

- Episodio Depressivo Maggiore -

- A) Caratteristiche dell'episodio*
- B) Manifestazioni e disturbi associati*
- C) Caratteristiche collegate a cultura, età e genere*
- D) Decorso*
- E) Diagnosi differenziale*
- F) Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10*

A) Caratteristiche dell'episodio

La caratteristica essenziale di un Episodio Depressivo Maggiore è un periodo di almeno 2 settimane durante il quale è presente depressione dell'umore o perdita di interesse o di piacere per quasi tutte le attività. Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile anziché triste. L'individuo deve anche presentare almeno altri quattro sintomi di una lista che includa alterazioni dell'appetito o del peso, del sonno e dell'attività psicomotoria; ridotta energia; sentimenti di svalutazione o di colpa; difficoltà a pensare, concentrarsi o prendere decisioni; oppure ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria, pianificazione o tentativi di suicidio. Un sintomo, per condurre ad una diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore, deve essere di nuova comparsa o nettamente peggiorato rispetto allo stato premorbo del soggetto. I sintomi devono persistere per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno 2 settimane consecutive. L'episodio deve essere accompagnato da disagio o menomazione sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento, clinicamente significativi. Per alcuni individui, con episodi più lievi, il funzionamento può apparire normale, ma richiede uno sforzo marcatamente superiore. L'umore in un Episodio Depressivo Maggiore viene spesso descritto dall'individuo come depresso, triste, senza speranza, scoraggiato o "giù di corda". In alcuni casi la tristezza può essere inizialmente negata, ma in seguito si può far emergere durante il colloquio (per es., sottolineando che l'individuo sembra in procinto di piangere). In alcuni individui che lamentano di sentirsi "spenti", di non avere sentimenti, o di sentirsi ansiosi, la presenza dell'umore depresso può essere dedotta dalla mimica e dal comportamento. Alcuni individui enfatizzano lamentele somatiche (per es., algie e dolori) piuttosto che riferire sentimenti di tristezza. Molti soggetti riferiscono o dimostrano un aumento dell'irritabilità (per es., rabbia persistente, una tendenza a rispondere agli eventi con scoppi di ira o a prendersela con gli altri, un esagerato senso di frustrazione di fronte a cose di poco conto). Nei bambini o negli adolescenti si può manifestare un umore irritabile o instabile piuttosto che triste o abbattuto. Questo quadro dovrebbe essere distinto dall'irritabilità di un bambino "viziato" quando viene frustrato.

La perdita di interesse o di piacere è quasi sempre presente, almeno in qualche misura. Gli individui possono riferire di sentirsi meno interessati agli hobby, di "non tenere a niente", o di non provare divertimento in attività precedentemente considerate come piacevoli. I familiari spesso notano il ritiro sociale o il rifiuto di occupazioni piacevoli (per es., un accanito giocatore di golf non gioca più, un bambino appassionato di calcio trova scuse per non praticarlo). In alcuni individui si riducono significativamente i livelli precedenti di interesse o di desiderio sessuale.

L'appetito è di solito ridotto, e molti individui sentono di doversi sforzare di mangiare. Altri, in particolare in ambiente ambulatoriale, possono avere un appetito aumentato o ricercare cibi particolari (per es., dolci o altri carboidrati). Quando le alterazioni dell'appetito sono gravi (in qualunque direzione) vi può essere una perdita o un aumento di peso significativi, oppure, nei bambini, si può notare l'incapacità di raggiungere il peso previsto.

L'insonnia è il disturbo del sonno più comunemente associato con l'Episodio Depressivo Maggiore. Gli individui presentano tipicamente insonnia centrale (risvegli durante la notte con difficoltà a riprendere sonno), o insonnia terminale (risveglio precoce con incapacità di riprendere sonno). Si può anche verificare insonnia iniziale (difficoltà nell'addormentamento). Meno frequentemente gli individui presentano un eccesso di sonno (ipersomnia), sotto forma di prolungamento del sonno notturno o di aumento del sonno durante il giorno. Talvolta il disturbo del sonno rappresenta il motivo per cui gli individui richiedono il trattamento.

