

Francesco MARCHINI

*Linee guida*

# **PER LA DIAGNOSI, LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO**

*per il concorso da*

# **DIRIGENTE PSICOLOGO**

I edizione  
2021

**ARGOMENTI TRATTATI:**

- Disturbo borderline di personalità
- Disturbo antisociale di personalità
- Depressione
- Disturbi d'ansia
- Disturbi da stress e PTSD
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi psicotici e schizofrenia
- Disturbo bipolare
- Disturbi da uso di sostanze
- Suicidio e comportamenti autolesivi
- Gestione dell'aggressività
- Disturbi dell'anzianità
- Adozione, separazione e divorzio
- Disturbi dello spettro autistico
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
- Disabilità intellettive e disturbi dell'apprendimento
- Disturbo della condotta
- Psicologia della cronicità
- Psicopatologia perinatale e depressione post-partum
- Educazione alla sessualità

**NLD**  
CONCORSI

## 8. DISTURBO BIPOLARE

**Sommario:** **8.1.** Riconoscimento e gestione del disturbo bipolare negli adulti nell'assistenza primaria | **8.2.** Trattamento e assistenza di tipo secondario o specialistico | **8.3.** Il trattamento a lungo termine del disturbo bipolare | **8.4.** Riconoscere e intervenire in adolescenti e bambini.

Le linee guida Nice sul disturbo bipolare danno indicazioni per il riconoscimento, la diagnosi, il trattamento delle persone (adulti, giovani, bambini) con disturbi bipolari (diagnosticati o sospetti). Prima di presentare le prime indicazioni di trattamento viene fornito un rapido schema di approfondimento sulla diagnosi secondo il DSM 5.

### Diagnosi secondo DSM 5

Sono tre le forme di disturbo bipolare presentati all'interno del DSM 5 e che andiamo brevemente a descrivere.

Il *disturbo bipolare I* è incentrato nel diagnosticare in primo luogo 1 episodio maniacale (almeno 1) il quale può essere preceduto o può essere seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori. Descriveremo adesso i criteri per la definizione di un episodio maniacale e di un episodio ipomaniacale.

- **Episodio maniacale:** è costituito da un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia della durata di almeno 1 settimana e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (A); durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività sono presenti 3 (o più) dei seguenti sintomi (4 se l'umore è solo irritabile): 1) autostima ipertrofica o grandiosità; 2) diminuito bi-

sogno di sonno; 3) maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare; 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si susseguano rapidamente; 5) distraibilità riferita o osservata intesa come attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti; 6) aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (attività immotivata non finalizzata); 7) eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (es. acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati) (B). La sintomatologia è sufficientemente grave da causare una compromissione nel funzionamento sociale dell'individuo o da richiedere ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri.

- Episodio ipomaniacale: si tratta degli stessi criteri per l'episodio maniaco con la differenza che la durata del periodo è di 4 giorni consecutivi.

Gli episodi non sono meglio spiegati da disturbi schizoaffettivi, schizofreniformi o deliranti o da disturbi dello spettro della schizofrenia o delle psicosi.

Il *disturbo bipolare II* si caratterizza invece per la presenza di un attuale o pregresso episodio ipomaniacale e per un attuale o pregresso episodio depressivo maggiore. Per la diagnosi di disturbo bipolare devono essere soddisfatti i criteri per almeno 1 episodio ipomaniacale e per almeno 1 episodio depressivo maggiore. Non deve essere stato presente un episodio maniaco.

Il *disturbo ciclotimico* prevede invece la presenza di numerosi periodi con sintomi ipomaniacali che non soddisfano i criteri per un episodio ipomaniacale e numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore per almeno 2 anni (1 anno per bambini e adolescenti). In questo periodo gli episodi ipomaniacali e de-

pressivi sono stati presenti per almeno metà del tempo e l'individuo non è stato senza sintomi per più di 2 mesi. Non sono mai stati soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniaco o ipomaniaco e questi sintomi non sono meglio spiegati da quadri sindromiche di tipo psicotico.

### **8.1. Riconoscimento e gestione del disturbo bipolare negli adulti nell'assistenza primaria**

Quando gli adulti si presentano alle cure primarie con depressione, è importante subito valutare la presenza di eventuali precedenti periodi di iperattività o comportamento disinibito. Se l'iperattività o il comportamento disinibito è durato per 4 giorni o più, si deve prendere in considerazione il rinvio per una valutazione specialistica. È necessario inviare urgentemente le persone per una valutazione specialistica della salute mentale se si sospetta mania o depressione grave o se sono un pericolo per sé stessi o per gli altri. Non usare questionari nelle cure primarie per identificare il disturbo bipolare negli adulti. Nel lavoro con persone con disturbo bipolare nelle cure primarie risulta necessario impegnarsi e sviluppare una relazione continua con loro e con chi li assiste, sostenerli nell'esecuzione dei piani di cura sviluppati nell'assistenza secondaria e nel raggiungimento dei loro obiettivi di recupero, seguire i piani di crisi sviluppati nelle cure secondarie e fare da collegamento con gli specialisti delle cure secondarie, se necessario rivedere il loro trattamento e la loro cura, compresi i farmaci, almeno una volta all'anno o più spesso se la persona, l'accompagnatore o l'operatore sanitario hanno qualche preoccupazione. Dal punto di vista dell'intervento psicologico è possibile offrire alle persone con depressione bipolare interventi evidence-based ad alta intensità, tra cui troviamo terapia cognitivo-comportamentale (CBT) terapia interpersonale (IPT) o terapia comportamentale di coppia in linea con le raccomandazioni fornite sul trattamento della de-

pressione. Nell'intervento con la persona con disturbo bipolare è importante monitorare l'umore e se ci sono segni di ipomania o di deterioramento dei sintomi depressivi, mettersi in contatto o indirizzare la persona alle cure secondarie. Se la persona sviluppa mania o depressione grave, indirizzarla urgentemente alle cure secondarie. Dal punto di vista farmacologico è sconsigliato iniziare una terapia a base di litio per trattare il disturbo bipolare nelle cure primarie per le persone che non hanno mai preso il litio prima né iniziare cure basate sull'utilizzo di valproato. L'invio alle strutture specialistiche deve avvenire nei casi in cui c'è una risposta scarsa o parziale al trattamento, il funzionamento della persona diminuisce significativamente, l'aderenza al trattamento è scarsa, la persona sviluppa effetti collaterali intollerabili o importanti dal punto di vista medico dai farmaci, si sospetta un abuso di alcol o droghe in comorbidità, la persona sta pensando di interrompere qualsiasi farmaco dopo un periodo di umore relativamente stabile, una donna con disturbo bipolare è incinta o sta pianificando una gravidanza. Inoltre, è importante monitorare la salute fisica come avviene nei casi di psicosi o schizofrenia in particolare rispetto a parametri quali il peso o BMI, la dieta, lo stato nutrizionale e livello di attività fisica, lo stato cardiovascolare, compresi polso e pressione sanguigna, lo stato metabolico, compresi glicemia a digiuno, emoglobina glicosilata (HbA1c) e profilo lipidico del sangue, la funzione epatica, la funzione renale e tiroidea, e livelli di calcio, per le persone che assumono litio a lungo termine.

## **8.2. ■ Trattamento e assistenza di tipo secondario o specialistico**

Sviluppare un piano di gestione del rischio insieme alla persona e a chi la assiste, se possibile, che comprenda:

- i fattori scatenanti personali, sociali, occupazionali o ambientali identificabili e i primi segni e sintomi di recidiva;