

Il temperamento come elemento fondante dello spettro bipolare e delle manifestazioni sottosoglia: una breve rassegna della letteratura psichiatrica

Temperament as a basic element in bipolar spectrum and in sub-threshold manifestations: a brief review of psychiatric literature

D. Harnic*, A. Koukopoulos**, M. Mazza*, L. Janiri*, P. Bria*

*Istituto di Psichiatria e Psicologia, Ambulatorio per i Disturbi Bipolari, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; **Centro "Lucio Bini", Roma

Summary

Objectives

The aim of this paper is to present a brief update on temperament, emphasizing its overarching importance in the field of mood disorders and stressing its role as one of the cornerstones of the bipolar spectrum. The hypothesis, first proposed by Kraepelin, that temperament can predispose to or be a risk factor for or serve as a substrate for the development of manifest psychopathology, has been confirmed by numerous contemporary clinical studies. Classical and recent literature, in addition to empirical, systematic and experimental studies, demonstrate that affective temperaments can be considered as effective tools in identifying vulnerability to mood disorders. In recent years, therefore, attention to temperament and the relationship between temperamental traits and different psychopathological frames has become an increasingly common topic for study and research.

Methods

Two independent investigators carried-out literature search (D. Harnic and M. Mazza). The following databases were screened: PubMed, BioMedCentral, ISI Web of Science, and PsycINFO. The keywords used are: bipolar disorder; spectrum; temperament; sub-threshold symptoms. Inclusion criteria include all publications from 1950 to 2010, with particular attention to reviews. Only the most significant and comprehensive contributions were included in this study. The objective of this work is not to conduct a systematic review of literature but to provide a concise but comprehensive overview of the link between temperament and the bipolar spectrum.

Results

In contrast to the dichotomous conception proposed by Kraepelin that, until relatively recent times, considered mania and depression as two distinct and separate categories, Akiskal has posited a psychopathological "continuum" between temperament and affective disorders (bipolar spectrum). In fact, reconstructing the history of patients with mood disorders, and especially in those with bipolar disorder, temperamental traits can already be observed in the premorbid period and continue to persist in symptom-free intervals. Mood disorders should be considered as belonging to a continuum in which "pure" depression and "pure" mania represent the extremes of a spectrum defined by three main

psychopathological dimensions: affectivity, thought and volition-locomotion. The "pure" manic and depressive poles occur when the three axes move simultaneously in the same direction, the rest are mixed affective states, described in detail by Wilhelm Weygandt, a pupil of Kraepelin. In 1999, Akiskal and Pinto have proposed a schematic classification of the different forms of the bipolar spectrum, advancing the existence of seven distinct categorical subtypes (Table I). In DSM-V this schematization should have replaced the current system of classification of bipolar disorders, but it has not been accepted by the task force on mood disorders. Some of the most experienced researchers and psychiatrists have studied in depth the above stated issues and have devised various instruments (the most relevant of which are described) that can help the clinician, in everyday practice, to identify even the most blurred dimensions of affective disorders. Tests, currently used both in the field of research and in the clinical field, were thus conceived in order to capture, in as much detail as possible, the protean expressions of the patients' symptoms.

Conclusions

Affective disorders extend their dimensions beyond the expression of euphoria or depression alone, and appear to include, among others, conditions like anxiety, panic, irritability and emotional instability. In interpreting and diagnosing the varied expression of the bipolar spectrum, psychiatrists are today facing a major challenge in daily clinical practice. One of the main factors complicating this task is temperamental instability which often is the background of the attenuated bipolar spectrum. In recent years, attention to temperament and the relationship between temperamental traits and different psychopathological frames has become an increasingly frequent topic for study and research. Temperamental "dysregulation" is the pathological foundation of mood disorders and its alteration, in individuals, reflects a marked predisposition to develop a mood disorder. The need to clarify some aspects of this complex situation regarding temperament and subthreshold manifestations has disclosed the need to create new assessment tools that allow a refinement of the diagnostic process and, consequently, an individualization of psychopharmacotherapy.

Key words

Temperament • Subthreshold symptoms • Depression • Mania • Mood disorders • Bipolar disorder

Corrispondenza

Désirée Harnic, Istituto di Psichiatria, Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico "A. Gemelli", Largo Agostino Gemelli 8, 00168 Roma, Italia • Tel. +39 347 9838981 • E-mail: desiree.harnic@libero.it

Riassunto

Obiettivi

Lo scopo del presente lavoro è quello di presentare una breve review di aggiornamento sull'argomento del temperamento ove, sottolineandone la capitale importanza nel campo dei disturbi dell'umore, rappresenta, in particolar modo, uno degli elementi fondanti dello spettro bipolare. L'ipotesi, proposta da Kraepelin, che il temperamento possa predisporre o costituire un fattore di rischio o servire come substrato per lo sviluppo di una psicopatologia manifesta, è stato confermato da numerosi studi clinici contemporanei. La letteratura classica e quella più recente oltre agli studi empirici, sperimentali e sistematici, dimostrano come i temperamenti affettivi possano essere considerati strumenti validi per identificare la vulnerabilità ai disturbi dell'umore. Negli ultimi anni dunque l'attenzione al temperamento e la relazione esistente fra i tratti temperamentali e i differenti quadri psicopatologici, è diventata oggetto sempre più frequente di studio e approfondimento.

Metodi

La ricerca è stata condotta da due investigatori indipendenti (D. Harnic e M. Mazza). Sono stati consultati i seguenti database: PubMed, BioMedCentral, ISI Web of Science, PsycINFO. Le parole chiave utilizzate sono: disturbo bipolare; spettro; temperamento; sintomi sottosoglia. I criteri di inclusione comprendono tutte le pubblicazioni dal 1950 al 2010, con particolare attenzione per le review. Sono stati inclusi nel presente lavoro solo i contributi ritenuti più significativi e completi. L'obiettivo di questo lavoro non è quello di condurre una review sistematica della letteratura ma di fornire una rassegna completa ma sintetica del legame tra temperamento e spettro bipolare.

Risultati

In contrapposizione alla concezione dicotomica kraepeliniana che, fino a tempi relativamente recenti, considerava la mania e la depressione come due categorie distinte e separate, Akiskal ha postulato un "continuum" psicopatologico tra temperamento e disturbi affettivi (spettro bipolare). E infatti ricostruendo la storia dei pazienti affetti da disturbi dell'umore, e in particolar modo nel disturbo bipolare, i tratti temperamentali possono essere osservati già nel periodo premorboso e persistono anche negli intervalli liberi del disturbo. I disturbi dell'umore sono da considerare appartenenti ad un continuum, nel quale la depressione "pura" e la mania "pura" rappresentano gli estremi di uno spettro definito da tre dimensioni psicopatologiche principali: affettività, pensiero e volizione-psicomotricità. I poli "puri" ma-

Introduzione

L'origine

Sin dai tempi di Ippocrate e dei suoi discepoli si è manifestato l'interesse per lo studio dello stile comportamentale osservando che persone con una determinata costituzione, erano caratterizzate dalla prevalenza di un umore specifico e potevano non essere effettivamente malate, ma semplicemente predisposte a certe malattie o comunque inclini a specifici modi di agire. Col tempo, quindi, il prevalere di uno dei quattro umori definiti con i termini di "collerico", "flemmatico", "melanconico" e "sanguigno"

niacale e depressivo si verificano quando le tre dimensioni si muovono simultaneamente nella stessa direzione, gli altri sono stati misti affettivi, descritti in dettaglio da Wilhelm Weygandt, allievo di Kraepelin. Nel 1999 Akiskal e Pinto hanno proposto una classificazione schematica delle differenti forme di spettro bipolare, avanzando l'esistenza di sette diversi sottotipi categoriali (Tab. I). Questa schematizzazione avrebbe dovuto sostituire l'attuale sistema di classificazione dei disturbi bipolari nel DSM-V ma non è stata accettata. Alcuni dei ricercatori e psichiatri più esperti hanno studiando a fondo gli argomenti sopraesposti, hanno ideato diversi strumenti (di cui ne vengono descritti alcuni tra i più rilevanti) che possono aiutare il clinico, nella pratica quotidiana, ad individuare tutte le dimensioni più sfumate dei disturbi affettivi. Sono nati in tal modo dei test che vengono impiegati sia nel campo della ricerca che nel campo della clinica, per cogliere nella maniera più dettagliata possibile le proteiformi espressioni delle manifestazioni sintomatologiche che occorrono nei pazienti.

