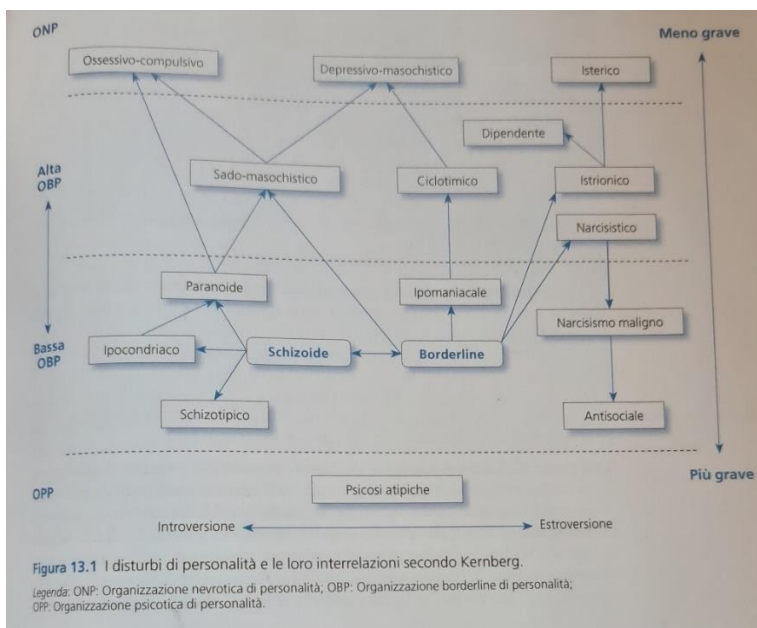
È da tenere in considerazione il fatto che il PHQ-9, la BDI, l'HAM-D e la MADRS non sono strumenti in grado di distinguere con precisione tra disturbo bipolare e disturbo unipolare (Hirschfeld, 2014).

# CAPITOLO III

## IL DISTURBO BIPOLARE E IL DISTURBO BORDERLINE

### 3.1 Organizzazione e disturbo borderline di personalità, eziologia e aspetti psicodinamici-cognitivi

L'utilizzo del termine "borderline" sembra essere una strategia semplificata che viene impiegata per fare riferimento a numerosi pazienti che si incontrano nella pratica clinica (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Alcuni ricercatori suggeriscono di raggruppare in un unico insieme, seppur non omogeneo ma strettamente correlato, le condizioni che il DSM ha incluso nel cluster B (disturbi di personalità istrionico, antisociale, borderline e narcisistico). Queste condizioni si caratterizzano per la disregolazione nelle aree degli impulsi, delle relazioni interpersonali, dell'identità e degli affetti (Lingiardi & Gazzillo, 2014). A proposito di questo, si può far riferimento alla sistematizzazione proposta da Kernberg (figura 13.1).



(Lingiardi, V. & Gazzillo, F., 2014, pag. 383)

Per evitare confusioni, è importante distinguere tra due concetti: l'organizzazione borderline di personalità (BPO, borderline personality organization) e il disturbo borderline di personalità (BPD). Secondo Kernberg, la BPO è una concezione psicodinamica più ampia che include pazienti diversi tra loro, ma con una comune organizzazione di personalità definita "borderline", che può essere di alto o basso livello. Il BPD, invece, corrisponde specificamente alla categoria diagnostica descrittiva proposta dal DSM. Kernberg ritiene che la BPO comprenda una gamma di disturbi di personalità, tra cui schizoide, schizotipico, istrionico, borderline, paranoide, antisociale, dipendente,

narcisistico ed evitante. Inoltre, aggiunge anche altri disturbi non menzionati nel DSM, come l'ipocondria, la sindrome del narcisismo maligno, l'ipomania e il disturbo sado-masochistico di personalità (Lingiardi & Gazzillo, 2014). L'approccio di Kernberg combina sia un approccio categorico (come, per esempio, i disturbi nel DSM) che dimensionale (ad esempio, il grado di aggressività primitiva presente nella vita mentale o di introversione rispetto all'estroversione ecc...).

Negli anni successivi alle prime descrizioni del paziente borderline sviluppate negli anni '70, sono emerse ulteriori evidenze supportate da autori come Fonagy, Liotti, Linehan, Paris e Lyons-Ruth. Queste possono essere riassunte così: relazioni di attaccamento e interpersonali danneggiate, esperienze traumatiche di abuso e trascuratezza, fallimenti nello sviluppo della mentalizzazione o deficit del sistema di regolazione delle emozioni, inibizioni e deficit metacognitivi (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

L'organizzazione borderline di personalità (BPO) viene definita come l'instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dello sviluppo degli affetti, associata a intense angosce di abbandono e spesso caratterizzata da impulsività marcata (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Il termine "borderline" richiama la storica localizzazione nosografica di questo disturbo "sulla linea (line) di confine (border)" tra nevrosi e psicosi. Le prime descrizioni del disturbo borderline risalgono agli anni '30, quando la nosografia psichiatrica suddivideva i disturbi in macrocategorie di nevrosi e psicosi. Da allora, la diagnosi è stata modificata e riferita a diversi quadri clinici, assumendo varie sfumature sia nell'ambito psicoanalitico che in quello psichiatrico. La sintomatologia del disturbo borderline di personalità è estremamente diversificata, includendo una vasta gamma di manifestazioni psicopatologiche di diversa gravità (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Le caratteristiche più rilevanti del disturbo borderline si manifestano in quattro aree principali:

1. Rapporti interpersonali: tumultuosi e caratterizzati dall'alternanza tra idealizzazione e svalutazione, insieme alla paura dell'abbandono.
2. Affetti: dominati dalla rabbia e da un senso di vuoto.
3. Identità: deficitaria e instabile.
4. Impulsività.

Le relazioni dei pazienti borderline sono caratterizzate da caos e contraddizioni, e i sentimenti che provano nei confronti delle persone significative oscillano tra ostilità e dipendenza (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Questi individui tendono a manipolare gli altri, ma i loro comportamenti istintivi, come tentativi di suicidio o scatti d'ira, invece di attirare la rassicurazione e l'attenzione desiderate, finiscono spesso per allontanare gli altri, confermando così il loro timore di essere abbandonati. Reagiscono con rabbia e disperazione alle situazioni frustranti, il che li spinge a compiere gesti



impulsivi e spesso autolesionistici, come incidenti automobilistici, automutilazioni, abuso di sostanze, comportamenti sessuali promiscui e tentativi di suicidio.

Un'altra caratteristica distintiva della personalità borderline è il persistente sentimento di vuoto, spesso accompagnato da un'angosciante incertezza riguardo alla propria identità, che si estende a diverse aree, come l'orientamento sessuale, la capacità di differenziare i propri pensieri e sentimenti da quelli degli altri, il ruolo di genere, l'immagine di sé e del proprio corpo, nonché le mete e i valori personali e professionali (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Quando un individuo borderline si trova da solo, la sua confusione interiore diventa acuta, il che potrebbe spiegare la difficoltà, se non il terrore, che provano di fronte alla solitudine e la loro costante ricerca di relazioni, nelle quali finiscono inevitabilmente per riversare i loro conflitti e le loro angosce, contribuendo così a generare ulteriore rabbia e terrore (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Per quanto riguarda i fattori eziologici, oltre a quelli di natura neurobiologica, come la riduzione volumetrica dell'ippocampo e l'iperattività dell'amigdala, un ruolo significativo è attribuito agli abusi sessuali subiti durante l'infanzia, che sono riscontrati in circa il 60% dei pazienti (Gabbard, 2005).

Zanarini e Frankenburg (1997) hanno proposto un'eziologia multifattoriale che tiene conto di diverse cause e prevede una vulnerabilità genetica/temperamentale, un'infanzia traumatica e uno o più eventi scatenanti, come abusi sessuali o altre esperienze traumatiche che agiscono come catalizzatori nell'attivazione della sintomatologia borderline. Gunderson e Lyons-Ruth (2008), invece, hanno suggerito un modello di interazione gene-ambiente basato su un endofenotipo di ipersensibilità interpersonale. A livello biologico, la compromissione dei sistemi dopaminergici e serotoninergici faciliterebbe le interazioni problematiche e patologiche tra il caregiver e il bambino (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Facendo riferimento al modello di Kernberg, l'asse P del PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico) utilizza il termine "borderline" per identificare un livello di organizzazione della personalità caratterizzato da compromissioni in almeno cinque funzioni mentali fondamentali: relazioni oggettuali, regolazione degli impulsi e degli affetti, identità, tolleranza degli affetti e integrazione del Super-io. Quando si ha a che fare con un'organizzazione borderline di basso livello, possono essere presenti anche difficoltà nelle funzioni di esame di realtà e nella resilienza. Fenomenologicamente, il PDM descrive gli individui con un'organizzazione borderline di personalità come individui che "tendono ad avere difficoltà relazionali ricorrenti, incapacità di intimità emotiva, problemi lavorativi, periodi di ansia e grave depressione e una vulnerabilità

all'abuso di sostanze e ad altre dipendenze come il gioco d'azzardo, il furto, il cibo, il sesso compulsivo, i videogiochi o internet" (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 16).

I disturbi dell'organizzazione borderline sul polo anaclitico sono stati i più ampiamente studiati e sono ben rappresentati dai quadri istrionici, gravemente masochistici o dipendenti di tipo relazionale. Per quanto riguarda il polo introiettivo, a livello borderline si trovano più comunemente individui schizoidi, antisociali/psicopatici, paranoici, somatizzanti e masochisti con comportamenti gravemente autodistruttivi.