Le alterazioni psicomotorie includono agitazione (per es., incapacità di stare seduti, passeggiare avanti e indietro, stropicciarsi le mani; oppure tirarsi o sfregarsi la pelle, i vestiti, o altri oggetti), oppure rallentamento (per es., eloquio, pensiero e movimenti del corpo rallentati; aumento delle pause prima di rispondere; eloquio caratterizzato da riduzione in volume, inflessioni, quantità, o varietà di contenuti, o mutacismo). L'agitazione o il ritardo psicomotorio devono essere abbastanza gravi da poter essere osservati da parte di altri, e non rappresentare semplicemente una sensazione soggettiva.

Sono comuni riduzione dell'energia, astenia, faticabilità. Il soggetto può riferire una continua stanchezza in mancanza di attività fisica. Anche i più piccoli compiti sembrano richiedere uno sforzo considerevole. Può essere ridotta l'efficienza nello svolgimento dei compiti. Ad esempio un individuo può lamentarsi del fatto che lavarsi e vestirsi al mattino sia faticoso e richieda un tempo doppio rispetto al solito.

Il senso di svalutazione o di colpa associato ad un Episodio Depressivo Maggiore può includere valutazioni negative irrealistiche del proprio valore o preoccupazioni di colpa, o ruminazioni su piccoli errori passati. Tali individui spesso interpretano eventi quotidiani neutri o insignificanti come riprova di difetti personali e provano un esagerato senso di responsabilità riguardo ad eventi sfavorevoli. Ad esempio, un agente immobiliare può rimproverarsi di non riuscire a vendere anche quando ci sia stato un crollo generale del mercato e gli altri agenti immobiliari siano altrettanto incapaci di vendere. Il senso di svalutazione o di colpa può assumere proporzioni deliranti (per es., un individuo convinto di essere personalmente responsabile della povertà nel mondo). Il rimproverarsi di essere malati e di non riuscire ad assumersi responsabilità lavorative o interpersonali come conseguenza della depressione è molto comune e, se non delirante, non è considerato sufficiente a soddisfare questo criterio.

Molti individui riferiscono una compromissione della capacità di pensare, concentrarsi o prendere decisioni. Possono apparire facilmente distraibili o lamentarsi di disturbi mnesici. Coloro che hanno compiti accademici o lavorativi che richiedono un impegno intellettuale sono spesso incapaci di funzionare in modo adeguato anche se hanno lievi problemi di concentrazione (per es., un programmatore di computer che non riesce più a svolgere compiti complessi ma precedentemente gestibili). Nei bambini una precipitosa riduzione dei voti può riflettere una scarsa concentrazione. Negli anziani con un Episodio Depressivo Maggiore, i disturbi della memoria possono rappresentare la lamentela principale e possono essere erroneamente interpretati come segni iniziali di demenza ("pseudodemenza"). Quando l'Episodio Depressivo Maggiore viene trattato con successo, i disturbi della memoria spesso scompaiono completamente. Comunque, in alcuni individui, particolarmente persone anziane, un Episodio Depressivo Maggiore può rappresentare la manifestazione iniziale di una demenza irreversibile.

Possono essere presenti frequentemente pensieri di morte, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio. Questi pensieri variano dalla convinzione che gli altri starebbero meglio se la persona fosse morta, a pensieri transitori, ma ricorrenti di suicidarsi, a piani effettivi specifici per compiere il suicidio. La frequenza, l'intensità e la letalità di questi pensieri possono essere piuttosto variabili. Gli individui con minor rischio suicidario possono riferire pensieri transitori (1-2 minuti), ricorrenti (una o due volte a settimana). Gli individui a più grave rischio suicidario possono avere acquistato il materiale (per es., una corda o una pistola) da usare per il tentativo di suicidio e possono avere stabilito un luogo e un tempo in cui rimarranno da soli, così da poter realizzare il suicidio. Sebbene questi comportamenti siano statisticamente associati con i tentativi di suicidio e possano essere utili per identificare un gruppo a rischio elevato, molti studi hanno dimostrato che non è possibile prevedere con precisione se o quando un particolare individuo affetto da depressione tenterà il suicidio. Le motivazioni per il suicidio possono includere un desiderio di rinunciare a fronteggiare ostacoli percepiti come insormontabili o un desiderio intenso di porre fine ad uno stato emotivo estremamente doloroso che viene percepito dal soggetto come interminabile.