Conclusioni

I disturbi affettivi estendono le loro dimensioni oltre l'espressione della sola euforia o depressione, e sembrano includere, fra gli altri, stati quali l'ansia, il panico, l'irritabilità e l'instabilità affettiva. Nell'interpretare e diagnosticare la variegata espressione dello spettro bipolare, gli psichiatri si trovano, oggi, di fronte ad una delle sfide più importanti della pratica clinica quotidiana. Uno dei fattori che maggiormente complica questo compito, è rappresentato dall'instabilità temperamentale che, frequentemente, fa da sfondo allo spettro bipolare attenuato.

Negli ultimi anni l'attenzione al temperamento e la relazione esistente fra i tratti temperamentali e i differenti quadri psicopatologici, è diventata oggetto sempre più frequente di studio e approfondimento. La "disregolazione" temperamentale costituisce il fondamento patologico dei disturbi dell'umore e una sua alterazione, negli individui, riflette un'accentuata predisposizione a sviluppare un disturbo dell'umore. È dalla necessità di chiarire alcuni aspetti di questa complessa situazione riguardante il temperamento e le manifestazioni sottosoglia che si è palesata l'esigenza di creare nuovi strumenti di valutazione che favoriscano una raffinazione del processo diagnostico e, conseguentemente, un'individualizzazione della psicofarmacoterapia.

Parole chiave

Temperamento • Sintomi sottosoglia • Depressione • Mania • Disturbi dell'umore • Disturbo bipolare

iniziarono ad assumere due significati essenzialmente diversi: sia una condizione patologica sia una disposizione personale. Galeno, in seguito, sulla base di questo ragionamento, introdusse il termine "temperamento" (dal latino *temperamentum*) a sostituire quello di "umore" per specificare quale dei quattro umori prevalendo fondasse la costituzione di ciascun individuo¹.

La concezione Kraepeliniana come visione antesignana dei nostri tempi

In epoca decisamente più recente, Kraepelin approfondendo lo studio delle psicosi maniaco-depressive, ha de-

scritto le disposizioni di personalità fondamentali². In accordo con questo punto di vista sono stati anche gli studi di Kretschmer³, i quali hanno rimarcato la posizione di Kraepelin evidenziando che le psicosi endogene rappresentavano una spiccata accentuazione dei temperamenti. Da questi autori è stato definito un continuum tra temperamento premorbo e patologia affettiva conclamata. Nella concezione kraepeliniana, i disturbi dell'umore sono da considerare appartenenti ad un continuum, nel quale la depressione "pura" e la mania "pura" rappresentano gli estremi di uno spettro definito da tre dimensioni psicopatologiche principali: affettività, pensiero e volizione-psicomotricità. In accordo con questo modello, le tre dimensioni possono presentare variazioni patologiche indipendenti sia in senso espansivo sia in senso depressivo, permettendo in tal modo le presentazioni di innumerevoli e multiformi disturbi affettivi⁴. I poli "puri" maniacale e depressivo si verificano quando le tre dimensioni si muovono simultaneamente nella stessa direzione, gli altri sono stati misti affettivi, descritti in dettaglio da Wilhelm Weygandt⁵, allievo di Kraepelin (Perugi et al.)⁶. Anche Tellenbach⁷, parlando del "typus melancholicus", ha sottolineato come una personalità affettiva tenda a sviluppare episodi melanconici sulla base di tratti anancastici premorbo predisponenti.

Il concetto di stato misto, introdotto da Kraepelin^{8,9}, con il termine "stati misti" (*Mischzustaende*), descrisse disturbi caratterizzati dalla coesistenza di aspetti contropolari della psicosi maniaco-depressiva, differenziandoli dai rapidi cambiamenti di fase e dalle transitorie combinazioni di sintomi depressivi e maniacali nel corso dell'una o dell'altra fase affettiva, delineandone due tipi fondamentali: gli stati maniacali con blocco psicomotorio (stupore maniacale) e gli stati misti depressivi con eccitamento (eccitamento con depressione).

Per Kraepelin come per Weygandt⁵, gli stati misti rappresentano la pietra miliare della malattia maniaco-depressiva ed è nell'elaborazione di Weygandt⁵ che sono state individuate le innumerevoli "forme di passaggio" fra mania e depressione a configurare un importante polimorfismo sintomatologico.

Dalla commistione dei tre ambiti funzionali, di segno opposto, fondamentali della psiche (umore, psicomotricità, corso del pensiero) possono derivare sei forme di stato misto (mania con furore, eccitazione con depressione, mania improduttiva o povera di idee, stupore maniacale, depressione con fuga delle idee, arresto maniacale), ma infinite sono le possibilità di miscela maniaco-depressiva. Questa variabilità non esaurisce le possibilità espressive degli stati misti, caratterizzate da un continuum in cui è praticamente impossibile tracciare un confine netto tra forme miste e quadri più o meno puri.

Sulla base dell'osservazione clinica, Kraepelin¹⁰ e Weygandt⁵ delineano una ipotetica presentazione cronolo-

gica degli stati misti che all'inizio della storia psicopatologica del paziente tendono a presentarsi come interruzioni o stadi di transizione tra le forme di mania e di depressione e successivamente come fasi di malattia più lunghe che possono farsi sempre più prevalenti rispetto ai quadri puri, per manifestarsi infine come "attacchi" che dominano l'intero episodio morboso.

Agli "stati misti" (*Mischzustaende*), intesi come copresenza sincronica di sintomi depressivi e maniacali, nella accezione kraepeliniana e weygandtiana, la scuola di Amburgo⁵ affianca i "quadri misti" (*Mischbilder*) nei quali la copresenza di sintomi di opposta polarità è dovuta al loro rapido alternarsi (nello spazio di minuti o di 1-2 ore). I quadri misti che fanno parte dei disturbi bipolari si manifestano nel decorso di una fase maniacale o depressiva o come episodi autonomi in soggetti con una storia di tipici disturbi bipolari.

L'elevata prevalenza ed importanza degli stati misti nel quadro del disturbo bipolare e della depressione monopolare sono stati negli ultimi anni sottolineati da numerosi studi, in particolar modo, di Benazzi¹¹⁻¹⁸.

Obiettivo

Obiettivo della review è quello di sottolineare la fondamentale importanza del temperamento nel concetto di spettro bipolare (che abbraccia una vasta costellazione sintomatologica includente le manifestazioni sottosoglia). Oltre a fornire una breve panoramica su alcuni degli strumenti utili per l'assessment, il presente lavoro si propone anche di evidenziare la necessità, nella pratica quotidiana del clinico, di non sottostimare tratti o sintomi che spesso possono apparire sfumati nel paziente. Tale comportamento aumenta infatti esponenzialmente il rischio di misconoscimento della diagnosi di disturbo bipolare nonché la possibilità di ricadute e swith maniacali (queste ultime favorite dall'utilizzo improprio e spesso troppo tempestivo di farmaci antidepressivi, di sovente somministrati anche per prolungati periodi di tempo).

Metodi

La ricerca è stata condotta da due investigatori indipendenti (D. Harnic e M. Mazza). Sono stati consultati i seguenti database: PubMed, BioMedCentral, ISI Web of Science, PsycINFO. Le parole chiave utilizzate sono: disturbo bipolare; spettro; temperamento; sintomi sottosoglia. I criteri di inclusione comprendono tutte le pubblicazioni dal 1950 al 2010, con particolare attenzione per le review. Sono stati inclusi nel presente lavoro solo i contributi ritenuti più significativi e completi. L'obiettivo di questo lavoro non è quello di condurre una review sistematica della letteratura ma di fornire una rassegna completa ma sintetica del legame tra temperamento e spettro bipolare.

