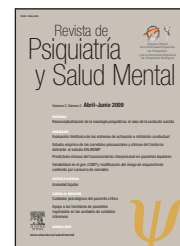


Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ARTÍCULO ESPECIAL

Ansiedad bipolar

Bipolar anxiety

Guy M. Goodwin* y Emily A. Holmes

University Department of Psychiatry, Oxford, Reino Unido

Recibido el 7 de enero de 2009; aceptado el 17 de marzo de 2009

Introducción

La ansiedad es el problema olvidado del trastorno bipolar. Nueve de cada 10 pacientes bipolares sufren un trastorno de ansiedad como comorbilidad a lo largo de su vida¹. Esto sucede tanto en los casos de trastorno bipolar I como en los de trastorno bipolar II, y esta frecuencia parece ser superior a la prevalencia de la comorbilidad de ansiedad en la depresión mayor (50%)² o la psicosis no afectiva (63%)³. Parece razonable interpretar la ansiedad como una dimensión central del tratamiento bipolar⁴ y es frecuente que los síntomas de ansiedad precedan a la aparición de éste⁵. Por último, la ansiedad es también un factor de riesgo para el aumento de los intentos de suicidio y las muertes por suicidio durante la evolución del trastorno bipolar^{6,7}.

¿Por qué es tan frecuente la ansiedad? La relación entre el trastorno bipolar y la ansiedad no está clara. La ansiedad puede estar determinada por factores de riesgo comunes o incluso como efecto secundario de la psicopatología primaria. Otra posibilidad es que acompañe al trastorno bipolar en el desarrollo, precediendo al inicio de éste, pero sin tener un papel directo en la polaridad en sí. Por último, los síntomas de ansiedad pueden ser un precursor necesario para el desarrollo y la plena expresión de la bipolaridad. Comentaremos aquí si los síntomas de ansiedad pueden facilitar un aumento de la reactividad del estado de ánimo y la inestabilidad intrínseca de éste en el trastorno bipolar: puede consultarse una descripción más completa en el trabajo de Holmes et al⁸.

Papel de las imágenes mentales

En el trastorno bipolar, atribuimos un papel central a las imágenes mentales perturbadoras involuntarias, acerca del pasado o el futuro, que acuden a la mente de forma espontánea, habitualmente con un alto grado de involucración afectiva. Por ejemplo, un paciente puede ver en ellas “mentalmente” una imagen vívida y detallada de un evento muy estresante como un daño que sufrirá. O puede ver, en cambio, una imagen vívida de sí mismo en un casino en el que gana brillantemente en las apuestas. Las imágenes mentales se consideran actualmente un proceso crucial que exagera los estados de emoción normal y anormal⁹ y que puede amplificar la emoción en mayor medida que el pensamiento verbal (basado en el lenguaje). Una característica distintiva del fenotipo bipolar es que constituye un trastorno emocionalmente volátil. Parece probable que las imágenes mentales puedan ser un amplificador emocional de diversos estados de ánimo en el trastorno bipolar y, en especial, en la ansiedad.

En la actualidad, la evidencia directa que respalda esta hipótesis de las imágenes mentales continúa siendo limitada. Mansell et al¹⁰ observaron que los pacientes bipolares en remisión tenían respuestas de memoria autobiográfica ante palabras clave negativas de un carácter aún más sobregeneralizado que en un grupo de pacientes unipolares en remisión que presentaban depresión: el contenido de los recuerdos negativos era predominantemente ansioso. Estas memorias sobregeneralizadas tienden a estar menos basadas en imágenes, pero son indicativas de imágenes intrusivas supresoras¹¹. Tzemou et al¹² examinaron directamente las imágenes mentales traumáticas intrusivas, además del sesgo de memoria sobregeneralizada en indivi-

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guy.goodwin@psych.ox.ac.uk (G.M. Goodwin).