Non si fa diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore se i sintomi soddisfano i criteri per un Episodio Misto. Un Episodio Misto è caratterizzato da sintomi sia dell'Episodio Maniacale che dell'Episodio Depressivo Maggiore, presenti quasi ogni giorno per almeno una settimana.

Il grado di compromissione associato con un Episodio Depressivo Maggiore varia, ma, anche nei casi lievi, deve essere presente disagio clinicamente significativo o qualche interferenza nell'ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree del funzionamento. Se la compromissione è grave, il soggetto può perdere la capacità di funzionare dal punto di vista sociale o lavorativo. In casi estremi, il soggetto può essere incapace di occuparsi della cura personale minima (per es., nutrirsi o vestirsi) o di mantenere l'igiene personale minima.

Un colloquio accurato è essenziale per fare emergere i sintomi di un Episodio Depressivo Maggiore. Il colloquio può essere compromesso da difficoltà di concentrazione, compromissione della memoria o da una tendenza a negare, sminuire o dare giustificazioni ai sintomi. Possono essere particolarmente utili le notizie fornite da altri informatori per chiarire il decorso dell'attuale o precedente Episodio Depressivo Maggiore e per valutare se vi siano stati Episodi Maniacali o Ipomaniacali. Poiché l'inizio degli Episodi Depressivi Maggiori può essere graduale, un esame delle informazioni cliniche centrato sull'acme dell'episodio attuale può individuare, con maggiori probabilità, la presenza dei sintomi. La valutazione dei sintomi di un Episodio Depressivo Maggiore è particolarmente difficile quando si presentano in un individuo portatore anche di una condizione medica generale (per es., cancro, ictus, infarto del miocardio, diabete). Alcuni item dell'Episodio Depressivo Maggiore sono identici ai segni e sintomi caratteristici di condizioni mediche generali (per es., la perdita di peso nel diabete non trattato, l'astenia nel cancro). Tali sintomi dovrebbero indirizzare verso un Episodio Depressivo Maggiore eccetto quando risultino chiaramente e completamente spiegati da una condizione medica generale. Ad esempio, la perdita di peso in una persona con colite ulcerosa che presenta aumento della peristalsi e scarsa ingestione di cibo non dovrebbe indirizzare verso un Episodio Depressivo Maggiore. D'altro lato, quando sono presenti tristezza, sentimenti di colpa, insonnia o perdita di peso in un soggetto con recente infarto del miocardio, ogni sintomo dovrebbe indirizzare verso un Episodio Depressivo Maggiore, poiché questi non sono chiaramente e completamente spiegati dagli effetti fisiologici dell'infarto del miocardio. Analogamente,

quando i sintomi sono chiaramente dovuti ad allucinazioni o deliri incongrui con l'umore (per es., una riduzione di peso di 15 Kg conseguente al rifiuto di mangiare per la convinzione delirante che il cibo sia avvelenato) questi sintomi non indirizzano verso un Episodio Depressivo Maggiore.