La validità del temperamento impiegato come ausilio diagnostico nei disturbi dell'umore

Il temperamento è "la disposizione affettiva fondamentale e caratteristica di ogni persona, il tono emotivo di fondo che precede l'esperienza e ad essa predispone" ¹⁹. Il temperamento racchiude in sé gli elementi ereditari costituzionali e quindi rappresenta la matrice biologica caratteristica di ogni persona, a cui si aggiunge il carattere costituito dalle risposte "adattative" acquisite dalla vita esperienziale a delineare la personalità la quale, di conseguenza, può essere definita come il risultato di interazioni tra fattori costituzionali e acquisiti. L'ipotesi che il tipo di temperamento possa predisporre o costituire un fattore di rischio o servire come substrato per lo sviluppo di una psicopatologia manifesta, è stato confermato anche dai risultati di vari studi clinici ²⁰⁻²³. La letteratura classica e quella più recente oltre agli studi empirici, sperimentali e sistematici, dimostrano come i temperamenti affettivi ²⁴ possano essere considerati strumenti validi per identificare la vulnerabilità ai disturbi dell'umore.

Negli ultimi anni l'attenzione al temperamento e la relazione esistente fra i tratti temperamentali e i differenti quadri psicopatologici, è diventata oggetto sempre più frequente di studio e approfondimento.

Il temperamento regola la spinta all'iniziativa, caratterizza le differenti risposte individuali e favorisce l'adozione di modelli comportamentali adeguati alle circostanze, determinando diversi stili di reazione agli stimoli, diversi livelli di reattività, slancio vitale e strutturazioni cognitive ¹⁹.

In contrapposizione alla concezione dicotomica che, fino a tempi relativamente recenti, considerava la mania e la depressione come due unità distinte e separate, Akiskal ^{25,26} ha postulato un "continuum" psicopatologico tra temperamento e disturbi affettivi che mostra da un lato le manifestazioni affettive sottosoglia, le presentazioni subcliniche dei disturbi dell'umore e i temperamenti e dall'altro le forme affettive più severe come il disturbo bipolare I (DBI), la depressione maggiore e la depressione minore, il disturbo bipolare di tipo II e, potenzialmente, anche altri disturbi della sfera affettiva non ancora riconosciuti ufficialmente come il disturbo bipolare di tipo III e IV ^{27,28} o la depressione agitata ^{29,17}. Prima la depressione era suddivisa in varie forme di cui alcune venivano inglobate nelle patologie ansiose, mentre le forme maniacali erano spesso assimilate alla schizofrenia. Akiskal invece ha ridefinito il concetto kraepeliniano di stati fondamentali, introducendo il concetto di "spettro bipolare" o "soft bipolar spectrum" ²⁴ e, in tempi recenti, aggiungendo ai temperamenti classici quali quello depressivo, ipertimico, irritabile e ciclotimico ³⁰ anche il temperamento ansioso ³¹. Il temperamento quindi nelle sue varianti estreme può rappresentare una manifestazione attenuata della

dimensione psicopatologica, assumente dunque una rilevanza clinica decisiva per lo specialista ³².

Il temperamento possiede una matrice genetica che si manifesta sin dai primi anni di vita, la cui espressione è condizionata tra l'altro da fattori ambientali, e può cambiare soprattutto in epoca giovanile, come è stato sottolineato da Placidi et al. ³³, i quali hanno approfondito l'osservazione della stabilità dei tratti temperamentali. In un campione di 206 studenti italiani delle scuole medie superiori con un'età compresa tra i 14 e i 18 anni monitorati per due anni, Placidi et al. hanno evidenziato che i temperamenti depressivo, ipertimico e ciclotimico mostrano una discreta stabilità nel tempo. Il temperamento ciclotimico sembra essere il più stabile e il fattore predittivo migliore per la stabilità di questo temperamento, risulta essere il sesso maschile. Il temperamento ciclotimico, inoltre, caratterizzato da oscillazioni tra polo depressivo e polo ipomaniacale, rappresenterebbe un fattore di rischio per lo svilupparsi della depressione unipolare o bipolare ³⁴. In un campione non clinico di 1010 studenti, ossia senza alcuna diagnosi psichiatrica maggiore, è stata indagata se la presenza di tratti temperamentali estremi possa predisporre i soggetti allo sviluppo di problemi affettivi e comportamentali. È così stato osservato che i soggetti ciclotimici riportavano il numero più alto di problemi e inoltre che il temperamento ciclotimico era frequentemente associato a disturbi di tipo ansioso, ansia di separazione, disturbi della condotta alimentare nelle ragazze e comportamenti di tipo impulsivo, aggressivo o antisociale nei ragazzi ^{30,35}.

Ricostruendo la storia dei pazienti affetti da disturbi dell'umore, i tratti temperamentali possono essere evidenziati già nel periodo premorbo e persistono anche negli intervalli liberi del disturbo. È stato anche rimarcato come fosse frequente la presenza di caratteristiche temperamentali simili in parenti biologici di pazienti affetti da disturbi dell'umore ¹⁹.

In uno tra gli studi più recenti è stato valutato il ruolo del temperamento ipertimico nella genesi del DBI, suggerendo che l'ipertimia sia l'espressione più mite della bipolarità nei parenti sani di pazienti affetti da DBI ³⁶. Quindi, nell'ottica del *soft bipolar spectrum*, la presenza, nei pazienti affetti da forme depressive, di un temperamento affettivo dominante di tipo ciclotimico o ipertimico, può costituire un segnale per un futuro sviluppo in senso bipolare del disturbo. Diversi studi indicano difatti come tali pazienti vadano più frequentemente incontro a episodi di tipo maniacale/ipomaniacale e siano pertanto da considerare, da subito, appartenenti a un sottotipo "soft" di disturbo bipolare. Akiskal e Perugi sono tra gli studiosi più meritevoli per aver sottolineato come il temperamento possa influenzare l'espressione fenomenica con cui si presentano le fasi maniacali o ipomaniacali. Ad esempio, un temperamento ciclotimico porterebbe al prevalere di

irritabilità, disforia e comportamenti a rischio in pazienti affetti da disturbo bipolare di tipo II; un temperamento ipertimico porterebbe alle manifestazioni più estreme euforico-paranoidi dell'eccitamento maniaco e un temperamento depressivo porterebbe a forme miste maniaco-depressive. Koukopoulos et al.²² hanno osservato una stretta correlazione tra temperamento e ciclicità della manifestazione del disturbo bipolare e anche tra il temperamento e la sequenza del ciclo maniaco-depressivo, sottolineando che, in particolar modo nei pazienti con disturbo bipolare di tipo II, vi sono numerosi pazienti che soffrono di grave depressione ma presentano solo segni di ipomania. In essi più frequentemente la sequenza del ciclo è rappresentata da depressione-ipomania-intervallo. Di tutti i pazienti bipolari di tipo II, più della metà sviluppa nel tempo un andamento circolare continuo³⁷ e il temperamento prevalente sembra essere o quello ipertimico o quello ciclotimico³⁸ mentre nei pazienti bipolari di tipo I, in cui prevale il ciclo Mania-Depressione-Intervallo³⁷, risulta preponderante il temperamento ipertimico, ricco di energia e iperattività ma con maggiore stabilità dell'umore durante l'intervallo libero³⁸. Solo il 25% di essi diventa circolare continuo³⁷. Una piccola parte dei pazienti affetti da DBI ha un temperamento premorbo di tipo distimico e spesso soffre di manie disforiche miste³⁹. Il temperamento ciclotimico sembra essere il più sensibile indicatore di disturbo bipolare di tipo II⁴⁰ e, più in generale, quello che correla con maggior significatività con il *soft bipolar spectrum*⁴¹. Rappresenterebbe inoltre il solo temperamento che si dimostra significativo nella familiarità del disturbo bipolare³⁶. In aggiunta, valutando la labilità emotiva come un tratto temperamentale, Akiskal et al.⁴² hanno osservato che essa rappresenta il fattore predittivo a più alta specificità (86%) nel passaggio "switch" dalla depressione unipolare alla forma bipolare di tipo II.

