

Episodio Ipomaniacale -

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

A) Caratteristiche dell'episodio

Un Episodio Ipomaniacale è definito come un periodo distinto durante il quale è presente un umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile che dura almeno 4 giorni. Questo periodo di umore alterato deve essere accompagnato da almeno tre sintomi addizionali da una lista che include autostima ipertrofica o grandiosità (non delirante), ridotto bisogno di sonno, logorrea, fuga delle idee, distraibilità, aumentato coinvolgimento in attività finalizzate o agitazione psicomotoria ed eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con un elevato potenziale di conseguenze spiacevoli. Se l'umore è irritabile piuttosto che elevato o espanso, devono essere presenti almeno quattro dei sintomi sopra esposti. La lista dei sintomi addizionali è identica a quella che definisce l'Episodio Maniacale eccetto che non possono essere presenti deliri o allucinazioni. L'umore durante un Episodio Ipomaniacale deve essere chiaramente diverso dall'umore abituale non depresso dell'individuo, e deve essere presente un chiaro cambiamento nel funzionamento, non caratteristico del funzionamento abituale dell'individuo. Poiché i cambiamenti nell'umore e nel funzionamento devono essere osservabili dagli altri, la valutazione di questo criterio richiederà spesso l'intervista di altri informatori (per es., i familiari). L'anamnesi raccolta da altri informatori è particolarmente importante nella valutazione degli adolescenti. A differenza dell'Episodio Maniacale, un Episodio Ipomaniacale non è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione, e non vi sono manifestazioni psicotiche. Il cambiamento del funzionamento per alcuni individui può assumere la forma di un marcato aumento dell'efficienza, del talento o della creatività. Comunque, per gli altri, l'ipomania può causare qualche compromissione sociale o lavorativa. Il disturbo dell'umore e gli altri sintomi non devono dipendere dall'effetto fisiologico diretto di una droga di abuso, di un medicamento o di altri trattamenti per la depressione (terapia elettroconvulsivante o light therapy), o dell'esposizione ad una tossina. L'episodio deve anche essere indipendente dagli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale (per es., sclerosi multipla, tumore cerebrale). Sintomi analoghi a quelli osservati in un Episodio Ipomaniacale possono dipendere dagli effetti diretti di un medicamento antidepressivo, terapia elettroconvulsivante, light therapy o medicinali prescritti per altre condizioni mediche generali (per es., corticosteroidi). Tali manifestazioni non sono considerate Episodi Ipomaniacali e non indirizzano verso una diagnosi di Disturbo Bipolare II. Ad esempio, se una persona con Disturbo Depressivo Ricorrente sviluppa sintomi tipo episodio ipomaniacale durante una terapia antidepressiva, l'episodio viene diagnosticato come Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze, Con Manifestazioni Maniacali, e non si passa da una diagnosi di Disturbo Depressivo Ricorrente a Disturbo Bipolare II. Vi è qualche evidenza che vi possa essere una "diatesi" bipolare in individui che sviluppano episodi di tipo maniacale o ipomaniacale in seguito ad un trattamento somatico per la depressione. Questi individui possono avere una maggiore probabilità di futuri Episodi Maniacali o Ipomaniacali senza relazione con sostanze o trattamenti somatici per la depressione.

L'umore elevato in un Episodio Ipomaniacale è descritto come euforico, insolitamente buono, allegro o elevato. Sebbene l'umore del soggetto possa avere caratteristiche di contagiosità per l'osservatore non coinvolto, esso viene riconosciuto come un cambiamento netto rispetto a quello abituale da coloro che conoscono bene la persona. La qualità espansiva dell'alterazione dell'umore è testimoniata da entusiasmo per le interazioni sociali, interpersonali o lavorative. Sebbene l'umore elevato sia considerato tipico, il disturbo dell'umore può consistere nell'irritabilità o nell'alternanza tra euforia e irritabilità. Caratteristicamente è presente autostima ipertrofica, di solito a livelli di fiducia acritica in sé stessi piuttosto che di grandiosità marcata. Vi è molto spesso un ridotto bisogno di sonno; la persona si sveglia prima dell'orario abituale con energia aumentata. L'eloquio di una persona con un Episodio Ipomaniacale è spesso a voce alta e più rapido del solito, ma non è tipicamente difficile da interrompere. Può essere ricco di scherzi, freddure, giochi di parole ed elementi non pertinenti. Non è comune la fuga delle idee e, se presente, si protrae per brevi periodi.

È spesso presente distraibilità, come evidenziato da rapide variazioni del discorso o dell'attività come risultato della risposta a vari stimoli esterni irrilevanti. L'aumento dell'attività finalizzata può comprendere il pianificare e partecipare ad attività multiple. Queste attività sono spesso creative e produttive (per es., scrivere una lettera all'editore, terminare il lavoro di ufficio). La socievolezza è di solito aumentata, e vi può essere un aumento nell'attività sessuale. Può essere presente attività impulsiva, come spese eccessive,

guida spericolata, o investimenti azzardati. Comunque, tali attività sono di solito organizzate, non sono bizzarre, e non determinano il livello di compromissione caratteristico di un Episodio Maniacale.