Per definizione, un Episodio Depressivo Maggiore non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una droga (per es., nel contesto di una Intossicazione Alcoolica o Astinenza da Cocaina), agli effetti collaterali di farmaci o trattamenti (per es., steroidi) o all'esposizione a una tossina. Analogamente l'episodio non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo). Inoltre, se i sintomi esordiscono nei due mesi successivi alla perdita di una persona cara e non persistono oltre questi due mesi sono generalmente considerati effetto del Lutto, a meno che siano associati con una marcata compromissione funzionale o includano pensieri di svalutazione, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

B) Manifestazioni e disturbi associati

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati. Gli individui con un Episodio Depressivo Maggiore presentano frequentemente facilità al pianto, irritabilità, tendenza a rimuginare, ruminazione ossessiva, ansia, fobie, preoccupazione eccessiva per la salute fisica e lamentele somatiche (per es., cefalee o dolori articolari, addominali o altri). Durante un Episodio Depressivo Maggiore alcuni individui hanno Attacchi di Panico con andamento tale da soddisfare i criteri per il Disturbo di Panico (Senza Agorafobia e Con Agorafobia). Nei bambini si può avere ansia di separazione. Alcuni individui riferiscono difficoltà nelle relazioni strette, rapporti sociali meno soddisfacenti o difficoltà nel funzionamento sessuale (per es., anorgasmia nelle donne o disfunzione dell'erezione nell'uomo). Possono essere presenti problemi coniugali (per es., divorzio), problemi occupazionali (per es., perdita del lavoro), problemi scolastici (per es., marinare la scuola, insuccesso scolastico), Abuso di Alcool o di Altre Sostanze o aumento di utilizzo dei servizi medici. La conseguenza più grave dell'Episodio Depressivo Maggiore è il tentativo di suicidio o il suicidio. Il rischio di suicidio è particolarmente elevato per gli individui con manifestazioni psicotiche, con una storia di precedenti tentativi di suicidio, con una storia familiare di suicidio o con uso di sostanze concomitante. Vi può essere anche un aumento della frequenza di morte prematura per condizioni mediche generali. Gli Episodi Depressivi Maggiori spesso seguono eventi stressanti psicosociali (per es., morte di una persona amata, separazione dal coniuge, divorzio). La nascita di un figlio può far precipitare un Episodio Depressivo Maggiore, in tal caso si annota la specificazione Ad Esordio nel Postpartum.

Reperti di laboratorio associati Non è stato identificato alcun dato di laboratorio patognomonico di un Episodio Depressivo Maggiore. Comunque, sono stati rilevati diversi dati anormali di laboratorio in gruppi di individui con Episodio Depressivo Maggiore rispetto ai soggetti di controllo. Sembra che le stesse anomalie di laboratorio siano associate con un Episodio Depressivo Maggiore indipendentemente dal fatto che l'episodio sia parte di un Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente), Bipolare I o Bipolare II. La maggior parte delle anomalie di laboratorio sono dipendenti dallo stato (influenzate dalla presenza o assenza di sintomi depressivi), ma alcuni dati possono precedere l'esordio dell'episodio o persistere dopo la sua remissione. È più probabile che i test di laboratorio siano anormali negli episodi con manifestazioni melancoliche o psicotiche e negli individui più gravemente depressi. Anomalie EEG del sonno possono essere evidenti nel 40-60% dei pazienti ambulatoriali e fino al 90% dei pazienti ricoverati con un Episodio Depressivo Maggiore. I dati polisonnigrafici più frequentemente associati includono:

- 1) disturbi della continuità del sonno, come prolungamento della latenza del sonno, aumento dei risvegli intermittenti e risveglio precoce al mattino;
- 2) riduzione degli stadi 3 e 4 NREM di sonno (sonno a onde lente), con uno spostamento dell'attività ad onde lente dal primo periodo NREM;
- 3) ridotta latenza REM (movimenti rapidi oculari) (durata ridotta del primo periodo NREM);
- 4) aumento dell'attività fasica REM (il numero dei movimenti oculari effettivi durante il REM);
- 5) aumento della durata del sonno REM nella prima parte della notte.

Vi sono dati secondo cui queste anomalie del sonno possono persistere dopo la remissione clinica o precedere l'esordio dell'Episodio Depressivo Maggiore iniziale fra i soggetti ad alto rischio per un Disturbo dell'Umore (per es., familiari di primo grado di soggetti con Disturbo Depressivo Maggiore).