Integrazione del concetto di temperamento nelle manifestazioni sottosoglia: campanello d'allarme degli episodi affettivi?

Le manifestazioni sottosoglia possono essere definite come manifestazioni parziali ed attenuate di un disturbo psichiatrico che, per la loro gravità e durata, non soddisfano i criteri diagnostici di una patologia psichiatrica conclamata³². Il concetto di spettro delle manifestazioni sottosoglia si basa sull'impiego di singoli sintomi-criterio del DSM come punto di partenza per estendere la descrizione, data dal DSM, ai fenomeni clinici circostanti. Questi includono le caratteristiche come i sintomi, i tratti comportamentali disadattativi e le caratteristiche temperamentali che non appaiono nel manuale. La valutazione di spettro genera dunque un profilo dimensionale che si oppone alla diagnosi categoriale. Il modello di spettro

implica quindi la distribuzione delle caratteristiche psico-patologiche lungo un continuum nel quale talvolta, anche un solo sintomo, può essere importante e non trascurabile (www.spectrum-project.org). Ciò implica quindi l'incorporamento di una costellazione sintomatologica sfumata costituita da tratti temperamentali, di personalità, comportamentali, stili di vita, di adattamento e di fronteggiamento a situazioni esterne potenzialmente disfunzionali e da soggetti con familiarità per disturbo bipolare. Abbraccia anche molteplici condizioni che vanno dal disturbo schizoaffettivo agli stati misti^{43 44}, alla depressione, alla ipomania farmacologica, alla ciclotimia o al temperamento ipertimico oltre ai quadri caratterizzati da rapida ciclicità⁴⁵⁻⁴⁷.

Gli spettri dei differenti disturbi appaiono di fondamentale importanza per cogliere in maniera più specifica e precoce i prodromi psicopatologici dei relativi disturbi, codificati secondo i sistemi categoriali del DSM-IV⁴⁸ che risultano troppo rigidi e restrittivi rispetto alla fenomenologia clinica osservata dagli specialisti. Cassano et al.⁴⁹ in accordo con quanto osservato già in precedenza da Akiskal e Pinto²⁸, hanno sottolineato come vi siano un cospicuo numero di pazienti definiti come unipolari che manifestano, a seguito di un'accurata anamnesi, anche sintomi ipomaniacali lievi. Pertanto, in contrapposizione con la concezione dicotomica di depressione unipolare-bipolare, essi sostengono il beneficio di un approccio continuo e unitario alla valutazione dei sintomi sia depressivi che maniacali/ipomaniacali, conglobati sotto un unico ventaglio fenomenologico che è appunto il concetto di spettro dell'umore. Cassano et al.⁴⁹ hanno anche messo in evidenza come pazienti con depressione maggiore ricorrente senza episodi ipomaniacali ben distinti nell'arco della vita, possano comunque riportare sintomi maniacali/ipomaniacali, nel corso della stessa, che sarebbero correlati col numero di sintomi depressivi verificatisi complessivamente. Le fluttuazioni dell'umore, sia in senso depressivo che maniaco, sono consuete e nella depressione monopolare e in quella bipolare, come rimarcato anche da Koukopoulos et al.⁵⁰.

Le manifestazioni maniacali sottosoglia sono state definite in una miriade di modi differenti, includenti tra l'altro i termini: tenui, lievi, parziali, incomplete, moderate, atipiche, subliminali e attenuate. Nessuna di queste terminologie che potrebbero apparire persino inaccurate e fuorvianti, è stata in grado di abbracciare l'intera gamma di sfumature sintomatologiche attraverso cui possono esprimersi le manifestazioni maniacali⁵¹. Come ha messo in luce anche Angst⁵², le sindromi sottosoglia frequentemente necessitano di essere trattate farmacologicamente e non dovrebbe essere sottovalutata nemmeno la severità del decremento della qualità della vita e conseguentemente dell'outcome sociale che queste situazioni hanno nei pazienti. C'è ancora oggi un'attenzione relativamente

minore alle manifestazioni subsindromiche della mania/ipomania rispetto a quelle depressive, il che induce un potenziale pericoloso ritardo nella diagnosi e conseguentemente nella prognosi⁵¹.

La terminologia utilizzata prima nell'ICD-10 e poi nel DSM-IV ha comunque messo in evidenza l'importanza di un'ampia gamma di manifestazioni della sofferenza umana che erano state ignorate per gran parte del ventesimo secolo. Anche la concettualizzazione della distimia, come variante sottosoglia dei disturbi dell'umore – rientrando nell'ambito di un disturbo di spettro depressivo – ha avuto un impatto di larga portata sulle abitudini dei clinici di tutto il mondo^{26 53}. La mania, per esempio, potrebbe rappresentare sia un'estensione di tratti ipertimici sia un'inversione di tendenza da un temperamento di base di tipo distimico³⁹. La distimia e la ciclotimia spesso precedono gli episodi affettivi maggiori; inoltre come atteso esse sono prevalenti nella progenie di genitori affetti da disturbi dell'umore. Spesso il temperamento depressivo, la tristezza e la labilità emotiva conducono ad attriti interpersonali, difficoltà in campo lavorativo, abuso di alcol e di sostanze²⁶.

La classificazione dei disturbi bipolari secondo Akiskal

Nel 1999 Akiskal e Pinto⁵⁴ hanno proposto una classificazione schematica delle differenti forme di spettro bipolare, evidenziando almeno sette diversi sottotipi categoriali (Tab. I). Questa schematizzazione avrebbe dovuto sostituire l'attuale sistema di classificazione dei disturbi bipolari nel DSM-V che uscirà nel 2012 ma alla fine non è stata accettata. La nuova proposta di classificazione è presente sul sito dell'APA (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/MoodDisorders.aspx>).

Nel sistema categoriale inizialmente proposto da Akiskal la gravità delle fasi di eccitamento non raggiunge mai l'intensità della mania o dello stato misto, ma, pur variando nella durata e nell'espressione sintomatologica, rimane

sempre ad un livello ipomaniacale o subclinico. La forma caratterizzata da depressione e temperamento ipertimico (bipolare di tipo 4) è considerata la forma più stabile ed attenuata di ipomania ma è quella sulla quale attualmente sono anche pubblicati il minor numero di dati.

Perugi et al.⁶ hanno studiato la rappresentazione di "spettro" utilizzando l'accezione, con la quale è stato inizialmente introdotto in psichiatria, di insieme di sindromi clinicamente differenti ma sottese da un fattore comune. Lo "spettro bipolare attenuato"²³, spiegano gli autori, è strutturato essenzialmente attorno al disturbo bipolare di tipo II ed è nell'ambito di questo spettro di sindromi cliniche, correlate fra loro e caratterizzate da una combinazione complessa di disturbi dell'umore, d'ansia e del controllo degli impulsi, che si suppone che l'instabilità temperamentale di tipo ciclotimico rappresenti il fattore comune sottostante. A questa formulazione andrebbero aggiunti anche alcuni disturbi della condotta alimentare, soprattutto quelli che implicano comportamenti impulsivi come per esempio le abbuffate e le condotte eliminatorie, e alcuni disturbi da uso di sostanze. Sempre Perugi et al.⁵⁵ aggiungono che i soggetti appartenenti allo "Spettro bipolare II" rappresentano la manifestazione di disturbo dell'umore più comune, ma spesso non sono diagnosticati e solitamente vengono gestiti in maniera inappropriata da un punto di vista terapeutico. Indubbiamente, la difficoltà maggiore nella diagnosi di disturbo bipolare è collegata alle difficoltà nel riconoscere le fasi espansive attenuate. L'identificazione dell'ipomania è il punto cruciale nella definizione dello spettro bipolare II e frequentemente risulta sottostimata anche a causa di una carente raccolta anamnestica e della mancanza del coinvolgimento di familiari o osservatori esterni. Inoltre sembra che anche la soglia di durata di 4 giorni, stabilita dal DSM-IV, sia riduttiva, manifestandosi i disturbi dello spettro bipolare, di sovente, anche per solo 1-3 giorni. È dunque evidente che in questo modo vengono escluse dalla diagnosi le forme più comuni di ipomania.