Per quanto riguarda la SWAP-II (Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi della Personalità dell'Asse II), è emerso uno spettro distintivo di personalità borderline-disregolato, identificato come un fattore sovraordinato e rappresentato esclusivamente dal disturbo della disregolazione delle emozioni, che da un punto di vista fenomenologico assomiglia al disturbo borderline nel DSM (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Kernberg è stato il primo a introdurre il concetto di organizzazione borderline di personalità, che viene descritta come una struttura specifica della personalità alla base di diversi disturbi. Questa organizzazione si caratterizza per il ricorso a meccanismi di difesa primitivi, manifestazioni di aggressività primitiva, diffusione dell'identità, mantenimento dell'esame di realtà con possibili incrinature in situazioni di stress acuto e manifestazioni aspecifiche di debolezza dell'Io. Il modello evolutivo proposto da Kernberg per l'organizzazione borderline integra i contributi di Melanie Klein, Margaret Mahler ed Edith Jacobson ed esso si focalizza sulla fase del riavvicinamento (18-24 mesi), in cui il superamento della scissione iniziale nelle rappresentazioni di sé e degli oggetti porterebbe il bambino a sviluppare rappresentazioni "intere" e a conciliare il bisogno di autonomia e dipendenza. L'autore sostiene che le difficoltà incontrate dai pazienti borderline nell'affrontare queste sfide derivino da un'aggressività innata particolarmente intensa o da ambienti primitivi traumatici, che incoraggiano l'uso di difese primitive come l'idealizzazione, la scissione, la svalutazione, il diniego, l'identificazione proiettiva e l'acting out (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Masterson e Rinsley (1975), facendo riferimento al modello di separazione-individuazione di Margaret Mahler, sottolineano il ruolo della disponibilità materna nell'eziologia della sindrome borderline. Secondo questa prospettiva, le madri dei pazienti borderline avrebbero trasmesso ai loro figli un messaggio contraddittorio secondo cui ogni tentativo di separazione e individuazione porterebbe alla perdita del loro amore.

Anche Gerald Adler (1985) mette in evidenza il ruolo delle carenze ambientali precoci nella genesi della sintomatologia borderline, sottolineando che esse si traducono in una capacità deficitaria di richiamare la presenza interna dell'oggetto di conforto quando è assente nella realtà esterna. Ciò

porta all'incapacità dei pazienti borderline di rassicurarsi da soli in assenza di punti di riferimento esterni.

Peter Fonagy e Mary Target (2001) hanno sviluppato un modello delle patologie borderline che pone l'accento sull'inibizione della funzione riflessiva, che si sviluppa a partire dal terzo anno di età. L'assenza di figure di attaccamento adeguate o la presenza di relazioni primarie traumatiche porterebbe a una compromissione permanente o a un'insicurezza difensiva nello sviluppo di questa funzione. Di conseguenza, il futuro paziente borderline interiorizzerebbe lo stato mentale degli oggetti primari, il che comporta la formazione di un sé alieno dissociato.

Secondo il modello cognitivo contemporaneo di Giancarlo Dimaggio e Antonio Semerari (2003), il disturbo borderline può essere attribuito a specifici deficit funzionali delle capacità di metacognizione. Questi deficit includono:

I. Deficit di integrazione per il quale i diversi stati mentali vengono sperimentati senza memoria reciproca;

II. Deficit nella regolazione emotiva causato da una particolare vulnerabilità, dovuta sia da fattori genetici che temperamentali;

III. Deficit di differenziazione tra la realtà e le sue rappresentazioni

Beck e collaboratori (2004) hanno, anch'essi, teorizzato il disturbo borderline secondo un modello cognitivo-comportamentale. Fondamentalmente, il disturbo si basa su tre convinzioni nucleari disfunzionali: "Il mondo è pericoloso e malevolo", "Io sono senza potere e vulnerabile" e "Io sono intrinsecamente inaccettabile". Vi sono anche due caratteristiche cognitive fondamentali tipiche dei pazienti borderline: un pensiero dicotomico e uno schema di sé poco articolato, che porta ad una debole identità personale. Questi aspetti svolgono un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo, contribuendo ai turbamenti emotivi e affettivi tipici di questi pazienti, ai comportamenti interpersonali instabili e caotici, e ai repentini ed estremi cambiamenti di umore.

Jeffrey Young e i suoi collaboratori (2003; 2005) hanno esteso le teorie di Beck introducendo la concettualizzazione di un "livello di cognizione" che costituisce il nucleo patologico dei disturbi di personalità. Utilizzando il concetto di "schemi maladattivi precoci", che rappresentano ciò che l'individuo conosce e protegge nonostante provochi un'intensa sofferenza, gli autori sostengono che i pazienti borderline manifestano un elevato numero di schemi e oscillano costantemente da uno stato affettivo estremo ad un altro (Young et al., 2003; Young et al., 2005).

### 3.2 Relazione e co-occorrenza tra i due disturbi

La diagnosi del disturbo bipolare può richiedere molto tempo a causa della natura eterogenea dei sintomi e delle fluttuazioni dell'umore (Hirschfeld, Lewis, Vornik, 2003; Price et al., 1994), e ciò

comporta significative implicazioni cliniche nel caso in cui il disturbo non venga riconosciuto nei pazienti depressi, come una maggior gravità dei sintomi depressivi, una risposta insufficiente ai trattamenti antidepressivi e un aumentato rischio di suicidio (Gaemi, Boiman, Goodwin, 2000; Birnbaum et al., 2003; Mazza et al., 2005). A tale riguardo, sono state sviluppate e consigliate scale di screening per agevolare l'individuazione (Hirschfeld et al., 2000; Phelps & Gaemi, 2006). L'impiego di tali scale di screening può contribuire a ridurre i ritardi nella diagnosi e ad avviare tempestivamente un trattamento appropriato.

Il disturbo borderline di personalità (BPD) rappresenta una comorbidità comune e spesso sotto-diagnosticata nei pazienti depressi (Zimmerman, 1999).

Il riconoscimento del BPD è molto importante a livello clinico per la disponibilità di psicoterapie specifiche e molto efficaci (Bateman & Fonagy, 2008).

È clinicamente importante, per finalità terapeutiche, individuare correttamente sia il disturbo bipolare che il BPD nei pazienti che richiedono una cura per la depressione, e riuscire a distinguere tra queste due sintomatologie. È tuttavia necessario che ognuna delle due patologie sia definita in modo diagnostico e affidabile. Negli ultimi due decenni, si sono accumulate sempre più evidenze a sostegno dell'ipotesi per cui il BPD potrebbe essere considerato come parte dello spettro del disturbo bipolare. Ad esempio, tra le prove a supporto di questa ipotesi emerge che i trattamenti efficaci per i disturbi bipolari potrebbero essere utilizzati anche per pazienti con BPD (Hirschfeld, 2001; Akiskal et al., 2000).

A questo proposito, Smith e colleghi (Smith, Muir, Blackwood, 2004) hanno suggerito che una percentuale significativa di pazienti con BPD rientri nello spettro bipolare, e altri studiosi (Belli, Ural, Akbudak, 2012) hanno concluso che i due disturbi sono strettamente correlati per quanto riguarda la fenomenologia e la risposta al trattamento. Antoniadis et al. (2012) e Coulston et al. (2012) hanno affermato che le prove per includere il BPD nello spettro bipolare non sono ad oggi sufficienti, mentre secondo Paris (2004) e Dolan-Sewell et al. (2001) l'evidenza empirica non supporta il collegamento tra le due patologie. Infine, gli studi di neuroimaging condotti da Sripada e Seta (2007) hanno rivelato sia aree di sovrapposizione che differenze tra i due disturbi. Ciò indica che alcune regioni cerebrali possono essere coinvolte sia nel BPD che nel disturbo bipolare, ma ci sono anche caratteristiche neurobiologiche distintive che li differenziano.

Oltre trenta studi hanno analizzato la frequenza del disturbo bipolare nei pazienti con disturbo borderline di personalità o viceversa, ossia la frequenza del BPD nei pazienti con disturbo bipolare (Zimmermann & Morgan, 2022).

Quando si esamina un argomento riguardante i disturbi di personalità, è indispensabile considerare attentamente la metodologia di valutazione, poiché le sfide presenti in questo processo possono

avere un impatto significativo sui risultati ottenuti. (Zimmermann & Morgan, 2022). La valutazione dei disturbi di personalità può presentare delle sfide specifiche che richiedono l'apporto di informatori. A differenza dei sintomi dei principali disturbi dell'Asse I, i tratti distintivi dei disturbi di personalità si fondano su una visione longitudinale estesa che fa riferimento alle azioni messe in atto dai soggetti in vari contesti, alle loro percezioni e interazioni con un ambiente in costante evoluzione e alla ragionevolezza percepita dei loro comportamenti (Zimmermann & Morgan, 2022). Il DSM-IV sottolinea che le caratteristiche che definiscono un disturbo di personalità possono non essere considerate problematiche dall'individuo affetto (cioè, essere ego-sintoniche) e suggerisce, quindi, che le informazioni siano ottenute dagli informatori.

Ventiquattro studi mostrano la frequenza della BPD nei pazienti con disturbo bipolare (Tabella I e II).