La fisiopatologia di un Episodio Depressivo Maggiore può interessare la disregolazione di certi neurotrasmettitori, che includono la serotonina, la norepinefrina, la dopamina, l'acetilcolina e i sistemi dell'acido gamma-aminobutirrico. Vi sono prove a favore anche di alterazioni di diversi neuropeptidi, che includono l'ormone di rilascio della corticotropina. In alcuni soggetti depressi sono state osservate alterazioni ormonali, che comprendono la secrezione elevata di glucocorticoidi (per es., elevati livelli urinari di cortisolo libero o non soppressione da desametasone del cortisolo plasmatico) e risposta attenuata a vari test di stimolo dell'ormone della crescita, dell'ormone tiro-stimolante e della prolattina. Le tecniche di visualizzazione cerebrale funzionale documentano alterazioni nel flusso ematico e nel

metabolismo cerebrali in alcuni soggetti, che includono aumento del flusso cerebrale nelle regioni limbica e paralimbica e ridotto flusso cerebrale nella corteccia prefrontale laterale. La depressione che inizia in età avanzata si associa ad alterazioni della struttura cerebrale, che includono i cambiamenti vascolari periventricolari. Tuttavia, nessuno di questi cambiamenti è presente in tutti i soggetti con Episodio Depressivo Maggiore, né alcuna particolare alterazione è specifica per la depressione.

C) Caratteristiche collegate a cultura, età e genere

La cultura può influenzare l'esperienza e la comunicazione dei sintomi della depressione. L'attenzione alla specificità etnica e culturale nella manifestazione dei sintomi dell'Episodio Depressivo Maggiore può ridurre la sottodiagnosi o le diagnosi erranee. Ad esempio, in alcune culture, la depressione può essere ampiamente esperita in termini somatici, piuttosto che con tristezza e senso di colpa. L'esperienza depressiva può essere espressa come problema di "nervi" o cefalea (nelle culture Latine e Mediterranee), di debolezza, stanchezza o "squilibrio" (nelle culture Cinese e Asiatica), problemi di "cuore" (nelle culture Medio-Orientali) o di "cuore infranto" (tra gli Hopi). Queste manifestazioni combinano caratteristiche dei Disturbi Depressivi, di Ansia e Somatoformi. Le culture possono anche differire per quanto riguarda i giudizi sull'importanza di esperire o esprimere disforia (per es., l'irritabilità può provocare più preoccupazione rispetto alla tristezza o al ritiro sociale). Esperienze culturalmente specifiche (per es., paura di essere colpito da malocchio o stregato, sensazioni di "calore alla testa" o di vermi o formiche striscianti, o sentimenti vividi di essere visitato dai morti) devono essere distinte da allucinazioni o deliri veri e propri che possono far parte di un Episodio Depressivo Maggiore, Con Manifestazioni Psicotiche. È anche d'obbligo che il clinico non metta abitualmente da parte un sintomo semplicemente perché viene visto come "normale" per una cultura.

I sintomi nucleari di un Episodio Depressivo Maggiore sono gli stessi per bambini e adolescenti, sebbene vi siano dati che suggeriscono che l'importanza dei sintomi caratteristici possa cambiare con l'età. Alcuni sintomi come le lamentele somatiche, l'irritabilità e il ritiro sociale sono particolarmente comuni nei bambini, mentre il rallentamento psicomotorio, l'ipersonnia e i deliri sono meno comuni in età prepuberale che nell'adolescenza ed età adulta. Nei bambini prepuberi gli Episodi Depressivi Maggiori si presentano più frequentemente accompagnati da altri disturbi mentali (specialmente Disturbi con Comportamento Dirompente, Disturbi da Deficit di Attenzione, Disturbi d'Ansia) piuttosto che isolati. Negli adolescenti, gli episodi depressivi maggiori sono frequentemente associati con i Disturbi con Comportamento Dirompente, Disturbi da Deficit di Attenzione, Disturbi d'Ansia, Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi dell'Alimentazione. Negli adulti più anziani possono essere particolarmente evidenti i sintomi cognitivi (per es., disorientamento, perdita della memoria e distraibilità).