duos con trastorno bipolar I, depresión unipolar e individuos de control. Los dos grupos con trastornos clínicos presentaron un sesgo de memoria sobregeneralizada en comparación con los individuos de control, y aproximadamente la mitad de los pacientes de estos dos grupos indicaron que experimentaban en ese momento recuerdos traumáticos perturbadores. Tal como sabemos que ocurre en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), estos recuerdos traumáticos y *flashbacks* adoptan la forma de imágenes vívidas. Un mayor sesgo de memoria sobregeneralizada se asociaba a un menor número de intrusiones traumáticas. Se propuso que la evitación cognitiva de los recuerdos emocionales era la causa del mantenimiento de los síntomas. Sin embargo, no se investigaron las imágenes mentales no traumáticas adicionales (la experiencia de las imágenes mentales se provocó con un instrumento relevante para el TEPT) y no se presentó una información detallada sobre los demás síntomas de ansiedad experimentados por estos pacientes.

Consecuencias de la ansiedad

Si, como nosotros proponemos⁸, los pacientes bipolares son especialmente propensos a las imágenes mentales, esto lleva a diversas predicciones acerca de la ansiedad bipolar que pueden ser objeto de verificación. En primer lugar, las imágenes mentales actúan rápidamente, amplificando la emoción, y en el trastorno bipolar, la intensidad de este mecanismo (en terminología de retroalimentación, la ganancia del sistema) puede explicar diversas de sus psicopatologías clave. La ansiedad está relacionada con la aprehensión respecto a una amenaza futura, y los trastornos de ansiedad se han relacionado claramente con las imágenes mentales patológicas, por ejemplo, los *flashbacks* en el TEPT o las autoimágenes negativas en la fobia social¹³ (fig. 1). Así pues, un exceso de imágenes mentales relativas a amenazas estimulará la ansiedad en el trastorno bipolar. Es importante señalar que, en el trastorno bipolar, podría haber un mecanismo cognitivo similar involucrado en estados de ánimo positivos. El proceso de elevación del estado de ánimo continúa sin estar suficientemente explicado en el trastorno bipolar en el área cognitiva. Los individuos afectados pueden tener imágenes mentales intensas tanto positivas como negativas^{14,15}. Las imágenes que elevan el estado de ánimo (por ejemplo, ganar en el juego, como se ha indicado antes) nos permiten “preexperimentar” cómo sería alcanzar un objetivo deseado, lo cual, a su vez, puede estimular la manía y reforzar la interpretación de que se trata de un estado que es un objetivo positivo real a alcanzar, y que lleva a actuar en consecuencia¹⁶ (fig. 1). Cabría imaginar también un papel de la ansiedad en los estados mixtos, en los que podríamos predecir que las imágenes mentales más ambiguas podrían generar amplificaciones del estado de ánimo tanto negativas como positivas. En segundo lugar, la comorbilidad bipolar en casos de abuso de sustancias, juego patológico o incluso suicidio podría tener raíces comunes en las imágenes mentales¹⁷⁻¹⁹. En tercer lugar, la inestabilidad del estado de ánimo es otra característica poco aclarada del trastorno bipolar^{20,21}. Las imágenes mentales tienen una inmediatez y una completitud que podrían explicar los cam-