**Tabella 1**

Autore	Misura diagnostica bipolare	Criteri diagnostici bipolari	Misura diagnostica borderline	Criteri diagnostici borderline	Stato psichiatrico al momento della valutazione	Campione
Alnaes <sup>80</sup>	SCIDE	DSM III	SIDP	DSM III	Sintomatico	Ambulatori consecutivi
Barbato <sup>83</sup>	Grafico	DSM III	IPDE	DSM III	In remissione	Pazienti che ricevono la gestione del caso
Benazzi <sup>71</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Nell'episodio depressivo	Ambulatori consecutivi
Benazzi <sup>72</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Nell'episodio depressivo	Ambulatori consecutivi
Brieger <sup>86</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	In gran parte in remissione, poco prima della dimissione	Ricoverati consecutivi con sintomi dell'umore
falegname <sup>87</sup>	N.R.	DSM-III-R	PDE	DSM-III-R	Sintomi non lievi sulla BPRS espansa	Pazienti ambulatoriali bipolari I sposati
Carpiniello <sup>78</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Remissione clinica stabile nell'ultimo mese	Pazienti ambulatoriali consecutivi con disturbo bipolare I o bipolare II
Comtois <sup>81</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	Sintomatico	Ambulatori consecutivi
Dunaevich <sup>88</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	Quasi scarico quando sufficientemente migliorato	Pazienti bipolari I consecutivi ricoverati per episodio maniacale o misto
Garno <sup>77</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Non sindromica, anche se la media HAMD nei pazienti del gruppo B era 18,6	Derivato consecutivamente da Bipolar Disorders Research Clinic, 95% pazienti ambulatoriali, 3/4 bipolare I
Gasperini <sup>89</sup>	DIS	DSM-III-R	SIDP	DSM-III-R	Normotimico	Pazienti in una clinica al litio per almeno 2 anni senza disturbo dell'asse I coesistente
Giorgio <sup>90</sup>	SCIDE	DSM-III-R	PDE	DSM-III-R	In remissione	Pazienti bipolari di tipo I che partecipano a uno studio di 2 anni con almeno 1 caregiver disposto a partecipare e nessun disturbo da uso di sostanze in comorbidità
Gioia <sup>82</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Nell'episodio depressivo	Pazienti depressi nel processo di trattamento farmacologico
Loftus <sup>91</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Sintomi depressivi o maniacali non lievi ( $\leq 17$ su HAMD e $\leq 15$ su CARSM)	Prevalentemente pazienti ambulatoriali (47,4 inpts) reclutati in uno studio longitudinale di 2 anni
Perugia <sup>83</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	Sintomatico	Pazienti ambulatoriali (71%) e pazienti in day hospital (29%) con depressione atipica
Peselow <sup>40</sup>	TRISTI	RDC	SIDP	DSM III	Pazienti valutati mentre erano ipomaniacali ed eutimici	Pazienti ambulatoriali che iniziano il trattamento per un episodio ipomaniacale o maniacale
Pica <sup>63</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SIDP	DSM-III-R	Il paziente è stato giudicato "sistemato"; Bassi livelli di sintomi sulle scale	Ricoverati con disturbo bipolare (n=16) o disturbo schizoaffective di tipo bipolare (n=10).
Preston <sup>123</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Valutati 15 mesi dopo il reclutamento nello studio sui farmaci	Partecipanti allo studio sui farmaci che sono stati individuati 15 mesi dopo lo studio. Sono stati esclusi i pazienti con cicli rapidi, abuso di sostanze o PD abbastanza grave da interferire con lo studio.
Rossi <sup>92</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	Migliorato, non più che lievemente depresso	Ricoverati consecutivi con depressione, valutati dopo un significativo miglioramento della depressione
Uccok <sup>93</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	Eutimico	Ambulatori eutimici
Via <sup>67</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	In remissione	Pazienti bipolari I in ambito psichiatrico di assistenza primaria
Via <sup>67</sup>	SADS-L	RDC	SCIDE	DSM-III-R	In remissione	Pazienti bipolari II in ambito psichiatrico di assistenza primaria
Wilson <sup>84</sup>	SCIDE	DSM IV	SCIDE	DSM IV	Nell'episodio depressivo	3/4 ricoverati, 1/4 ambulatoriali
Zimmermann <sup>79</sup>	SCIDE	DSM IV	SIDP	DSM IV	Sintomatico	Ambulatori consecutivi alla presentazione

**Tabella 2**

Autore	Qualsiasi disturbo bipolare		Disturbo bipolare I		Disturbo bipolare II		Ciclotimia	
	Campione	% (N)	Campione	% (N)	Campione	% (N)	Campione	% (N)
	Misurare	con disturbo borderline	Misurare	con disturbo borderline	Misurare	con disturbo borderline	Misurare	con disturbo borderline
Alnaes <sup>80</sup>			19	0,0(0)			19	36,8 (7)
Barbato <sup>85</sup>			42	14,3 (6)				
Benazzi <sup>71</sup>					50	12,0 (6)		
Benaz <sup>72</sup>					78	11,5 (9)		
Brieger <sup>86</sup>			60	6,7 (4)				
faiegname <sup>87</sup>			23	0,0 (0)				
Carpiniello <sup>78</sup>	57	31,6 (18)						
Comtois <sup>81</sup>	34	23,5 (8)						
Dunaevich <sup>88</sup>			56	5,4 (3)				
Garno <sup>77</sup>	100	17,0 (17)						
Gasperini <sup>89</sup>	54	5,5 (3)						
Giorgio <sup>90</sup>			52	3,8 (2)				
Giola <sup>82</sup>	26	11,5 (3)			19	31,6 (6)		
Loftus <sup>91</sup>			51	19,6 (10)				
Perù <sup>83</sup>					25	48,0 (12)		
Peselow <sup>40</sup>	47	23,4 (11)						
Pica <sup>83</sup>			26	11,5 (3)				
Preston <sup>123</sup>			35	40,0 (14)				
Rossi <sup>92</sup>	71	29,6 (21)						
Ucok <sup>83</sup>			90	10,0 (9)				
Via <sup>67</sup>			129	6,2 (8)				
Via <sup>68</sup>					40	12,5 (5)		
Wilson <sup>84</sup>					30	50,0 (15)		
Zimmermann <sup>79</sup>	41	34,1 (14)	15	33,3 (5)	19	36,8 (7)		

(Taylor & Francis, 2019)

La maggior parte degli studi faceva riferimento a pazienti psichiatrici ambulatoriali e solo quattro riguardavano campioni di pazienti ricoverati (o prevalentemente ricoverati). Un numero maggiore di studi ha valutato il disturbo borderline di personalità quando i soggetti erano in remissione (n=9) o con una certa gravità dei sintomi non più che lieve (n=6). L'intervista clinica era lo strumento più comune usato per valutare i disturbi dell'Asse I e Asse II e la maggior parte degli studi considerati si è concentrata sul disturbo bipolare I o II. Due studi hanno specificato il numero di pazienti con disturbo bipolare I e bipolare II, ma hanno riportato solo la prevalenza di BPD per l'intero gruppo senza specificare la prevalenza di BPD nei sottotipi bipolari (Garno et al., 2005).

In tutti gli studi, la frequenza di BPD nei 1255 pazienti con disturbo bipolare era del 16,0%, e in due studi separati Vieta et al. (2000; 2001) hanno mostrato che il disturbo borderline di personalità è stato diagnosticato due volte più frequentemente nei pazienti con disturbo bipolare II rispetto al disturbo bipolare I (12,5% vs 6,2%). Zimmermann & Mattia (1999), invece, hanno riportato una maggiore prevalenza di BPD nei pazienti con disturbo bipolare II, ma la differenza non era significativa. Pertanto, nonostante il riepilogo degli studi suggerisce un tasso significativamente più

elevato di BPD nei pazienti con disturbo bipolare II, gli unici due studi che hanno permesso un confronto diretto non hanno trovato una differenza significativa tra i due gruppi.

Dodici studi si sono occupati, invece, della frequenza del disturbo bipolare nei pazienti con BPD (Tabelle III e IV).

**Tabella 3**

Autore	Misura diagnostica bipolare	Criteri diagnostici bipolari	Misura diagnostica borderline	Criteri diagnostici borderline	Stato psichiatrico al momento della valutazione	Campione
Akiskal <sup>127</sup>	Colloquio semistrutturato non specificato	DSM III	Colloquio semistrutturato non specificato	DSM III	Sintomatico	Ambulatori consecutivi
Alnaes <sup>80</sup>	SCIDE	DSM III	SIDP	DSM III	Sintomatico	Ambulatori consecutivi
Comtois <sup>81</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	Al momento della presentazione al programma ambulatoriale, sintomatico	Ambulatori consecutivi
Deltito <sup>128</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	Non dichiarato	Non dichiarato	Pazienti in trattamento in corso, diagnosticati clinicamente con BPD che è stata confermata con SCID
Hudziak <sup>19</sup>	Lista di controllo DSM-III-R	DSM-III-R	DIBR	DIBR	Non dichiarato ma sintomatico	Pazienti interni e ambulatoriali con diagnosi clinica di BPD
Collegamenti <sup>54</sup>	TRISTI	RDC	DIB	DIB	Sintomatico	Pazienti ricoverati senza una diagnosi primaria di disturbo da uso di sostanze
Perugia <sup>83</sup>	SCIDE	DSM-III-R	SCIDE	DSM-III-R	Sintomatico	Pazienti ambulatoriali (71%) e pazienti in day hospital (29%) con depressione atipica
Papa <sup>61</sup>	Grafico	DSM III	DIB	DSM III	Sintomatico	Pazienti psichiatrici consecutivi hanno ammonito il DIB che ha ottenuto un punteggio di 6 e superiore
Prasad <sup>96</sup>	DIS	DSM III	DIB	DSM III	Non dichiarato	Pazienti ambulatoriali con BPD diagnosticato clinicamente che non presentavano disturbo affettivo maggiore, schizofrenia o sindrome cerebrale organica
Skodol <sup>70</sup>	SCIDE	DSM IV	DIPD	DSM IV	Non dichiarato	Segnalato per lo studio dei disturbi di personalità
Zanarini <sup>95</sup>	SCIDE	DSM-III-R	DID, DIBR	DSM-III-R & DIBR	Ricoverati in psichiatria	Degenti psichiatrici con diagnosi clinica di probabile PD. La BPD era grave perché 2 set di criteri erano soddisfatti. Esclusi i pazienti con disturbo bipolare I
Zimmermann <sup>79</sup>	SCIDE	DSM IV	SIDP IV	DSM IV	sintomatico	Ambulatori consecutivi alla presentazione

(Taylor & Francis, 2019)