TABELLA I.

Spettro bipolare di Akiskal e Pinto (1999). *Akiskal and Pinto's bipolar spectrum (1999)*.

Bipolare I	Depressione e mania
Bipolare I e 1/2	Depressione e ipomania protratta
Bipolare II	Depressione e ipomania
Bipolare II e 1/2	Depressione e ciclotimia
Bipolare III	Depressione e ipomania farmaco-indotta
Bipolare III e 1/2	Bipolarità associata all'uso di sostanze stimolanti
Bipolare IV	Depressione e temperamento ipertimico

Alcuni degli strumenti per l'assessment del temperamento e dello spettro dell'umore

È a motivo dei problemi finora discussi, per quanto riguarda i disturbi dell'umore e le manifestazioni sottosoglia ad essi collegate, che alcuni dei ricercatori e psichiatri più esperti hanno studiato a fondo gli argomenti sopraesposti, impegnandosi a produrre degli strumenti che possano aiutare il clinico, nella pratica quotidiana, ad individuare tutte le dimensioni più sfumate dei disturbi affettivi. Sono nati in tal modo dei test che, cogliendo aspetti talvolta complementari e talvolta sovrapponibili dei disturbi psichiatrici, vengono impiegati sia nel campo della ricerca che nel campo della clinica, per cogliere nella maniera

più dettagliata possibile le multiformi espressioni delle manifestazioni sintomatologiche proposte dai pazienti.

Per lo studio del temperamento è stato validato un test diventato successivamente uno degli strumenti più accreditati e utilizzati nei lavori scientifici della letteratura sull'argomento, per valutare i temperamenti affettivi: la *Temperament Evaluation Memphis*, Pisa, Paris e San Diego (TEMPS-A)⁵⁶. È un test autosomministrato, sotto forma di questionario, ideato e messo a punto da Akiskal e dai suoi collaboratori^{24 56 57}. Tale strumento è composto da 110 item a risposta dicotomica vero/falso necessari per quantificare e determinare il temperamento in riferimento all'intera vita del paziente psichiatrico. La prima versione conteneva 84 item, valutanti la distimia (item 1-22), la ciclotimia (item 23-42), l'ipertimia (item 43-63) e l'irritabilità (item 64-84). A questi, in seguito, sono stati aggiunti 26 nuovi item (item 85-110) descrittivi del temperamento ansioso. In questo modo si è arrivati alla versione completa della TEMPS-A come oggi la si conosce⁵⁸. Nel 2008 è stata eseguita la validazione della versione completa della TEMPS (TEMPS-A), con la traduzione in italiano di tutti i 110 item dell'intervista. Questo lavoro è stato compiuto da Pompili et al.⁵⁹ presso l'Ospedale Sant'Andrea di Roma.

Oltre al TEMPS, un altro importante mezzo impiegato per la valutazione del temperamento è la TCI-R, *Temperament and Character Inventory – Revised version*, ideato da Cloninger^{60 61}.

Cloninger ha individuato quattro dimensioni temperamentali e 3 caratteriali. Le quattro temperamentali sono:

1. *Novelty Seeking* (NS): tendenza verso l'allegria o l'eccitamento marcati in risposta a stimoli nuovi o a prospettive di gratificazioni o di esitamento delle punizioni, tendenza all'attività esplorativa, alla ricerca di potenziali gratificazioni così come all'evitamento attivo della monotonia e della potenziale punizione, all'impulsività decisionale, alla scarsa resistenza alle frustrazioni. Si può anche descrivere come un bisogno quasi compulsivo di sensazioni nuove, comportamento esplorativo, ricerca del rischio, impulsività, anticipazione della gratificazione, evitamento della frustrazione, sensibilità a stimolazioni intense, ed elevata soglia dell'aurosal. La conseguenza è rappresentata da volubilità decisionale ed improvvisi scoppi di collera. I soggetti con punteggio elevato alla NS sono dunque curiosi, impulsivi, stravaganti e disordinati;
2. *Harm Avoidance* (HA): tendenza a rispondere intensamente a segnali di stimoli avversivi, così come ad imparare ad inibire il comportamento per evitare la punizione, le novità (paura dell'ignoto) e la frustrante mancanza di gratificazione, scarsa resistenza agli stress fisici, tendenza all'anticipazione pessimistica. È quindi la tendenza ereditaria ad imparare ad evitare le punizioni, le novità e le frustrazioni; comporta la

preoccupazione pessimistica per l'anticipazione di problemi futuri ed un rapido affaticamento. Implica preoccupazione per le possibili conseguenze delle proprie azioni e rappresenta la polarità opposta all'impulsività. È indice di cautela ed apprensività con insolita sensibilità alle critiche ed alle punizioni. Associa bassi livelli di energia e tendenza ad essere cronicamente stanchi o affaticati. I soggetti con punteggio elevato alla HA quindi sono incerti, socialmente inibiti, caratterizzati da tratti di passività e timidezza;

3. *Reward Dependence* (RD): tendenza ereditaria a rispondere intensamente a segnali di gratificazione (come segnali verbali di approvazione sociale, affettiva e di aiuto), a mantenere comportamenti che sono stati associati a gratificazioni o all'evitamento della punizione; eccessivo attaccamento sociale, dipendenza dall'approvazione. È descritta come quasi una sorta di sentimentalismo, attaccamento sociale e dipendenza dall'approvazione altrui. Implica preoccupazione per la reazione delle altre persone al proprio comportamento. È indice di sensibilità ai segnali sociali e di socievolezza. I soggetti che mostrano punteggio elevato a questa dimensione sono: sensibili, socialmente dipendenti, sentimentalisti;
4. *Persistence* (P): definita come la perseveranza nonostante la fatica e la frustrazione. Rappresenta la determinazione nel raggiungimento degli obiettivi. È indice di ambizione e di perfezionismo che spingono lavorativamente ben oltre i limiti comuni. I soggetti con punteggi elevati sono: gran lavoratori, perseveranti, ambiziosi.

Le dimensioni del carattere invece sono:

1. *Self-Directedness* (SD): è l'autodirettività costituita in rapporto alla identificazione di sé stesso come individuo autonomo. Ha come concetto di base la forza di volontà, la capacità del soggetto di controllare, regolare e adattare il comportamento nella maniera ottimale per l'individuo, e per il raggiungimento degli obiettivi. È considerata la determinante principale della presenza o assenza di disturbi della personalità. Si definisce come il senso di responsabilità, del coping adattivo; la mancanza è indice frequente di disturbi della personalità. Nei soggetti con punteggi elevati indica: grande abilità nell'adattare i propri comportamenti alle scelte, grande realismo nel valutare i fatti e gli obiettivi possibili. Nei soggetti con basso punteggio indica: irresponsabilità, inaffidabilità e l'essere inconcludenti;
2. *Cooperativeness* (C): esprime tolleranza sociale, empatia, disponibilità all'aiuto, alla compassione. Una bassa C è presente in tutte le categorie di disturbi di personalità. Si descrive come accettazione degli altri e senso di appartenenza ad una realtà esterna. Nei soggetti con punteggi elevati indica: empatia, tolle-

ranza, disponibilità, forti principi morali. Nei soggetti con basso punteggio indica: criticità, intolleranza, vendicatività, opportunismo;

3. *Self-Transcendence* (ST): si riferisce all'identificazione con un insieme generale, una coscienza unitaria, nella quale ogni cosa è parte di una totalità; questa prospettiva può essere descritta come accettazione, identificazione o unione spirituale con la natura e con la sua origine. Essa è più bassa nei pazienti psichiatrici (indipendentemente dalla presenza o meno di disturbi della personalità) rispetto alla popolazione generale. È l'accettazione spirituale, il bisogno di trascendenza, di sentirsi parte dell'universo e di unione spirituale con la natura. Nei soggetti con basso punteggio indica: l'essere pratici, materialisti e autocoscienti.