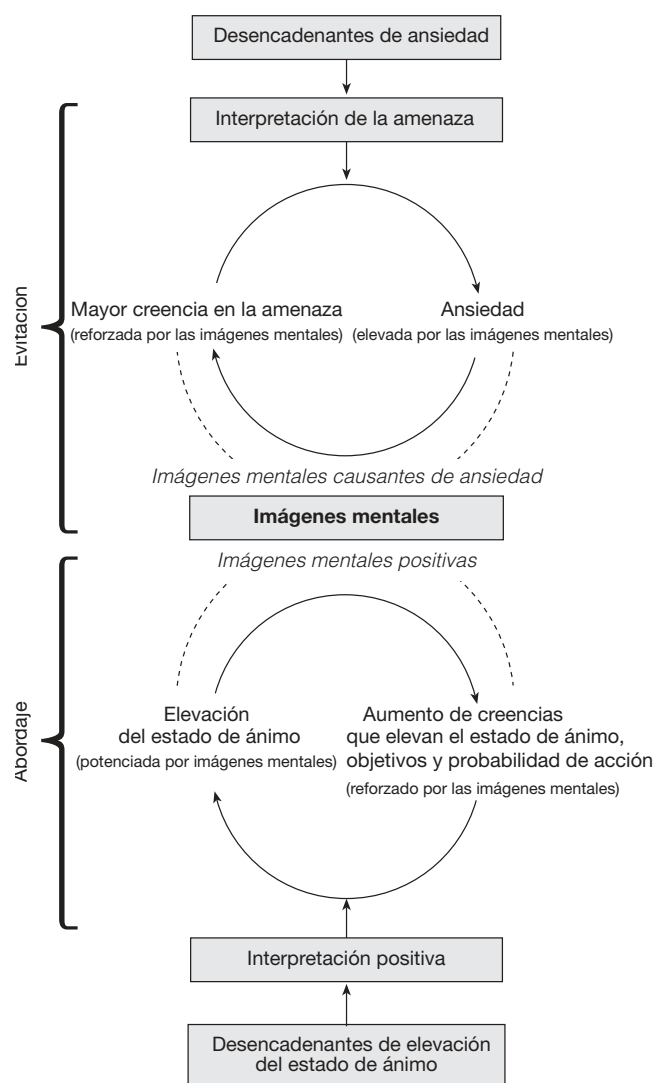


Figura 1 Un modelo del papel de las imágenes mentales en la emoción en los pacientes con trastorno bipolar: las imágenes mentales amplifican la ansiedad y la manía (reproducido con permiso del director de *Behaviour Research and Therapy*).

bios rápidos del estado de ánimo positivo o negativo en los pacientes que se encuentran en fases intermedias entre episodios completos. Nosotros sugerimos que esto constituye principalmente un mecanismo importante en los pacientes clínicamente eutímicos y no tan sólo en presencia de un episodio florido. En consecuencia, puede ser un elemento clave en el riesgo de recurrencia y, por lo tanto, en su prevención.

En resumen, nosotros sugerimos que los pacientes bipolares pueden ser especialmente propensos a las imágenes mentales. El efecto catalítico de los mecanismos de estas imágenes en la emoción podría contribuir a producir los extremos de intensidad del estado de ánimo en el trastorno bipolar, así como cambios rápidos en el estado de ánimo diario. La hipótesis de las imágenes mentales indica que pueden tener repercusiones importantes en cuanto a preex-

perimentar el futuro y aumentar la probabilidad de acción. Además, esta hipótesis está relacionada con ciertas manifestaciones que se dan ampliamente en concomitancia con la ansiedad bipolar y que no han sido explicadas. ¿Es posible que esta nueva formulación del papel de las imágenes mentales y la ansiedad genere nuevos enfoques terapéuticos? Nosotros creemos que sí.

La medicación continúa siendo un elemento crucial del tratamiento del trastorno bipolar. Sin embargo, su mecanismo de acción sistémico no es bien conocido. Una mejora de la teoría cognitiva de la psicopatología bipolar podría llevar a comprender mejor los mecanismos de acción de los fármacos, como ha sucedido con los antidepresivos²². Sin embargo, es evidente que es en el desarrollo de los tratamientos psicológicos donde somos más optimistas. La ausencia de una evidencia formal en la que basar el tratamiento farmacológico de la ansiedad bipolar es paralela a la ausencia de un estudio formal de tratamientos psicológicos para abordar dicho trastorno. La terapia cognitiva conductual (TCC) es el tratamiento preferido para varios trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de angustia (*panic disorder*)^{23,24}. Sin embargo, en el trastorno bipolar, no se ha demostrado por el momento la utilidad de la TCC. En un importante ensayo²⁵ los resultados fueron decepcionantemente negativos²⁶. La TCC para el trastorno bipolar ha sido pragmática en su desarrollo. Todas las teorías propuestas se han centrado en la depresión y la manía, por lo que los aspectos cognitivos de la ansiedad no parecen haberse explorado suficientemente. Otras terapias psicosociales para el trastorno bipolar basadas en la evidencia, como la terapia centrada en la familia^{27,28}, la terapia de ritmo social interpersonal^{29,30} y la psicoeducación³¹ no abordan de manera específica los procesos de ansiedad.