**Tabella 4**

Autore	n del campione BPD	% (n) con qualsiasi disturbo bipolare	% (n) con disturbo bipolare I	% (n) con disturbo bipolare II	% (n) con Ciclotimia
Akiskal <sup>127</sup>	100		Escluso	17,0 (17) <sup>b</sup>	7,0 (7)
Alnaes <sup>60</sup>	44		0,0 (0)		15,9 (7)
Comtois <sup>81</sup>	38	21,1 (8)			
Deltito <sup>128</sup>	16	31,25 (5)	12,5 (2)	18,7 (3)	
Hudziak <sup>129</sup>	87		16,1 (14)		
Collegamenti <sup>54 a</sup>	88		5,9 (6)	9,6 (8)	17,9 (16)
Perugia <sup>83</sup>	46		2,2 (1)	26,1 (12)	
Papa <sup>61</sup>	33		9,1 (3)		
Prasad <sup>96</sup>	21	23,8 (5)	16,7 (4)	4,8 (1)	
Scudo <sup>70</sup>	240		9,2 (22)	6,9 (17)	
Zanarini <sup>95</sup>	379		Escluso	9,5 (36)	
Zimmermann <sup>79</sup>	59		8,5 (7)	11,9 (7)	

(Taylor & Francis, 2019)

La maggior parte degli studi faceva riferimento a pazienti psichiatrici ambulatoriali e solo due campioni a pazienti ricoverati (Steiner et al., 1988; Zanarini et al., 1998). In 10 dei 12 studi emergeva il fatto che i pazienti erano sintomatici al momento della valutazione, mentre nei restanti due lo stato dei sintomi non era dichiarato (Skodol et al., 1999; Prasad et al., 1990). La metà degli studi si è occupata della frequenza del disturbo bipolare I e II e sei studi hanno riportato tassi di disturbo sia bipolare I che bipolare II e corrispondono al 19,1%. Limitando l'analisi a questi ultimi, i risultati sono stati gli stessi.

Poiché la comorbidità può essere associata alla richiesta di trattamento, un esame del grado di co-occorrenza dovrebbe esaminare i campioni che non richiedono trattamento. Mentre sono presenti molti studi sull'epidemiologia dei disturbi di personalità (Zimmerman & Mattia, 2001), si è a conoscenza di solo quattro studi che hanno riportato la comorbidità bipolare-BPD.

Zimmerman e Coryell (1989) hanno valutato i disturbi dell'Asse I e dell'Asse II del DSM-III in 797 parenti di primo grado di controlli sani e di pazienti psichiatrici. Intervistatori esperti nella valutazione di questi ultimi hanno somministrato la Diagnostic Interview Schedule (DIS) completamente strutturata (Helzer et al., 1981) per i disturbi dell'Asse I e la SIDP semistrutturata per i disturbi dell'Asse II. Il BPD è stato il terzo disturbo di personalità più frequentemente diagnosticato nei soggetti con disturbo bipolare (i disturbi di personalità ossessivo-compulsivi e antisociali erano le diagnosi più frequenti). Il tasso di BPD era quasi doppio nel disturbo bipolare rispetto al disturbo depressivo maggiore (12,5% vs 6,9%), anche se questa differenza non era considerata significativa. Il tasso di disturbo bipolare nei soggetti con BPD è stato del 15,4%, significativamente più alto di quello dei soggetti senza disturbo di personalità (15,4% vs 0,9%), ma non significativamente diverso da quello dei soggetti con qualsiasi altro disturbo di personalità (7,0%) (Helzer et al., 1981).

Grant et al. (2008) hanno condotto interviste faccia a faccia con circa 35.000 partecipanti alla seconda ondata della National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Le diagnosi erano basate sulla versione DSM-IV dell'Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule, completamente strutturata (Dawson et al., 2004). Il tasso complessivo di BPD è stato del 5,9%, superiore ai tassi riportati in altre indagini epidemiologiche (Kessler et al., 2007; Tyrer et al., 2006; Fredrikson et al., 2001). La prevalenza del BPD negli intervistati con una storia di disturbo bipolare nella vita era elevata (bipolare I, 35,9%; bipolare II, 26,7%). I tassi erano ancora più alti quando le analisi erano limitate alle diagnosi bipolari negli ultimi 12 mesi (bipolare I, 50,1%; bipolare II, 39,4%). I tassi più elevati per le diagnosi basate sull'ultimo anno sono probabilmente dovuti al fatto che il BPD è associato a una maggiore cronicità e ricorrenza degli episodi di disturbo bipolare. La prevalenza nel corso della vita del disturbo bipolare I e bipolare II tra le persone con BPD è stata rispettivamente del 31,8% e del 7,7% (Kessler et al., 2007; Tyrer et al., 2006; Fredrikson et al., 2001).

Riassumendo i risultati di questi quattro studi epidemiologici e quasi-epidemiologici, tre studi sono stati coerenti nel trovare che circa il 15% degli intervistati della comunità con BPD aveva una diagnosi di disturbo bipolare (Zimmerman & Coryell, 1989; Swartz et al., 1990; Lane et al., 2007),



mentre i dati del NESARC erano un outlier con una prevalenza combinata di bipolare I e bipolare II di quasi il 40% (Grant et al., 2008).

La specificità della relazione tra BPD e disturbo bipolare non è stata chiaramente stabilita e l'unico rapporto sull'intera gamma dei disturbi di personalità ha rilevato che il BPD era la terza diagnosi più frequente negli adulti con disturbo bipolare e che il tasso di disturbo bipolare nei soggetti con BPD non era significativamente più alto di quello dei soggetti con altri disturbi di personalità (Zimmerman & Coryell, 1989).

È stato scritto molto sul legame bipolare-borderline e alcuni autori hanno suggerito che il BPD si colloca nello spettro bipolare (Perugi et al., 2003; McGrath, 1989) ed è stato quindi sorprendente che nei 15 studi che hanno esaminato l'intera gamma di disturbi di personalità nei pazienti con disturbo bipolare, il BPD sia stato il più frequente solo in quattro studi. I disturbi di personalità ossessivo-compulsivi e istrionici erano spesso i disturbi di personalità più diagnosticati e ciò solleva dubbi sulla specificità del legame bipolare-borderline.

Gli studiosi sostengono sia necessaria molta ricerca che possa confrontare i pazienti con BPD con il disturbo bipolare, in particolare con il disturbo bipolare II (Zimmermann et al., 2022). I pochi studi che hanno confrontato direttamente i due disturbi si sono basati su campioni ridotti e hanno esaminato un numero limitato di variabili (Stanley et al., 2007; Hussain & Atre-Vaidya, 1999; Perry & Cooper, 1986). Allo stesso modo, sono pochi i confronti diretti tra pazienti con disturbo bipolare e BPD per quanto riguarda il trattamento e ancora meno sono quelli che includono gruppi di pazienti con i due disturbi in comorbilità, e quelli che lo fanno trascurano uno degli altri due gruppi. Inoltre, gli studi sul trattamento esistenti soffrono di piccole dimensioni del campione (Flaherty, Val, Gaviria, 1982; Swartz et al., 2005), usano metodi diagnostici poco chiari (Bersani, 2004) o fanno affidamento su misure atipiche per diagnosticare uno o entrambi i disturbi (Preston et al., 2004).

Gli studi che cercano di dimostrare che il disturbo borderline di personalità fa parte dello spettro bipolare dovrebbero concentrarsi su variabili specifiche del disturbo bipolare, come l'anamnesi familiare di disturbo bipolare, che non dovrebbe essere elevata nei probandi con BPD a meno che quest'ultimo non faccia parte dello spettro bipolare.

Infine, poiché i tassi di co-occorrenza sono sempre elevati nei campioni clinici, sono necessari buoni dati epidemiologici sui tassi di co-occorrenza di questi due disturbi nelle popolazioni sane prima di poter dedurre una relazione (Bassett, 2012; Stone, 2006).

### 3.3 Diagnosi differenziale e comorbidità tra i due disturbi negli adulti

La distinzione tra disturbo bipolare (DB) e disturbo borderline di personalità (BPD) è stata da sempre oggetto di dispute e dibattiti per clinici e ricercatori, a causa della fenomenologia in parte sovrapponibile dei rispettivi quadri clinici (Bolton & Gunderson, 1996; Paris, 2004; Paris & Zweig-Frank, 2001). I sintomi comuni dei disturbi includono elevata impulsività, labilità timica e instabilità affettiva. Questa sovrapposizione spesso ha generato una discussione su come concettualizzare i due disturbi: quella spettrale che pone la relativa sintomatologia lungo un continuum indistinto e quella che mantiene le due categorie diagnostiche separate (Kernberg & Yeomans, 2013; Siever & Davis, 1991; Zimmerman & Morgan, 2013). Nonostante un recente studio abbia evidenziato una sovrapposizione anche genetica tra i due disturbi, il tema richiede ancora ulteriori approfondimenti ed esplorazioni (Witt et al., 2017).

Secondo i dati epidemiologici, il 15% dei pazienti affetti da disturbo bipolare presenta anche una comorbidità con il disturbo borderline di personalità (Zimmerman & Morgan, 2013). In presenza di questi quadri comorbidi è stato possibile osservare un'esacerbazione della sintomatologia, che presenta considerevoli acuzie da un punto di vista di frequenza degli episodi di impulsività, ideazione suicidaria e instabilità affettiva (Riemann et al., 2017).

Pur essendoci un'alta frequenza di co-occorrenza, gli studi longitudinali evidenziano come la presenza di comorbidità con il disturbo bipolare non abbia un grande effetto sul decorso del disturbo borderline di personalità (Frias, Baltasar & Birmaher, 2016); contrariamente, invece, al modesto impatto che il BPD ha sul decorso del DB (Gunderson et al., 2006, 2011). In base a questi dati, emerge la necessità di applicare un trattamento specifico per ogni disturbo, anche in presenza di quadri di comorbidità. Pertanto, è fondamentale effettuare una diagnosi differenziale accurata tra Disturbo Bipolare e Disturbo Borderline in contesto clinico, data l'influenza della diagnosi sull'esito del trattamento (Palmer et al., 2021).