Nel TCI-R i disturbi di personalità sono correlati ai tratti del carattere ed in particolare a bassi valori nella *Self-Directedness*, nella *Cooperativeness* e ad altri valori nella *Self-Transcendence*.

Bassi valori della *Self-Directedness* indicano difficoltà nell'accettazione delle responsabilità, mancanza di obiettivi a lungo termine, bassa autostima, lotta con la propria identità ed altro, tipici di individui con disturbo di personalità. Usualmente questi individui hanno anche una bassa *Cooperativeness*, per esempio tendono ad essere intolleranti con gli altri, inutili, vendicativi, eticamente opportunisti.

La *Self-Transcendence* è correlata con sintomi del disturbo di personalità borderline, narcisista, istrionico, schizotipico e paranoico. Al contrario, quando è unito con alta *Self-Directedness* e *Cooperativeness*, un'alta *Self-Transcendence* indica maturità, spiritualità e creatività piuttosto che una psicopatologia. Individui con *Harm Avoidance* alta e/o *Novelty Seeking* alta mostrano un rischio elevato di sviluppare un disturbo di personalità, mentre quelli con *Reward Dependence* alta sono come "protetti" contro i disturbi di personalità.

Il *Temperament and Character Inventory*⁶² è un questionario di autovalutazione che, nella sua versione più completa, risulta composto da 240 item. Di questi, 116 esplorano i quattro tratti temperamentali (NS, HA, RD e P), 119 valutano i tre tratti del carattere (SD, C e ST) e 5 sono indicatori della presenza di disturbi di personalità⁶⁰⁻⁶².

Vi sono differenti versioni del TCI. Il *Temperament and Character Inventory – Revised version*, è stato tradotto in italiano⁶³ dalla versione recentemente rivisitata e corretta da Cloninger⁶⁴ che vi ha apportato due fondamentali modifiche. La prima è che il TCI originale è un questionario con risposta dicotomica vero/falso, mentre nel TCI-R bisogna rispondere ad una scala Likert a 5 punti in modo da migliorare la precisione della valutazione e misurazione delle sottoscale. La seconda è che nella versione originale, la persistenza è stata valutata per mezzo di una breve scala mentre nel TCI-R, tale dimensione ha ben 35

item e 4 sottoscale in modo da perfezionare la sua descrizione e agevolarne una più precisa misurazione⁶³.

In ambito clinico il TCI-R viene utilizzato per pianificare trattamenti individualizzati di natura farmacologica per il temperamento e, di natura psicoterapeutica per il carattere; i punteggi ottenuti nel test vengono discussi con il paziente per identificare le sue reazioni comportamentali automatiche (temperamento) e le rappresentazioni cognitive che egli ha di sé e degli altri (carattere).

Il TCI viene utilizzato anche per correlare le dimensioni del temperamento e del carattere a molte condizioni di stress psicologico e a varie condizioni di franca patologia psichiatrica. Tra queste un ruolo di particolare rilievo assumono i disturbi correlati all'ansia e alla depressione.

Per quanto riguarda gli strumenti impiegati per la valutazione delle manifestazioni sottosoglia è necessario sottolineare il progetto di spettro ideato da Cassano per rimarcare l'esistenza di differenti espressioni psicopatologiche, rilevanti sia da un punto di vista clinico che di ricerca, che possono presentarsi accanto a ciascun disturbo descritto dal DSM-IV. Il *Collaborative Spectrum Project* ha lo scopo di definire le condizioni sottosoglia e atipiche che non rientrano o non sono sufficienti a descrivere con la nomenclatura diagnostica corrente la complessità e l'articolazione attraverso cui si dispiegano i disturbi dell'umore. Dopo aver condotto gli studi di validazione delle interviste cliniche strutturate, sono stati costruiti i corrispondenti strumenti di autovalutazione che il paziente può compilare da solo. La valutazione dello spettro impiega i singoli sintomi (corrispondenti ai criteri del DSM) come punto di partenza ed estende la descrizione di tali criteri all'"alone" dei fenomeni clinici circostanti. Essi includono i sintomi, i tratti comportamentali disadattativi e le caratteristiche temperamentali che non appaiono nel manuale (www.spectrum-project.net). Secondo il modello di spettro, ogni disturbo possiede delle caratteristiche che si estendono lungo un continuum nel quale anche un singolo sintomo può essere fondamentale nell'osservazione della situazione clinica globale del paziente, rivelando tra l'altro stati e condizioni che facilmente possono passare inosservati. Tra questi menzioniamo il GSM-V (*General Spectrum Mood*) che consente la valutazione di cinque condizioni di spettro: disturbo di panico-agorafobia, disturbi dell'umore, fobia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi della condotta alimentare. Il GSM-V sembra essere in grado di fornire una valida alternativa all'uso delle cinque, più lunghe, interviste cliniche, oppure può essere impiegato come metodo di screening per identificare la presenza di condizioni di spettro clinicamente significative (www.spectrum-project.net); il MOOD-SR-LIFETIME che valuta i disturbi dell'umore che parte dall'assunto che essi comprendano due quadri clinici fondamentali antitetici (depressione e mania), a cui si aggiungono una varietà di

condizioni intermedie in cui sono contemporaneamente presenti elementi dell'uno e dell'altro quadro, a definire i cosiddetti stati misti. Il modello di spettro aiuta a cogliere, affianco ai sintomi caratteristici dei disturbi affettivi, anche aspetti psicopatologici quali sintomi, segni, tratti temperamentalmente e caratteristiche personologiche che rappresentano manifestazioni sottosoglia, atipiche o sintomi isolati che possono precedere, accompagnare o seguire la fenomenica clinica (www.spectrum-project.net); la PAS-SR-LIFETIME per lo spettro panico-agorafobico che comprende i criteri diagnostici descritti dal DSM-IV accanto a segni, sintomi atipici, tratti e caratteristiche temperamentalmente che possono presentarsi con il disturbo conclamato, precedere o far seguito alla sua piena espressione (www.spectrum-project.net); la SHY-SR-LIFETIME per la fobia sociale. Gli strumenti dello spettro social fobico comprendono i criteri diagnostici e le caratteristiche associate del disturbo così come descritte dal DSM-IV accanto a segni, tratti, caratteristiche temperamentalmente che possono presentarsi durante il disturbo conclamato, precederlo o farne seguito. Questi aspetti possono interferire con la presentazione e la prognosi di altri disturbi di Asse I (www.spectrum-project.net). Anche l'OBS-SR-LIFETIME per lo spettro ossessivo-compulsivo considera le diverse espressioni cliniche del disturbo ossessivo-compulsivo come appartenenti ad uno stesso retroterra psicopatologico e integra i sintomi tipici e atipici del disturbo, descritti dal sistema categoriale, con segni, tratti e caratteristiche temperamentalmente che costituiscono un alone che circonda il disturbo conclamato e può precedere o far seguito alla sua piena espressione. Questa vasta fenomenica può manifestarsi da sola o interferire con le caratteristiche cliniche e il decorso di altri disturbi di Asse I (www.spectrum-project.net). Discorso analogo vale per la SCI-PSY-SR sul modello di spettro che enfatizza la presenza di segni e sintomi isolati, sindromi sottosoglia e tratti temperamentalmente o di personalità. Lo spettro delle psicosi valuta un continuum psicopatologico che comprende ad un estremo le forme lievi ed attenuate, all'altro i disturbi conclamati (disturbi dell'umore con manifestazioni psicotiche, le psicosi schizoaffettive e deliranti e, in ultimo, la schizofrenia), passando attraverso i disturbi di personalità (in particolare quelli del cluster A, l'evitante e il borderline) (www.spectrum-project.net).