Le donne hanno un rischio significativamente più elevato di sviluppare Episodi Depressivi Maggiori in qualche momento della loro vita, con le differenze maggiori riscontrate in studi condotti negli Stati Uniti ed in Europa. Questo aumentato rischio differenziale emerge durante l'adolescenza e può coincidere con l'esordio della pubertà. Dopo di essa, una percentuale significativa di donne riferisce un peggioramento dei sintomi di un Episodio Depressivo Maggiore alcuni giorni prima dell'esordio delle mestruazioni. Gli studi indicano che gli episodi depressivi sono presenti con una frequenza doppia nelle donne rispetto agli uomini. Vedi le sezioni corrispondenti dei testi sul Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Bipolare I e Disturbo Bipolare II per informazioni specifiche sul genere.

D) Decorso

I sintomi di un Episodio Depressivo Maggiore si sviluppano generalmente nel corso di giorni o settimane. Un periodo prodromico, che può includere sintomi di ansia e sintomi depressivi lievi, può protrarsi da settimane a mesi prima dell'esordio dell'Episodio Depressivo Maggiore completo. Anche la durata dell'Episodio Depressivo Maggiore è variabile. Un episodio non trattato tipicamente dura 4 mesi o più, indipendentemente dall'età di esordio. Nella maggior parte dei casi, vi è una remissione completa dei sintomi e il funzionamento ritorna ai livelli premorbosi. In una proporzione significativa di casi (forse il 20-30%), possono persistere per mesi o anni alcuni sintomi depressivi insufficienti per soddisfare pienamente i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore e possono essere associati con nomadizzazione o disagio di qualche tipo (in tal caso può essere annotata la specificazione In Remissione Parziale). La remissione parziale dopo un Episodio Depressivo Maggiore sembra essere predittiva di un andamento analogo dopo gli episodi successivi. In alcuni individui (5-10%) continuano a risultare soddisfatti per 2 o più anni i criteri completi per l'Episodio Depressivo Maggiore (in tal caso può essere annotata la specificazione Cronico).

E) Diagnosi differenziale

Un Episodio Depressivo Maggiore deve essere distinto da un Disturbo dell'Umore dovuto ad una Condizione Medica Generale. Se si giudica che il disturbo dell'umore sia la diretta conseguenza fisiologica di una condizione medica generale specifica (per es., sclerosi multipla, ictus, ipotiroidismo) la diagnosi appropriata sarebbe Disturbo dell'Umore dovuto ad una Condizione Medica Generale. Questa determinazione si basa sulla storia, i dati di laboratorio o l'esame fisico. Se sono presenti sia un Episodio Depressivo Maggiore che una condizione medica generale, ma si giudica che i sintomi depressivi non siano la conseguenza fisiologica diretta della condizione medica generale, viene registrato sull'Asse I il Disturbo dell'Umore principale (per es., Disturbo Depressivo Maggiore) e la condizione medica generale viene registrata sull'Asse III (per es., infarto del miocardio). Questo sarebbe il caso, ad esempio, se l'Episodio Depressivo Maggiore fosse considerato la conseguenza psicologica dell'essere affetti da una condizione medica generale o se non vi fosse alcuna relazione eziologica tra l'Episodio Depressivo Maggiore e la condizione medica generale.

Un Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze si distingue da un Episodio Depressivo Maggiore sulla base del giudizio che una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco o una tossina) sia eziologicamente in relazione con il disturbo dell'umore. Ad esempio, l'umore depresso che si presenta soltanto nel contesto di una astinenza da cocaina sarebbe diagnosticato come Disturbo dell'Umore Indotto da Cocaina, con Manifestazioni Depressive, con Esordio Durante la Astinenza.