Le principali analogie e differenze tra i due quadri sintomatologici sono:

1. Entrambi i disturbi mostrano instabilità affettiva, tuttavia, nel disturbo bipolare (DB) i pazienti tendono a passare dalla rabbia alla eutimia, mentre nel disturbo borderline di personalità (BPD) il passaggio è dall'eutimia alla depressione (Reich et al., 2012);
2. Secondo la Barratt Impulsiveness Scale (BIS; Patton et al., 1995), i pazienti affetti da DBP mostrano maggiore impulsività rispetto a quelli affetti da DB (Henry et al., 2001; Wilson et al., 2007);
3. Nell'ambito dei sintomi di deflessione timica, i pazienti affetti da BPD manifestano spesso una sensazione di vuoto, mentre quelli con DB mostrano una diminuzione dell'autocritica e dell'autostima (Bayes et al., 2014; Meares et al., 2011);

4. Gli sbalzi d'umore sono più spontanei nel DB rispetto al DBP, dove questi invece tendono ad essere più reattivi e scatenati da eventi interpersonali critici, come l'abbandono e il rifiuto (Kernberg & Yeomans, 2013);
5. Nel DB gli episodi psicotici hanno una durata maggiore, ma raramente superano alcuni mesi, mentre nel BPD possono essere presenti sintomi dissociativi e paranoici transitori, reattivi a fattori stressogeni (Adams & Sanders, 2011).

Tenendo in considerazione la grande instabilità dei confini diagnostici tra i due disturbi, l'implementazione di nuovi strumenti di screening può rappresentare una svolta nella prognosi e nel trattamento. Esistono due reattivi psicometrici usati per effettuare la diagnosi differenziale tra DB e BPD: il Mood Disorder Questionnaire (MDQ; Hirschfeld et al., 2000) e il McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI; Zanarini et al., 2003). Entrambi sono questionari di screening auto-somministrati, i quali richiedono risposte dicotomiche e presentano ottime proprietà psicometriche (Carvalho et al., 2015; Zimmerman, 2021). Risultati clinicamente significativi sono emersi dalla somministrazione di questi strumenti su popolazioni cliniche affette da Disturbo Bipolare (DB) e Disturbo di Personalità Borderline (BPD) e possono essere di seguito riassunti:

-attraverso l'MDQ, si è scoperto che l'umore elevato, la grandiosità e l'iperattività possono prevedere l'insorgenza di DB e l'assenza di BPD;

-il MSI ha rivelato che comportamenti autolesivi e l'ideazione suicidaria possono prevedere l'insorgenza di BPD e l'assenza di DB.

Si tratta, dunque, di due strumenti potenzialmente utili e mirati ai fini dello screening tra DB e BPD (Palmer et al., 2021). Per quanto dalla letteratura recente sul tema siano emersi dati incoraggianti, lo stato dell'arte sulla diagnosi differenziale tra disturbo borderline e disturbo bipolare di personalità si colloca ancora ad uno stadio preliminare. In particolare, la letteratura internazionale non è ancora riuscita a chiarire il rapporto tra il disturbo bipolare II e il disturbo borderline di personalità (Bayes, Parker, & Fletcher, 2014; Bolton & Gunderson, 1996). Vengono spesso confusi soprattutto per elementi come l'impulsività, l'umore instabile, la rabbia incongrua alla situazione, elevato rischio suicidario e relazioni affettive instabili (Gunderson et al., 2006). Inoltre, i cambiamenti d'umore (affect storms) caratteristici del disturbo borderline di personalità possono a volte ricordare la ciclotimia, mentre i sintomi residui inter-episodici nel disturbo bipolare II, come la disforia, possono far orientare il clinico verso un quadro di disturbo borderline di personalità (Ruggero, Zimmerman, Chelminski, & Young, 2010; Zimmerman, Ruggero, Chelminski, & Young, 2010; Kernberg & Yeomans, 2013; Bayes et al., 2014).

A proposito della possibile relazione più generale tra il disturbo borderline di personalità e il disturbo bipolare, in un recente studio multinazionale di Perugi e colleghi (2013), è stata riscontrata una significativa connessione fra queste due patologie in un campione di 5635 pazienti con episodio depressivo maggiore: fra questi, il 9,3% (532 soggetti) soddisfaceva i criteri per il BPD. Queste osservazioni hanno portato gli autori a concludere che esista una stretta connessione fra BPD e DB, confermata in particolare dal fatto che i parenti di primo grado di pazienti con questi due disturbi in comorbidità presentavano un tasso statisticamente maggiore di sintomi ipomaniacali, in confronto a quelli di pazienti senza comorbidità (Perugi et al., 2013). Tali conclusioni non prendono però in considerazione i differenti stati mentali che caratterizzano i due disturbi. In altre parole, le conclusioni non considerano il fatto che i disturbi hanno manifestazioni e caratteristiche psicopatologiche diverse. I differenti stati mentali indicano una realtà molto diversa tra i due disturbi e richiedono un'analisi più approfondita per una corretta comprensione e diagnosi differenziale. Non sembra essere corretto assumere che gli elementi di disregolazione emotiva che definiscono il disturbo borderline di personalità siano solo sintomi di uno stato misto di depressione; infatti, gli stati mentali indicano una realtà molto diversa. Specificamente, il quadro clinico del disturbo borderline è ben definito e caratterizzato da significative difficoltà nell'individuare e gestire stati mentali problematici, con conseguente riduzione delle esperienze personali di soddisfazione (Perugi et al., 2013). In certe situazioni questi pazienti si percepiscono come totalmente inadeguati, fragili o sbagliati e mettono in atto molti tentativi di soluzione per modificare la loro condizione, senza mai riuscirci. La disintegrazione dei loro stati mentali fa sì che possano passare da una condizione di vittima, in cui i loro diritti non sono rispettati e le loro aspettative non soddisfatte, ad uno stato maggiormente persecutorio, in cui rivendicano ciò che gli spetta con comportamenti eteroaggressivi piuttosto marcati (Perugi et al., 2013).

Il disturbo bipolare si manifesta attraverso uno stato mentale caratterizzato soprattutto da episodi di eccitazione maniacale e ipomaniacale, durante i quali la persona sperimenta un forte senso di potenzialità personale, accompagnato dalle emozioni di euforia<sup>4</sup> e irritabilità (Mancini & Rainone, 2008a).

Molti studi sono arrivati a conclusioni diametralmente opposte circa il rapporto fra il disturbo bipolare e disturbo borderline di personalità. Alcuni ricercatori considerano il disturbo borderline di personalità come una versione a cicli ultra rapidi (entro le 48 ore) del disturbo bipolare (Magill, 2004; Akiskal, 2004; Smith, Muir, & Blackwood 2004; Mackinnon & Pies, 2006; Joyce, Light, & Rowe, 2007), mentre altri ipotizzano che ci sia una relazione modesta o addirittura nulla tra i due

---

<sup>4</sup> Stato di benessere psicofisico che, a differenza della contentezza, è legato alla potenzialità di un bene, senza però la rappresentazione di un'adeguata strada di realizzazione concreta e, spesso, senza la rappresentazione chiara del bene stesso.

quadri (Koenigsberg et al., 2002; George, Miklowitz, Richards, Simoneau, & Taylor, 2003; Gunderson et al., 2006; Paris, 2007; Gunderson, 2007; Wilson et al., 2007).

In letteratura, l'unico dato sufficientemente confermato riguarda la comorbilità tra queste condizioni psicologiche, che si aggira intorno al 29,0% per il disturbo bipolare I e al 24,0% per il disturbo bipolare II (McDermid et al., 2015).

Durante il periodo tra gli anni Settanta e Ottanta, già Kernberg affermava che circa il 50% degli individui che giungevano al suo dipartimento con la diagnosi di disturbo bipolare o depressione maggiore, in realtà soffrivano di un disturbo della personalità, in particolare di tipo borderline (Kernberg 1975; 1984).

Secondo Deltito et al. (2001), ci sono evidenti difficoltà diagnostiche e influenze tra i due quadri clinici che sembrano essere confermate; essi, infatti, attestano che una percentuale variabile dal 44% all'81% dei pazienti diagnosticati con disturbo borderline di personalità appartenga in realtà allo spettro bipolare. Peraltro, va notato che l'instabilità affettiva e la disregolazione emotiva che sono centrali in entrambi i disturbi, sembrano avere una natura e un decorso completamente differenti. L'instabilità affettiva è esplicitamente inclusa come criterio per la personalità borderline, mentre la «labilità autonoma», insieme a un livello elevato di sensibilità interpersonale e un basso di stabilità emotiva, è stata suggerita come valido antecedente di depressione unipolare e disturbo bipolare (Clayton, Ernst, & Angst, 1994; Lauer et al., 1997).

Secondo la maggioranza dei dati presenti in letteratura, il disturbo bipolare II è caratterizzato da episodi autonomi frequenti, non reattivi all'ambiente circostante (Koenigsberg, 2010), mentre altri riportano un importante ruolo della cognizione sociale (Bauer et al., 2014). Per quanto riguarda, invece, il disturbo borderline di personalità, è acclarato come i sintomi siano solitamente reattivi e innescati da fattori psicologici ed eventi interpersonali salienti, come rifiuto, frustrazione o senso di abbandono (World Health Organization, 1992; Meares, Gerull, Stevenson, & Korner, 2011). Inoltre, i pazienti borderline e bipolari di tipo II mostrano spesso comportamenti suicidari accompagnati da uno scarso controllo degli impulsi: proprio per questo l'impulsività dovrebbe essere studiata approfonditamente in entrambi i quadri (Rhimer, 2007). Nonostante vi sia un alto grado di sovrapposizione tra questi due quadri, altre ricerche hanno evidenziato importanti differenze che possono facilitare sia la diagnosi differenziale e influenzare il processo di cura (Leblanc et al., 2016). Il disturbo bipolare raramente ha un esordio nell'infanzia, tende piuttosto a manifestarsi in tarda adolescenza o nella prima età adulta (Distel et al., 2008; Luby & Navsaria, 2010); al contrario, non c'è un esordio ben definito nel disturbo borderline di personalità, caratterizzato da un'affettività negativa che compare precocemente (Lewinsohn, Seeley, & Klein, 2003) e uno stato depressivo che «dura da tutta la vita» (World Health Organisation, 1992).