Negli ultimi anni, la letteratura scientifica sta studiando e tentando di dimostrare la presenza di caratteristiche temperamentalmente o di sintomi sottosoglia che predispongono o in qualche misura accompagnano i disturbi dell'umore. Identificando precocemente la costellazione fenomenica sottosoglia nei pazienti affetti da disturbo bipolare è possibile infatti offrire degli strumenti prognostici e terapeutici più raffinati che favoriscono un miglioramento globale della qualità della vita del paziente.

Verosimilmente, i disturbi affettivi estendono le loro di-

mensioni oltre l'espressione della sola euforia o depressione, e sembrano includere, fra gli altri, stati come l'ansia, il panico, l'irritabilità e l'instabilità affettiva. Questa commistione sindromica, insieme ad altri dati rilevanti come l'età di esordio precoce, principalmente durante l'adolescenza, l'elevata ricorrenza degli episodi depressivi, l'aumentata frequenza di divorzi e/o separazioni, le difficoltà scolastiche e/o lavorative, gli atti "antisociali" isolati e l'abuso di sostanze, tendono a determinare una vita instabile, tempestosa e ricca di cambiamenti⁴².

Nell'ambito dello spettro bipolare, sembrano rientrare anche alcuni comportamenti impulsivi come quelli relativi al controllo della aggressività e degli istinti sessuali, le parafilie e il gioco d'azzardo patologico⁶⁵. Essi, come i disturbi bipolari, sono caratterizzati da comportamenti egosintonici, vissuti spesso come gratificanti ma dannosi o pericolosi, oltre ad essere contraddistinti anche da impulsività, scarso insight e instabilità affettiva. I pazienti che soffrono sia di disturbi del controllo degli impulsi che di disturbo bipolare riportano una stretta relazione e delle somiglianze tra la natura del loro comportamento impulsivo e la sintomatologia maniaco⁶⁶⁻⁶⁷.

Frequentemente ai disturbi dell'umore, in particolar modo alla depressione unipolare⁶⁸ si associano anche i disturbi della condotta alimentare⁶⁹⁻⁷⁰, mentre risulta relativamente più "trascurata" in letteratura l'associazione con i disturbi bipolari seppure nell'ambito di questi ultimi si sia osservata una maggiore correlazione con la bulimia⁷¹⁻⁷⁵.

Non da ultime risultano nell'ambito della diagnosi di spettro bipolare anche le comorbilità con l'abuso di alcool, oppiacei, ed altre sostanze psicostimolanti⁷⁶⁻⁷⁸.

Conclusioni

Nell'interpretare e diagnosticare le varie manifestazioni dello spettro bipolare, gli psichiatri si trovano, oggi, di fronte ad una delle sfide più importanti della pratica clinica quotidiana. Uno dei fattori che maggiormente complica questo compito, è rappresentato dall'instabilità temperamentale che, frequentemente, fa da sfondo allo spettro bipolare attenuato.

Negli ultimi anni l'attenzione al temperamento e la relazione esistente fra i tratti temperamentalmente e i differenti quadri psicopatologici, è diventata oggetto sempre più frequente di studio e approfondimento.

Il temperamento racchiude in sé gli elementi ereditari costituzionali e quindi rappresenta la matrice biologica caratteristica di ogni persona, a cui si aggiunge il carattere costituito dalle risposte "adattative" acquisite dalla vita esperienziale. Akiskal³⁴, che indubbiamente rappresenta uno tra gli studiosi più attenti negli ultimi decenni all'approfondimento dell'importanza del temperamento nello spettro dei disturbi affettivi, per primo ha postulato

un "continuum" psicopatologico tra temperamento e disturbi affettivi. Il temperamento in altre parole nelle sue varianti estreme può rappresentare una manifestazione attenuata della dimensione psicopatologica, che assume dunque una rilevanza clinica decisiva per lo specialista. La "disregolazione" temperamentale costituisce il fondamento patologico dei disturbi dell'umore e una sua alterazione, negli individui, riflette un'accentuata predisposizione a sviluppare un disturbo dell'umore. Nondimeno, in questi soggetti, l'alterazione del temperamento sembra essere associata ad un incrementato rischio di ricaduta²⁰ ed essere favorita dall'utilizzo improprio e spesso troppo repentino di farmaci antidepressivi⁷⁹.

È dalla necessità di mettere ordine in questa complicata e articolata situazione che riguarda il temperamento e le manifestazioni sottosoglia, racchiusi all'interno di dimensioni categoriali troppo rigide e statiche, che nasce anche l'esigenza di creare dei nuovi strumenti di valutazione che favoriscano una maggior determinazione nella diagnostica e nella psicofarmacoterapia psichiatrica.

Bibliografia

- 1 Starobinski J. *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*. Milano: Guerini e Associati 1990.
- 2 Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone 1921.
- 3 Kretschmer E. *Physique and character*. London: Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co, Ltd. 1936.
- 4 Kraepelin E. *Lectures on Clinical Psychiatry*. 3rd edn. New York: W Wood 1905.
- 5 Weygandt W. *Ueber die Mischzustaende des manisch-depressiven Irreseins*. Muenchen: Verlag LF Lehmann 1899 (trad. it. Maggini C, Salvatore P, Gerhard A, editors. *Su gli stati misti della psicosi maniaco-depressiva*. Pisa: Edizioni ETS 1995).
- 6 Perugi G, Traverso MC, Tusini G, Guazzelli M. *La depressione bipolare: diagnosi e trattamento farmacologico*. Aggiornamenti in Psichiatria (Suppl a Heroin Addict Relat Clin Probl) 2003;5(Suppl):3-31.
- 7 Tellenbach H. *Melancholie*. Berlino: Springer 1961 (trad. it. Roma: Il Pensiero Scientifico 1972).
- 8 Kraepelin E. *Psychiatrie*. 5th edn. Leipzig: Verlag JA Barth 1896.
- 9 Kraepelin E. *Psychiatrie*. 6th edn. Leipzig: Verlag JA Barth 1899.
- 10 Kraepelin E. *Psychiatrie*. 7th edn. Leipzig: Verlag JA Barth 1904.
- 11 Benazzi F. *Age at onset of bipolar II depressive mixed state*. Psychiatry Res 2001;103:229-35.
- 12 Benazzi F. *Depressive mixed state: testing different definitions*. Psychiatry Clin Neurosci 2001;55:647-52.
- 13 Benazzi F. *Depressive mixed state frequency: age/gender effects*. Psychiatry Clin Neurosci 2002;56:537-43.
- 14 Benazzi F. *Depressive mixed state: dimensional versus categorical definitions*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2003;27:129-34.
- 15 Benazzi F. *Is depressive mixed state a transition between depression and hypomania?* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254:69-75.
- 16 Benazzi F. *Depressive mixed state: a feature of the natural course of bipolar II (and major depressive) disorder?* Psychopathology 2004;37:207-12.
- 17 Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. *Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression)*. Eur Psychiatry 2004;19:85-90.
- 18 Benazzi F, Akiskal HS. *Psychometric delineation of the most discriminant symptoms of depressive mixed states*. Psychiatry Res 2006;141:81-8.
- 19 Maina G, Forner F, Rosso G, et al. *Caratteristiche temperamentali in un campione di 80 pazienti depressi*. Giorn Ital Psicopat 2003;9:157-62.
- 20 Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L, et al. *Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. 2. Toward a redefinition of bipolarity with a new semistructured interview for depression*. Psychopathology 1989;22:278-88.
- 21 Akiskal HS, Cassano GB, Musetti L, et al. *Psychopathology, temperament and past course in primary major depressions. 1. Review of evidence for a bipolar spectrum*. Psychopathology 1989;22:268-77.
- 22 Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, et al. *Endogenous and exogenous cyclicality and temperament in bipolar disorder: review, new data and hypotheses*. J Affect Disord 2006;96:165-75.
- 23 Tohen M, Bowden CL, Calabrese JR, et al. *Influence of subsyndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes*. Br J Psychiatry 2006;189:515-9.
- 24 Akiskal HS, Mallya G. *Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications*. Psychopharmacol Bull 1987;23:68-73.
- 25 Akiskal HS. *The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV*. J Clin Psychopharmacol 1996;16:S4-14.
- 26 Akiskal HS. *Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin*. J Affect Disord 2001;62:17-31.
- 27 Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. *Bipolar II with and without cyclothymic temperament: the "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity*. J Affect Disord 2003;73:49-57.
- 28 Akiskal HS, Pinto O. *Soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression*. In: Marneros A, Angst J, editors. *Bipolar disorders: 100 years after manic-depressive Insanity*. Dordrecht: Kluwer Academic 2000, pp. 37-62.
- 29 Koukopoulos A, Girardi P, Proietti R, et al. *Diagnostic and therapeutic considerations on agitated depression understood as a mixed affective state*. Minerva Psichiatri 1989;30:283-6.