Nelle persone anziane è spesso difficile determinare se i sintomi cognitivi (per es., disorientamento, apatia, difficoltà a concentrarsi, perdita della memoria) siano causati più da una demenza o da un Episodio Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente). Sono utili per questa determinazione una valutazione medica accurata, una valutazione dell'esordio del disturbo, la sequenza temporale dei sintomi depressivi e cognitivi, il decorso della malattia e la risposta al trattamento. Le condizioni premorbose dell'individuo possono aiutare a distinguere un Episodio Depressivo Maggiore dalla demenza. Nella demenza vi è di solito una storia premorbose di declino delle funzioni cognitive, mentre l'individuo con Disturbo Depressivo Maggiore con maggior probabilità presenta condizioni premorbose relativamente normali e un declino cognitivo improvviso associato con la depressione.

Può essere difficile distinguere gli Episodi Depressivi Maggiori con un umore irritabile prevalente dagli Episodi Maniacali con umore irritabile o dagli Episodi Misti. Questa distinzione richiede una attenta valutazione clinica della presenza di sintomi maniacali. Se vengono soddisfatti i criteri sia per l'Episodio Maniacale che per l'Episodio Depressivo Maggiore (eccetto la durata di 2 settimane) quasi ogni giorno per almeno un periodo di una settimana, questo costituisce un Episodio Misto.

Distraibilità e bassa tolleranza alle frustrazioni possono essere presenti sia nel Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività che nell'Episodio Depressivo Maggiore; se vengono soddisfatti i criteri per entrambi, oltre al Disturbo dell'Umore può essere diagnosticato anche il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività. Comunque il clinico deve stare attento a non diagnosticare un Episodio Depressivo Maggiore in bambini con Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività che presentano una alterazione dell'umore caratterizzata da irritabilità invece che da tristezza o da perdita degli interessi.

Un Episodio Depressivo Maggiore che si presenta in risposta ad un evento stressante psicosociale si distingue da un Disturbo dell'Adattamento Con Umore Depresso per il fatto che nel Disturbo dell'Adattamento non vengono soddisfatti i criteri completi per l'Episodio Depressivo Maggiore. Dopo la perdita di una persona amata, anche se i sintomi depressivi sono sufficienti per durata e per numero a soddisfare i criteri per l'Episodio Depressivo Maggiore, essi dovrebbero essere attribuiti al Lutto piuttosto che ad un Episodio Depressivo Maggiore, a meno che persistano per più di 2 mesi o includano una compromissione funzionale marcata, preoccupazioni patologiche di autosvalutazione, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

Infine, periodi di tristezza rappresentano un aspetto connaturato all'esperienza umana. Questi periodi non dovrebbero essere diagnosticati come Episodio Depressivo Maggiore, a meno che vengano soddisfatti i criteri per gravità (cinque sintomi su nove), durata (la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno per almeno due settimane) e disagio o compromissione clinicamente significativi. La diagnosi Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato può essere appropriata per manifestazioni di umore depresso con compromissione significativa che non soddisfino i criteri per la durata e la gravità.

F) Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

I Criteri Diagnostici per la Ricerca dell'ICD-10 contengono 10 item, diversi dagli item del DSM-IV (il calo dell'autostima è separato dai sentimenti di colpa inappropriati). L'ICD-10 fornisce set di criteri separati per ogni livello di gravità di un Episodio Depressivo Maggiore: una soglia di 4 sintomi su 10 definisce Lieve, 6 sintomi su 10 definisce Moderato e 8 sintomi su 10 definisce Grave. Inoltre l'algoritmo diagnostico differisce poiché è richiesto che vi siano almeno 2 dei seguenti 3 sintomi: umore depresso, perdita di interesse e ridotta energia, per gli episodi depressivi lievi e moderati, e tutti e 3 per gli episodi depressivi

gravi. Gli episodi con manifestazioni psicotiche dell'ICD-10 escludono i sintomi di primo rango e i deliri bizzarri.