Riguardo ai fattori di rischio il disturbo borderline di personalità risulta associato a un trauma sessuale nel 40-70% dei casi (Barroilhet, Vöhringer, & Ghaemi, 2013) contro il 20-40% del disturbo bipolare II (Barroilhet et al., 2013; Romero et al., 2009). Il disturbo borderline di personalità è frequentemente associato a comportamenti autolesivi (50-80%) e problemi di identità, in linea con la frequente compromissione dell'autoimmagine che i pazienti di questo tipo hanno di sé (Barroilhet et al., 2013).

Infine, è importante notare che durante gli stati d'elevazione dell'umore, centrale nel processo diagnostico, il livello d'ansia tende a diminuire o scomparire nel disturbo bipolare II, ma a crescere nel disturbo borderline di personalità (Bayes et al., 2014).

Anche negli elementi nucleari dei due disturbi sembrano esserci alcune differenze, legate soprattutto alla specificità; Gunderson et al. (2006) e Benazzi (2008) hanno infatti concluso sottolineando che soltanto l'instabilità affettiva sarebbe un fattore di congiunzione tra i due quadri, mentre l'impulsività potrebbe essere un fattore essenziale del disturbo borderline di personalità.

Spesso negli adulti, in concomitanza con il disturbo bipolare (BD) e il disturbo borderline di personalità (BDP) si può trovare il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) (Taylor & Francis, 2014). Questo può portare ad una diagnosi errata e/o ad un trattamento inefficace che comporterebbe conseguenze potenzialmente gravi, compromettendo significativamente il benessere e il funzionamento del soggetto, specialmente considerando che BD e BPD sono associati alla suicidarietà (Taylor & Francis, 2014).

Facendo riferimento alla quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, oltre che alla letteratura scientifica è stato possibile mostrare che l'ADHD coesiste in circa il 20% degli adulti con BD o BPD. Negli individui con comorbidità ADHD-BD, i sintomi dell'ADHD sono evidenti tra gli episodi di BD. I sintomi sovrapposti di BPD e ADHD includono impulsività e disregolazione emotiva, mentre i sintomi del BPD, ma non dell'ADHD comprendono l'evitamento frenetico dell'abbandono reale/immaginario, l'autolesionismo, l'ideazione suicidaria, il senso di vuoto cronico e la paranoia/severa dissociazione legata allo stress (Eich-Höchli et al., 2014).

È importante diagnosticare accuratamente l'ADHD, il BD e il BPD per garantire un corretto orientamento dei trattamenti e un miglioramento degli esiti per i pazienti.

### **3.4 Ulteriori informazioni sui limiti dei due disturbi: una rassegna delle prove**

Le condizioni psichiatriche più comuni e più frequentemente diagnosticate sono il disturbo bipolare (BD) e il disturbo borderline di personalità (BPD). Entrambi sono associati ad un aumento della morbilità, a tassi elevati di suicidio e a una significativa compromissione funzionale (Sanches, 2011; Ansell, 2007; Temi, 2019). Sebbene il concetto di BD sia stato completamente assimilato dalla cultura negli ultimi anni (Sanches, 2018), l'enorme maggioranza del pubblico in generale non possiede ancora una buona conoscenza della diagnosi di BPD, nonostante la sua popolarità tra gli psichiatri e gli operatori di salute mentale.

Dall'inizio degli anni Ottanta, quando il disturbo borderline di personalità è stato inserito nel DSM-III come categoria diagnostica, si sono verificate diverse controversie sulla sua validità come costruito nosologico. Le discussioni iniziali sull'identificazione del disturbo borderline hanno enfatizzato le difficoltà correlate alla sua diagnosi, nonché la distinzione tra la concettualizzazione psicodinamica dell'organizzazione borderline e i criteri del DSM del BPD (Kroll et al., 1981; Lewis, 1991; Kernerg, 1981). D'altra parte, l'espansione del concetto del cosiddetto "spettro bipolare" ha richiamato l'attenzione su diverse somiglianze fenomenologiche tra BPD e BD, sulla mancanza di stabilità della diagnosi di BPD nel tempo e sui potenziali benefici del trattamento dei pazienti con BPD con stabilizzatori dell'umore. Mentre diversi autori hanno sottolineato le difficoltà comunemente incontrate nella diagnosi differenziale di entrambe le condizioni (Paris, 2017; Bayes, 2017; Saunders, 2015), persiste una certa mancanza di consenso sul fatto che BD e BPD appartengano allo stesso spettro.

L'approccio del DSM ai disturbi mentali è categoriale e i criteri diagnostici per il BD e il BPD si basano esclusivamente sulla descrizione dei sintomi. Finora non sono stati identificati marcatori biologici consolidati per entrambi i disturbi e, inoltre, la comorbilità tra le due condizioni non è rara. In uno studio recente (Sanches, 2019), è stata effettuata una revisione completa della letteratura e una meta-analisi degli studi che hanno affrontato l'associazione tra BD e BPD (Fornaro et al., 2016) e i risultati hanno confermato l'elevata comorbilità tra le due condizioni, con il 21% dei pazienti bipolari che presenta un BPD associato. È stato anche evidenziato il possibile coinvolgimento degli effetti dell'età e del genere in questa associazione. Per esempio, la diagnosi di "BD non specificato", secondo il DSM-5, comprende i casi in cui "i sintomi caratteristici di un disturbo bipolare e correlati" causano un disagio clinico significativo o una compromissione importante in diverse aree del funzionamento, ma "non soddisfano i criteri completi per nessuno dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi bipolari e correlati" (Associazione psichiatrica americana, 2013). Nonostante la sua utilità come categoria diagnostica provvisoria, la categoria in questione può lasciare i clinici esposti a diversi pregiudizi diagnostici, tra cui problemi di

controtransfert. Il clinico infatti potrebbe essere stato influenzato dalle proprie emozioni o pregiudizi personali nel processo di diagnosi; preoccupazioni per lo stigma associato a ciascuna diagnosi: il clinico è infatti consapevole che ogni diagnosi può essere vissuta dalla persona come un'etichetta che ha conseguenze rilevanti sul piano sociale e psicologico; idee personali errate sul concetto di spettro "bipolare morbido", comportando una possibile sottodiagnosi di BD; infine, preoccupazioni relative al rischio di sovradiagnosticare questo disturbo (Ghouse et al., 2013). In uno studio del 2008 (Sanches, 2008) su 700 pazienti ambulatoriali, il 56,6% dei pazienti precedentemente diagnosticati con BD non soddisfaceva i criteri per tale condizione, secondo un'intervista strutturata (Zimmerman et al., 2008). Inoltre, tra i pazienti a cui è stato erroneamente diagnosticato il BD, la prevalenza del BPD è risultata significativamente più alta rispetto a quelli che non avevano ricevuto una precedente diagnosi di BD.

Nonostante la proposta di un modello alternativo per la classificazione dei disturbi di personalità nel DSM 5, i criteri per il BPD (così come per gli altri disturbi di personalità) sono stati sostanzialmente mantenuti invariati rispetto alle edizioni più recenti del DSM (cioè DSM-IV e DSM-IV-R) (Associazione psichiatrica americana, 2013). Gli autori che sostengono l'inclusione del BPD nello spettro dei disturbi bipolari sostengono che il costrutto del primo disturbo, basato sul DSM, manca di validità e ha allontanato il concetto di borderline dalla sua originaria caratterizzazione psicodinamica. Il disturbo è infatti stato tradotto in un insieme eterogeneo di sintomi comportamentali e cognitivi, alcuni dei quali si sovrappongono a caratteristiche comunemente riscontrate nei pazienti con disturbo bipolare, tra cui impulsività, comportamenti suicidari ricorrenti, instabilità affettiva e rabbia (Loftus et al., 2004). Una distinzione fondamentale, secondo il DSM, è che questi sintomi sembrano essere cronici e pervasivi nel BPD, mentre si presentano in modo intermittente nel BD. Tuttavia, in termini pratici questa distinzione è tutt'altro che chiara, soprattutto in assenza di una storia di episodi maniacali. Nel caso di BD di tipo II, a volte può essere difficile distinguere i periodi di ipomania dalla linea di base del paziente e i medici hanno difficoltà a identificare tali periodi retrospettivamente, tranne se hanno accesso a informazioni collaterali affidabili (Sanches, 2019). Come già riportato in precedenza, l'instabilità affettiva, come descritta nei criteri del DSM 5 per il BPD, può essere caratterizzata da rapidi cambiamenti di umore, di solito innescati da fattori ambientali, che hanno una durata solitamente di poche ore e "raramente più di qualche giorno". Questa descrizione è in netto contrasto con i periodi più prolungati di polarizzazione dell'umore tipicamente osservati nel vero disturbo bipolare (cioè 14 giorni per gli episodi depressivi, 4 giorni per l'ipomania e almeno 7 giorni per la mania). Il DSM-5, tuttavia, ammette l'esistenza di diverse altre forme di BD che non soddisfano i criteri temporali sopra menzionati. Inoltre, alcuni autori hanno proposto l'esistenza di una "ciclicità ultra-rapida" nel



BD, in cui veloci cambiamenti di umore potrebbero teoricamente verificarsi nell'arco poche ore: ciò lo rende potenzialmente indistinguibile dal concetto di instabilità affettiva descritto nei pazienti con BPD (Sanches, 2019). Numerose evidenze mostrano che l'impulsività è comunemente riscontrata nei pazienti con BD e, piuttosto che un sintomo limitato alle fasi dell'umore, sembra corrispondere ad una caratteristica di tratto che è presente non solo durante gli episodi acuti di mania o ipomania, ma anche durante la remissione (Sanches et al., 2007). I pazienti con disturbo bipolare hanno un'alta percentuale di disturbi da uso di sostanze in comorbidità e di disturbi del controllo degli impulsi, simili a quelli dei pazienti con disturbo borderline di personalità (Najt et al., 2007).

