

Il concetto di disturbo bipolare, in passato chiamato malattia maniaco-depressiva, affonda le sue radici nel lavoro dei medici greci del periodo classico; gli stati morbosi di depressione ed esaltazione erano già conosciuti ai medici e ai filosofi dell'era pre-ippocratica. In ogni caso, fu Ippocrate il primo a descrivere in maniera sistematica la mania e la melanconia, formulando la prima classificazione dei disturbi mentali, denominati: melanconia, mania e paranoia (Ippocrate, 1987).

“Melancolia” (da melas, che significa “nero”, e cholé, “bile”) si basava sulle teorie umorali di Alcmeone di Crotona e dei medici greci pre-ippocratici, che spiegavano i gravi stati di tristezza e altri disturbi mentali come un’interazione tra i liquidi corporei, in particolare la bile e il cervello.

L’etimologia del termine “mania” è di difficile individuazione a causa dei suoi molteplici significati.

Era utilizzato nella mitologia e nei poemi per descrivere diversi stati, in particolare per indicare la reazione di collera, rabbia ed eccitazione. Altri significati erano quelli di un disturbo biologicamente ben definito, uno “stato divino”, un tipo di temperamento, specialmente nella sua forma moderata (Ippocrate). che commenta il comportamento o i pensieri della persona, o due o più voci che conversano fra di loro.

Areteo di Cappadocia (II secolo a.C.) fu il primo a esplicitare un legame tra mania e melanconia, dunque il primo a introdurre il concetto di “bipolarità”

Egli riteneva che la mania consistesse nel peggioramento della melanconia e la considerava la controparte fenomenologica della melanconia. Egli differenziava tra melanconia, un disturbo causato biologicamente, e depressione reattiva, un disturbo le cui cause erano psicologiche.

Solo nel XIX secolo fu ripresa e concettualizzata l’idea del disturbo bipolare come un’entità ben definita

A quel tempo, Jean – Pierre Failret descriveva per la prima volta un’entità distinta di disturbo mentale, denominata “folie circulaire”, caratterizzata da cicli continui di depressione, mania e intervalli liberi di lunghezza variabile (Failret, 1854).

Nello stesso anno Jules Baillanger presentò il concetto di “folie à double forme”, descritto come una forma di disturbo nel quale mania e melanconia evolvono l’una nell’altra e in cui l’intervallo libero non riveste alcuna importanza (Baillanger, 1854).

Alla fine dell’Ottocento, il lavoro di Emil Kraepelin risultò talmente importante da farlo ritenere “il padre della psichiatria moderna”. La dicotomia da lui introdotta nelle

psicosi “endogene” tra “dementia praecox” e “malattia maniaco-depressiva” e la comprensione, la diagnosi e la prognosi della malattia maniaco –depressiva furono un enorme contributo per la psichiatria.

In opposizione a Kraepelin, diversi autori, tra i quali spicca Karl Leonhard, postularono la separazione tra le forme bipolari e unipolari del disturbo affettivo sulla base di differenze cliniche, evolutive e familiari.

La rinascita del concetto di disturbo bipolare occorre nel 1966 con le due importanti pubblicazioni di Jules Angst e Carlo Perris che supportavano, indipendentemente l’una dall’altra, la differenziazione nosologica tra i disturbi unipolari e bipolari. I loro lavori, assieme a quelli svolti dal gruppo capeggiato da George Winokur (1969), hanno costituito il fondamento scientifico clinico delle prime classificazioni dei disturbi affettivi basate sull’applicazione di criteri standardizzati.

Attualmente, il DMS-5 (Diagnostic and Statistical Manual o Mental Disorders) viene utilizzato come base per la diagnosi del disturbo bipolare sia nella pratica clinica sia nella ricerca psichiatrica.

Negli ultimi anni sembrava che i ricercatori e i clinici fossero tornati a un modello che proponeva un continuum tra stati maniacali e depressivi, ripartendo dall’originaria concezione kraepeliniana sulla base dell’osservazione clinica, del decorso longitudinale e della storia familiare.

La necessità di un ampliamento dei confini diagnostici ha portato alla formulazione del concetto di “spettro bipolare”, cioè un continuum di entità patologiche che va dal disturbo schizoaffettivo ai tratti temperamentali (Akistal, 2000a). Tutta via, l’uscita del DSM-5 ha, almeno temporaneamente, sancito la netta distinzione tra disturbi depressivi e disturbi bipolari.