Una forma de desarrollar tratamientos psicológicos con una base teórica que den mejores resultados es la investigación sobre procesos cognitivos que van más allá de las fronteras diagnósticas³². Si las "imágenes mentales intrusivas afectivas" resultan tener prevalencia e importancia mucho mayores de las que actualmente se les atribuye en el tratamiento bipolar, esto podría proporcionar un enfoque teórico y práctico que resulta muy necesario. Las imágenes mentales son el lenguaje de la emoción inmediata, y el trastorno bipolar es emocionalmente volátil: ambas cosas parecen estar lo suficientemente maduras para converger.

Financiación

Emily A Holmes contó con la ayuda de una Royal Society Dorothy Hodgkin Fellowship y, en parte, de una subvención del Economic and Social Research Council (RES-061-23-0030) y una subvención John Fell OUP Grant (PRAC/JF Ref 052/54).

Guy Goodwin recibe actualmente financiación para investigación del Medical Research Council, Economic and Social Research Council y el Stanley Medical Research Institute: ha sido asesor remunerado de AstraZeneca, BMS, Eli Lilly, Lundbeck, P1Vital, Servier y Wyeth durante el último año.

Bibliografía

- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543-52.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-105.
- Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IRH, Gagnon E, Guyer M, et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2005;58:668-76.
- Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2222-9.
- McIntyre RS, Soczynska JK, Bottas A, Bordbar K, Konarski JZ, Kennedy SH. Anxiety disorders and bipolar disorder: A review. *Bipolar Disorders*. 2006;8(6):665-76.
- Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, Lee JY, Savarino J. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2007;9:526-30.
- Dilsaver SC, Chen Y-W. Social phobia, panic disorder and suicidality in subjects with pure and depressive mania. *J Affect Disord*. 2003;77:173-7.
- Holmes EA, Geddes JR, Colom F, Goodwin GM. Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. *Behav Res Ther*. 2008;46:1251-8.
- Holmes EA, Mathews A. Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*. 2005;5:489-97.
- Mansell W, Lam D. A preliminary study of autobiographical memory in remitted bipolar and unipolar depression and the role of imagery in the specificity of memory. *Memory*. 2004;12:437-46.
- Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull*. 2007;133:122-48.
- Tzermou E, Birchwood M. A prospective study of dysfunctional thinking and the regulation of negative intrusive memories in bipolar 1 disorder: Implications for affect regulation theory. *Psychol Med*. 2007;37:689-98.
- Hirsch CR, Holmes EA. Mental imagery in anxiety disorders. *Psychiatry*. 2007;6:161-5.
- Conway MA, Meares K, Standart S. Images and goals. *Memory*. 2004;12:525-31.
- Pillemer D. Momentous events, vivid memories. Cambridge: Harvard University Press; 1988.
- Johnson SL. Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:241-62.
- Kavanagh DJ, Andrade J, May J. Imaginary relish and exquisite torture: The elaborated intrusion theory of desire. *Psychol Rev*. 2005;112:446-67.
- May J, Andrade J, Panabokke N, Kavanagh DJ. Images of desire: Cognitive models of craving. *Memory*. 2004;12:447-61.
- Holmes EA, Crane C, Fennell MJV, Williams JMG. Imagery about suicide in depression - "Flash-forwards"? *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2007;38:423-34.
- Akiskal HS. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scan Suppl*. 1994;89:32-7.
- Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M, 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.

22. Harmer CJ, Hill SA, Taylor MJ, Cowen PJ, Goodwin GM. Toward a neuropsychological theory of antidepressant drug action: Increase in positive emotional bias after potentiation of norepinephrine activity. *Am J Psychiatry*. 2003;160:990-2.
23. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2.a ed. New York: Guilford Press; 2002.
24. National Institute for Health and Clinical Excellence. Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004 Contract No.: Document Number.
25. Scott J, Paykel ES, Morriss R, Kinderman P, Johnson T, Abbott R, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;188:313-20.
26. National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006 Contract No.: Document Number.
27. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath R. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:904-12.
28. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:419-26.
29. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagioli AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:996-1004.
30. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2000;48:593-604.
31. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:402-7.
32. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41:509-28.