La sovrapposizione tra BPD e BD diventa, inoltre, ancora più impegnativa quando si introduce nella discussione il concetto di disturbo ciclotimico. Classicamente considerato una condizione caratteriale, quest'ultimo disturbo è stato incluso come sottotipo di BD nel DSM-III e mantenuto nelle edizioni successive (Youngstrom et al., 2012). La rapida alternanza di sintomi ipomaniacali e depressivi in tempi brevi e la natura cronica del disturbo indicano molte somiglianze tra questa condizione e il BPD. Secondo Akiskal, il disturbo borderline di personalità potrebbe essere considerato come la "sfaccettatura disforica della ciclotimia" (Akiskal, 2014). Secondo questo concetto, il disturbo ciclotimico sarebbe considerato un temperamento e il BPD potrebbe emergere da questo disturbo ed essere considerato una varietà instabile di esso, caratterizzata da umore disforico, esplosività ed episodi di rabbia. Questa condizione potrebbe essere caratterizzata con la denominazione "BD-II ½" e mostrerebbe una forte somiglianza con la depressione atipica. L'autore ipotizza infine che BPD, disturbo ciclotimico, ciclotimia e depressione atipica corrispondano a manifestazioni sovrapposte di una diatesi di base comune (Akiskal, 2004). Le prove suggeriscono che i tratti del temperamento ciclotimico sono condivisi tra i pazienti bipolari e borderline (Eich et al., 2014; Zaninotto et al., 2016).

Alcuni studi longitudinali indicano che la diagnosi di BPD non è stabile nel tempo. Sarebbe comune che i pazienti borderline non soddisfino più i criteri diagnostici per il BPD al momento della valutazione di follow-up, e anche la fluttuazione dei sintomi sembra essere comune (Temes & Zanarini, 2018). Potrebbe, quindi, essere messa in discussione la natura stessa del BPD come disturbo di personalità, poiché i criteri generali del DSM per i disturbi di personalità indicano che questi tratti sono cronici, duraturi e pervasivi.

In uno studio (Zanarini et al., 2020) che ha confrontato pazienti con diagnosi di BPD e BD utilizzando il Mood Disorder Questionnaire (MDQ), tre item, ossia storia di umore elevato, storia di aumento dell'attività diretta agli obiettivi e co-occorrenza episodica di sintomi maniacali, sembravano differenziare in modo affidabile le due condizioni, con una sensibilità dell'88,7% e una

specificità dell'81,4% (Barroihet et al., 2016). Questi risultati sono stati parzialmente replicati da Balling et al., che hanno concluso che il potere discriminatorio della triade di sintomi in questione era superiore a quello offerto dalla somministrazione del MDQ completo (Balling et al., 2019). In un altro studio (Aaltonen et al., 2015), svolto qualche anno dopo, un'analisi fattoriale che includeva gli item del MDQ e quelli di uno strumento di screening per il BPD, il McLean Screening Instrument (MSI), somministrato a pazienti con BPD e BD, ha indicato l'esistenza di sintomi sovrapposti in entrambe le condizioni (cioè instabilità affettiva, impulsività, irritabilità, fuga dei pensieri e distraibilità). Tuttavia, i restanti item di entrambe le scale sembravano essere specifici per il disturbo e, quindi, non condivisi tra le due condizioni. In uno studio di Bayes e Parker (Bayes & Parker, 2017), sono stati studiati i tassi di pazienti assegnati a una diagnosi di BD, BPD o entrambi secondo i criteri clinici rispetto a quelli del DSM-5 e hanno notato che i tassi di pazienti assegnati a ciascun gruppo variavano a seconda dei criteri utilizzati. Particolarmente interessante è stato il fatto che la mancata imposizione dei criteri di durata del DSM per il BP non sembra avere un impatto sul tasso di BPD erroneamente diagnosticato come BD (Bayes & Parker, 2021).

Altri autori hanno sottolineato le differenze fenomenologiche tra gli "sbalzi d'umore" osservati nel BD e nel BPD (Paris, 2018). Nonostante l'apparente somiglianza, sembrano esserci differenze fondamentali tra le due condizioni per quanto riguarda questo costrutto. Nel BPD, i brevi sbalzi d'umore innescati da eventi esterni e di breve durata non sembrano corrispondere a una vera e propria polarizzazione dell'umore, ma a un costrutto diverso, cioè l'instabilità affettiva.

Se il BD e il BPD facessero parte dello stesso spettro, ci si aspetterebbe un certo grado di sovrapposizione per quanto riguarda la vulnerabilità genetica a queste condizioni, ma non sembra essere così. Sebbene in diversi studi siano stati identificati modelli di aggregazione familiare del BPD, l'ereditabilità di questa condizione sembra essere notevolmente inferiore a quella osservata nei pazienti con BD (Ghaemi et al., 2014). Inoltre, entrambe le condizioni sembrano mostrare modelli diversi di aggregazione familiare, con evidenze che suggeriscono che il BPD mostra un'aggregazione familiare con i disturbi del controllo degli impulsi. Nel frattempo, l'aggregazione con i disturbi dell'umore sembra essere ambigua ed è per lo più riconducibile al disturbo depressivo maggiore e non al BD (White et al., 2003). In altre parole, la prevalenza del BD tra i parenti di primo grado dei pazienti con BPD è simile a quella riscontrata nella popolazione generale (Paris & Black, 2015), il che solleva dubbi sull'inclusione di entrambe le condizioni nello stesso spettro.

Per quanto riguarda la compromissione neuropsicologica, nei pazienti bipolari è stata ampiamente studiata e supporta l'esistenza di una disfunzione fronto- limbica nel BD, anche durante l'eutimia. Rispetto al gruppo di controllo, i pazienti bipolari eutimici mostrano compromissioni nelle funzioni

esecutive, nell'attenzione/memoria di lavoro, nella velocità/tempo di reazione, nella memoria verbale e nella memoria visiva (Cullen et al., 2016). Le evidenze disponibili indicano l'esistenza di forti correlazioni tra la gravità dei deficit cognitivi e la durata della malattia (Manove & Levy, 2010). Inoltre, è stato ipotizzato che alcuni di questi deficit siano presenti anche nei familiari non affetti di pazienti bipolari e possano corrispondere a marcatori di vulnerabilità alla BD (Selvavera et al., 2008).

D'altra parte, sebbene i deficit neuropsicologici nei pazienti con BPD siano stati ben descritti, la specificità di questi risultati può essere discutibile, in quanto in una meta-analisi dei deficit cognitivi nei BPD (Ruocco, 2005), i pazienti hanno ottenuto risultati peggiori rispetto ai controlli in tutti i domini analizzati, tra cui l'attenzione, la flessibilità cognitiva, l'apprendimento e la memoria, la pianificazione, l'elaborazione rapida e le abilità visuospatiali. Da notare che i pazienti con BPD inclusi negli studi neuropsicologici spesso presentano condizioni psichiatriche in comorbilità, tra cui il disturbo depressivo maggiore. In uno studio trasversale (Seres et al., 2009), i pazienti borderline hanno mostrato deficit nell'attenzione e nel ricordo immediato e ritardato, con funzioni visuospatiali e linguistiche relativamente conservate rispetto ai controlli. Tuttavia, in questo studio non sono state riscontrate differenze significative tra BPD e altri disturbi di personalità per quanto riguarda i deficit neuropsicologici.

I risultati degli studi di neuroimaging sia nel disturbo bipolare (BD) che nel disturbo borderline di personalità (BPD) suggeriscono la presenza di alterazioni nei circuiti cerebrali che sono coinvolti nella regolazione delle emozioni. Nel BD, gli studi hanno evidenziato anomalie sia a livello strutturale che funzionale nella regione prefrontale del cervello, che è responsabile della regolazione emotiva, e una ridotta modulazione delle strutture sottocorticali coinvolte nel processo (Sanchez & Soares, 2016). Gli studi di risonanza magnetica strutturale nel BD mostrano un'ampia variabilità dei risultati, probabilmente dovuti a problemi metodologici legati ai parametri di acquisizione e alle caratteristiche dei campioni (ad esempio, lo stato di trattamento e lo stato d'animo). Tuttavia, alcuni risultati sembrano essere replicati in modo più coerente e questi includono ventricoli laterali più grandi, corpo calloso più piccolo, corteccia prefrontale ventrale ridotta, volume della corteccia cingolata anteriore ridotto e amigdala più grande. Quest'ultimo sembra essere uno dei risultati più coerenti negli studi di neuroimaging strutturale dei pazienti con BD (Sanchez & Soares, 2016).

Tra i pazienti con BPD, invece, i risultati strutturali più comuni sembrano essere la riduzione dei volumi dell'amigdala, dell'ippocampo e della corteccia orbitofrontale, oltre che la riduzione del volume della corteccia cingolata anteriore (Goodman et al., 2018). I risultati degli studi di risonanza magnetica funzionale (fMRI) indicano un'elevata reattività dell'amigdala agli stimoli negativi o minacciosi nei pazienti con BPD (Sanislow et al., 2003), che può essere considerata un correlato

neurofisiologico dell'instabilità affettiva. Nei pazienti con BPD è stata segnalata una diminuzione del flusso sanguigno e del metabolismo in diverse aree prefrontali (tra cui la corteccia prefrontale dorsolaterale e la corteccia cingolata anteriore), che potrebbe essere in parte responsabile dell'impulsività e degli scoppi d'ira spesso osservati in questi pazienti. Questi risultati di imaging, tuttavia, potrebbero essere aspecifici e sono presenti anche nei pazienti con BD (Coulston et al., 2012).