B) Manifestazioni e disturbi associati

Le manifestazioni associate di un Episodio Ipomaniacale sono simili a quelle di un Episodio Maniacale. L'umore può anche essere disforico se nel quadro clinico i sintomi irritabili o depressivi sono dominanti rispetto all'euforia.

C) Caratteristiche collegate a cultura ed età

Le considerazioni culturali suggerite per gli Episodi Depressivi Maggiori sono pertinenti anche per gli Episodi Ipomaniacali. Negli individui più giovani (per es., adolescenti), gli Episodi Ipomaniacali possono essere associati con assenteismo da scuola, comportamento antisociale, insuccesso scolastico, o uso di sostanze.

D) Decorso

Un Episodio Ipomaniacale inizia tipicamente in modo improvviso, con un rapido accentuarsi dei sintomi nel giro di un giorno o due. Gli Episodi possono protrarsi per molte settimane o mesi, e hanno di solito un esordio più brusco e una durata minore rispetto agli Episodi Depressivi Maggiori. In molti casi l'Episodio Ipomaniacale può essere preceduto o seguito da un Episodio Depressivo Maggiore. Gli studi suggeriscono che il 5-15% degli individui con Ipomania svilupperanno un Episodio Maniacale.

E) Diagnosi differenziale

Un Episodio Ipomaniacale deve essere distinto da un Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale. La diagnosi è Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale se si giudica che il disturbo dell'umore sia la conseguenza fisiologica diretta di una specifica condizione medica generale (per es., sclerosi multipla, tumore cerebrale, sindrome di Cushing). Questa determinazione si basa sulla storia, sui reperti di laboratorio, o sull'esame fisico. Se si giudica che i sintomi ipomaniacali non sono la diretta conseguenza fisiologica della condizione medica generale, il Disturbo dell'Umore principale è registrato sull'Asse I (per es., Disturbo Bipolare II) e la condizione medica generale è registrata sull'Asse III (per es., infarto del miocardio).

Un Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze si distingue da un Episodio Ipomaniacale per il fatto che si ritiene che una sostanza (per es., una droga di abuso, un medicamento o l'esposizione ad una tossina) sia correlata eziologicamente al disturbo dell'umore. Sintomi analoghi a quelli osservati in un Episodio Ipomaniacale possono essere precipitati da una droga di abuso (per es., i sintomi ipomaniacali che si presentano solo nel contesto di una intossicazione da cocaina verrebbero diagnosticati come Disturbo dell'Umore Indotto da Cocaina, con Manifestazioni Maniacali, con Esordio durante l'Intossicazione). Sintomi analoghi a quelli osservati in un Episodio Ipomaniacale possono anche essere precipitati da trattamenti antidepressivi, quali un medicamento, terapia elettroconvulsivante o light therapy. Anche tali episodi vengono diagnosticati come Disturbi dell'Umore Indotti da Sostanze (per es., Disturbo dell'Umore Indotto da Amitriptilina, con Manifestazioni Maniacali; Disturbo dell'Umore Indotto da Terapia Elettroconvulsivante, con Manifestazioni Maniacali). Tuttavia, il giudizio clinico è essenziale per determinare se il trattamento è veramente causale o se un Episodio Ipomaniacale primario stava iniziando mentre la persona stava ricevendo il trattamento.

Gli Episodi Maniacali dovrebbero essere distinti dagli Episodi Ipomaniacali. Sebbene gli Episodi Maniacali e quelli Ipomaniacali abbiano una identica lista di sintomi caratteristici, l'alterazione dell'umore negli Episodi Ipomaniacali non è sufficientemente grave da causare una compromissione marcata nel funzionamento sociale o lavorativo, o da richiedere l'ospedalizzazione. Alcuni Episodi Ipomaniacali possono evolvere in Episodi Maniacali franchi.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività e l'Episodio Ipomaniacale sono entrambi caratterizzati da attività eccessiva, comportamento impulsivo, scarsa capacità di giudizio, e negazione dei problemi. Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività si distingue da un Episodio Maniacale per il caratteristico esordio precoce (prima dei 7 anni), il decorso cronico anziché episodico, la mancanza di esordi e remissioni relativamente netti, e l'assenza di umore anormalmente espanso o elevato o di manifestazioni psicotiche. Un Episodio Ipomaniacale deve essere distinto dall'eutimia, particolarmente negli individui che sono stati cronicamente depressi e non sono abituati ad uno stato non depressivo dell'umore.

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

I criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 per l'Episodio Ipomaniacale contengono due item addizionali - aumentata energia sessuale e aumentata socievolezza - e non includono gli item del DSM-IV riguardanti aumentata autostima e fuga delle idee. Inoltre, l'ICD-10 non richiede che l'alterazione dell'umore sia osservata dagli altri.