- 30 Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, et al. *TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a non-patient population*. J Affect Disord 1998;51:7-19.
- 31 Akiskal HS. *Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type*. Acta Psychiatr Scand 1998;393(Suppl):66-73.
- 32 Castrogiovanni A, Goracci A, Di Simplicio MC, et al. *Temperamenti affettivi e spettri di psicopatologia sottosoglia in un campione di popolazione clinica*. Ital J Psychopathol 2005;11:295-305.
- 33 Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, et al. *A prospective study of stability and change over 2 years of affective temperaments in 14-18-year-old Italian high school students*. J Affect Disord 1998;51:199-208.
- 34 Akiskal HS. *Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research*. Adv Biochem Psychopharmacol 1995;49:99-112.
- 35 Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, et al. *The Semi-Structured Affective Temperament Interview (TEMPS-I). Reliability and psychometric properties in 1010 14-26 years old students*. J Affect Disord 1998;47:1-10.
- 36 Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, et al. *Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study*. J Affect Disord 2005;85:127-33.
- 37 Koukopoulos A, Reginaldi D, Laddomada P, et al. *Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment*. Pharmakopsychiatr Neuro-psychopharmacol 1980;13:156-67.
- 38 Akiskal HS, Kilzieh N, Maser JD, et al. *The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients*. J Affect Disord. 2006;92:19-33.
- 39 Akiskal HS, Hantouche EG, Bougeois ML, et al. *Gender, temperament and clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN)*. J Affect Disord 1998;50:175-86.
- 40 Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, et al. *Systematic clinical methodology for validating bipolar II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPI-DEP)*. J Affect Disord 1998;50:163-73.
- 41 Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. *Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum*. J Affect Disord 2003;73:39-47.
- 42 Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, et al. *Switching from 'unipolar' to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients*. Arch Gen Psychiatry 1995;52:114-23.
- 43 Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, et al. *A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands*. Arch Gen Psychiatry 1982;39:1157-1167.
- 44 Marneros A, Deister A, Rohde A. *The concept of distinct but voluminous groups of bipolar and unipolar diseases. I. Bipolar disease*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1990;240:77-84.
- 45 Angst J. *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder*. J Affect Disord 1998;50:143-151.
- 46 Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. *Heritable factors in the severity of affective illness*. Biol Psychiatry 1976;11:31-42.
- 47 Dunner DL, Patrick V, Fieve RR. *Rapid cycling manic depressive patients*. Compr Psychiatry 1977;18:561-566.
- 48 Andreoli V, Cassano GB, Rossi R. *DSM-IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*. 4th edn. Milano: Masson 2000.
- 49 Cassano GB, Rucci P, Frank E, et al. *The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach*. Am J Psychiatry 2004;161:1264-9.
- 50 Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, . *Cyclicality and manic depressive illness*. In: Marneros A, Angst J, editors. *Bipolar disorders*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic 2000, pp. 315-34.
- 51 Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, et al. *The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology*. J Affect Disord 1999;54:319-328.
- 52 Angst J. *Epidemiology of the bipolar spectrum*. Encephale 1995;21(Spec 6):37-42.
- 53 Akiskal HS, Cassano GB. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions*. New York: Guilford Press 1997.
- 54 Akiskal HS, Pinto O. *The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III e IV*. Psychiatr Clin North Am 1999;22:517-34.
- 55 Perugi G, Tusini G, Nassimbeni A, et al. *Il disturbo bipolare II: spettro clinico e sindromi correlate*. Giorn Ital Psicopat 2003;9:330-48.
- 56 Akiskal HS, Akiskal KK. *TEMPS: temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego*. J Affect Disord 2005;85:1-242.
- 57 Akiskal HS, Akiskal KK. *Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders*. In: Tasman A, Riba MB, editors. *Annual Review*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1992, pp. 43-62.
- 58 Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, et al. *TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament*. J Affect Disord 2005;85:45-52.
- 59 Pompili M, Girardi P, Tatarelli R, et al. *TEMPS-A (Rome): Psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid-and south Italy*. J Affect Disord 2008;107:63-75.
- 60 Cloninger CR. *A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal*. Arch Gen Psychiatry 1987;44:573-88.
- 61 Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. *A psychobiological model of temperament and character*. Arch Gen Psychiatry 1993;50:975-90.
- 62 Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, et al. *The Tem-*

- perament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use.* St. Louis, MO: Center for Psychology of Personality, Washington University 1994.
- ⁶³ Martinotti G, Mandelli L, Di Nicola M, et al. *Psychometric characteristic of italian version of the Temperament and Character Inventory-revised, personality, psychopathology, and attachment styles.* Compr Psychiatry 2008;49:514-22.
- ⁶⁴ Cloninger CR. *The Temperament and Character Inventory-Revised.* St. Louis, MO: Center for Psychology of Personality, Washington University 1999.
- ⁶⁵ McElroy SL, Pope HG Jr, Keck PE Jr, et al. *Are impulse-control disorders related to bipolar disorder?* Compr Psychiatry 1996;37:299-40.
- ⁶⁶ McElroy SL, Hudson JI, Pope H Jr, et al. *The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders.* Am J Psychiatry 1992;149:318-27.
- ⁶⁷ McCormick RA, Russo AM, Ramirez LF, et al. *Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment.* Am J Psychiatry 1984;141:215-8.
- ⁶⁸ Hatsukami DK, Mitchell JE, Eckert ED. *Eating disorders: a variant of mood disorders?* Psychiatr Clin North Am 1984;7:349-65.
- ⁶⁹ Cantwell DP, Sturzenberger S, Burroughs J, Salkin B, Green J.K. *Anorexia nervosa. An affective disorder?* Arch Gen Psychiatry 1977;34:1087-93.
- ⁷⁰ Swift WJ, Andrews D, Barklage NE. *The relationship between affective disorder and eating disorders: a review of the literature.* Am J Psychiatry 1986;143:290-9.
- ⁷¹ Ghadirian AM, Steiger H, Leichner PP. *A manic episode in the course of anorexia nervosa with bulimia.* Psychosomatics 1989;30:101-3.
- ⁷² Greenberg BR, Harvey PD. *Affective lability versus depression as determinants of binge eating.* Addict Behav 1987;12:357-61.
- ⁷³ Hsu LK, Clement L, Santhouse R. *Treatment of bulimia with lithium: a preliminary study.* Psychopharmacol Bull 1987;23:45-8.
- ⁷⁴ Kaplan AS, Garfinkel PE, Darby PL, et al. *Carbamazepine in the treatment of bulimia.* Am J Psychiatry 1983;140:1225-6.
- ⁷⁵ Simpson SG, al-Mufti R, Andersen AE, et al. *Bipolar II affective disorder in eating disorder inpatients.* J Nerv Ment Dis 1992;180:719-22.
- ⁷⁶ Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study.* JAMA 1990;264:2511-8.
- ⁷⁷ Winokur G, Turvey C, Akiskal H, et al, et al. *Alcoholism and drug abuse in three groups-bipolar I, unipolars and their acquaintances.* J Affect Disord 1998;50:81-9.
- ⁷⁸ Sonne SC, Brady KT. *Substance abuse and bipolar comorbidity.* Psychiatr Clin North Am 1999;22:609-27.
- ⁷⁹ Koukopoulos A, Caliri B, Tundo A, et al. *Rapid cyclers, temperament, and antidepressants.* Compr Psychiatry 1983;24:249-58.