Infine, il modello stress-diatesi della fisiopatologia del BPD evidenzia il ruolo dei fattori ambientali nello sviluppo del BPD e suggerisce che i fattori epigenetici sono coinvolti nello sviluppo di questa condizione. La scoperta della metilazione del DNA in alcuni geni è stata considerata un indicatore del coinvolgimento di meccanismi epigenetici in diverse condizioni. In uno studio del 2011, è stato riscontrato che i pazienti con BPD presentano un aumento della metilazione in diversi geni candidati per altri disturbi psichiatrici (Dammann et al., 2011). Sebbene questo dato non sia necessariamente rilevante per la diagnosi differenziale tra il BPD e altre patologie, un altro studio ha evidenziato una metilazione anomala in diversi siti CpG, inclusi i geni APBA2 e APBA3 che sono coinvolti nella regolazione delle proteine adattatrici neuronali, in donne affette da BPD (Schmidt et al., 2013).

L'evidenza di altri biomarcatori candidati nei pazienti con BPD non sembra contribuire alla distinzione tra BPD e BD. Questi biomarcatori includono il test di soppressione del desametasone, il test dell'ormone di rilascio della tireotropina e i pattern polisonnografici (Benson et al., 1990; Korzekwa, Links, Steiner, 1993).

Nonostante le numerose somiglianze cliniche tra BD e BPD, le evidenze disponibili suggeriscono che le due condizioni siano, dal punto di vista nosologico, distinte. Tuttavia, sembra esistere una notevole sovrapposizione tra le due condizioni (Tabella 3).

Discussione	Forza dell'evidenza	Commenti
Somiglianze psicopatologiche	medio	Alcuni sintomi condivisi ma diverse caratteristiche distinte
Elevata comorbidità tra le due condizioni	Alto	Alti tassi di comorbidità non indicano necessariamente un continuum
Instabilità longitudinale dei criteri BPD	Alto	Fluttuazione dei sintomi comune nella BPD
Tratti temperamentali condivisi	medio	Temperamento ciclotimico comune in entrambe le condizioni. Altrimenti, diversi modelli di temperamento
Modelli di risposta al trattamento	medio	Impatto limitato del trattamento farmacologico sull'umore nella BPD
Studi sulla famiglia	medio	Diversi modelli di aggregazione familiare
Studi di neuroimmagini	medio	Risultati distinti negli studi di neuroimaging
Reperti neuropsicologici	medio	Diversi reperti neuropsicologici
Altri biomarcatori	Basso	Prove limitate

(Sanches, 2019)

## Conclusioni

L'obiettivo di questa tesi è stato soprattutto quello di mostrare le mille sfaccettature del disturbo bipolare. Mi sono occupata in modo particolare, attraverso questi tre capitoli, di mostrare quanto sia difficile poter fare una diagnosi corretta di disturbo bipolare senza incorrere in qualche rischio che potrebbe avere conseguenze negative non solo sul percorso di trattamento che si è scelto di intraprendere, ma anche sull'individuo stesso, in quanto potrebbe creare confusione, frustrazione e scoraggiamento se la persona non riesce a comprendere completamente i propri sintomi o se non ottiene il supporto e il trattamento adeguati. Infatti, una diagnosi accurata può fornire una spiegazione chiara dei sintomi, facilitare l'accesso a trattamenti efficaci e consentire una migliore gestione della condizione. È molto importante che anche a livello sociale si diffonda una corretta informazione su questo tema proprio, per esempio, per evitare pregiudizi. Un esempio di ciò lo si può trovare nell'istituzione della Giornata mondiale (30 Marzo) che rappresenta un primo tassellino che va in questa direzione.

Ho deciso di soffermarmi soprattutto sulle differenze diagnostiche tra il disturbo bipolare e il disturbo depressivo, e tra il disturbo bipolare e quello borderline per mettere in evidenza quanto, nonostante a prima vista possano sembrare simili, di fatto mostrino differenze importanti. A proposito della differenza tra i primi due disturbi, ho scelto di descrivere alcuni strumenti che possono aiutare il clinico nella diagnosi. Questo evidenzia come la ricerca stia progredendo costantemente e stia scoprendo sempre più elementi che possono facilitare una diagnosi accurata e migliorare il percorso diagnostico.

Tramite una persona molto vicina a me, come anticipato nell'introduzione, ho potuto interfacciarmi direttamente con questa problematica di diagnosi: la sua sintomatologia iniziale sembrava riconducibile ad un disturbo depressivo, ma nel corso del tempo i medici e gli psichiatri si sono resi conto che il trattamento scelto, sulla base del quadro clinico di riferimento, non stava funzionando. Successivamente, tramite alcuni strumenti di valutazione, insieme ad un accurato ragionamento clinico e un processo diagnostico approfondito, si è venuti a conoscenza che si trattava di un disturbo bipolare. La problematica che era emersa era legata alla tempistica, poiché il periodo trascorso dalla diagnosi di disturbo depressivo a quella di disturbo bipolare è stato estremamente prolungato, mettendo a rischio la vita del paziente. Quello che potrebbe essere particolarmente utile è cercare di individuare più informazioni possibili sul paziente e sulla sua sintomatologia, ricostruendo così una buona anamnesi, in modo da poter discriminare tra disturbo bipolare, disturbo depressivo e disturbo borderline di personalità. Nonostante sia evidente che in certe circostanze

questa situazione risulti complessa, potrebbe accadere che inizialmente si sia convinti di avere a che fare con un paziente affetto da un particolare quadro clinico, ma solo in seguito ci si renda conto che presenta sintomi appartenenti a un diverso disturbo. In conclusione, sono fermamente convinta che la ricerca continuerà a rivoluzionare in modo significativo il campo della psicologia e saranno le problematiche portate all'attenzione clinica dalle persone stesse a contribuire all'avanzamento di essa, rivelando aspetti della vita nascosti, oscuri e precedentemente inimmaginabili.

## Bibliografia

- Belloni, A. (2021). Disturbo bipolare e disturbo borderline di personalità: diagnosi differenziale e implementazione di nuovi strumenti di screening. <https://www.stateofmind.it/2021/06/disturbo-bipolare-disturbo-borderline/>
- Biondi et al., (2014). Intherapy di Studi Cognitivi. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Quinta Edizione. Milano: Raffaello Cortina. <https://www.intherapy.it/disturbo/disturbo-bipolare/>
- Blackwell, W. (2007). Molecular genetics of bipolar disorder and depression. Psychiatry and Clinical Neurosciences. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1819.2007.01604.x>
- De Sactis, B. et al. (2017). Disturbo borderline di personalità o disturbo bipolare II? Una revisione della letteratura per andare oltre una lettura categoriale. [https://apc.it/wp-content/uploads/2013/03/PCC\\_17-2-disturbo-borderline.pdf](https://apc.it/wp-content/uploads/2013/03/PCC_17-2-disturbo-borderline.pdf)
- Galletti, E. (2020). Depressione o Bipolarismo? Precauzioni per una diagnosi accurata di disturbo bipolare e trattamenti specifici. <https://www.stateofmind.it/2020/12/depressione-bipolarismo-diagnosi/>
- Journal of Affective Disorders (2014). Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714700047>
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). La personalità e i suoi disturbi. Vignate: Raffaello Cortina
- Lo Baido et al. (2013). Pensiero e difese nei disturbi bipolari. Studio clinico e psicopatologico su bipolari I e bipolari II. Rivista di psichiatria. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1272/articoli/14033/>
- Luigia, M. (2021). DISTURBO BIPOLARE. LA DIAGNOSI DEL DSM-5. <https://www.ospedemarialuigia.it/disturbi-dell-umore/disturbo-bipolare-diagnosi-dsm-5/>
- Redazione (2022). World Bipolar Day 2022 – Il 30 Marzo ricorre la giornata dedicata al Disturbo Bipolare. <https://www.stateofmind.it/2022/03/world-bipolar-day-disturbo-bipolare/>
- Sanches M. et al., (2019). The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence. <https://www.mdpi.com/2079-9721/7/3/49#metrics>
- Taylor & Francis (2014). Current medical research and opinion. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/03007995.2014.915800>

-Taylor & Francis (2019). Dialogues in clinical neuroscience. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2013.15.2/mzimmerman>

-Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva (2015). Disturbo Bipolare.

<https://www.terzocentro.it/distrurbi-umore/disturbo-bipolare-2/>

-Tundo, A. (2022). Breve storia del Disturbo Bipolare.

<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1272/articoli/14033/>



## Sitografia

<https://www.istitutodipsicopatologia.it/breve-storia-del-disturbo-bipolare/>  
<https://www.stateofmind.it/2022/03/world-bipolar-day-disturbo-bipolare/>  
<https://www.intherapy.it/disturbo/disturbo-bipolare/>  
<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1272/articoli/14033/>  
<https://www.stateofmind.it/eventi/psicosi-milano-280919/>  
<https://www.terzocentro.it/distrurbi-umore/disturbo-bipolare-2/>  
<https://www.ospedemarialuigia.it/disturbi-dell-umore/disturbo-bipolare-diagnosi-dsm-5/>  
<https://www.stateofmind.it/2020/12/depressione-bipolarismo-diagnosi/>  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714700047>  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2013.15.2/mzimmerman>  
<https://www.stateofmind.it/2021/06/disturbo-bipolare-disturbo-borderline/>  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/03007995.2014.915800>  
[https://apc.it/wp-content/uploads/2013/03/PCC\\_17-2-disturbo-borderline.pdf](https://apc.it/wp-content/uploads/2013/03/PCC_17-2-disturbo-borderline.pdf)  
<https://www.mdpi.com/2079-9721/7/3/49#metrics>