

- Episodio Maniacale -

- 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

Un Episodio Maniacale è definito da un periodo durante il quale vi è un umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile. Questo periodo di umore anormale deve durare almeno 1 settimana (o meno se è necessaria l'ospedalizzazione). Il disturbo dell'umore deve essere accompagnato da almeno tre sintomi addizionali di una lista che include autostima ipertrofica o grandiosità, ridotto bisogno di sonno, logorrea, fuga delle idee, distraibilità, aumento del coinvolgimento in attività finalizzate o agitazione psicomotoria ed eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con un alto potenziale per conseguenze spiacevoli. Se l'umore è irritabile (anziché elevato o espanso), devono essere presenti almeno quattro dei sintomi sopra esposti. I sintomi non soddisfano i criteri per un Episodio Misto, che è caratterizzato da sintomi sia dell'Episodio Maniacale che dell'Episodio Depressivo Maggiore presenti quasi ogni giorno per un periodo di almeno 1 settimana. Il disturbo deve essere sufficientemente grave da causare una marcata compromissione nel funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione, oppure è caratterizzato dalla presenza di manifestazioni psicotiche. L'episodio non deve essere dovuto agli effetti fisiologici diretti di una droga di abuso, un medicamento o altri trattamenti somatici per la depressione (per es., terapia elettroconvulsivante o light therapy) o della esposizione a una tossina. L'episodio non deve dipendere neanche dagli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale (per es., sclerosi multipla, tumore cerebrale).

L'umore elevato di un Episodio Maniacale può essere descritto come euforico, insolitamente buono, allegro o elevato. Sebbene l'umore del soggetto possa risultare inizialmente contagioso per l'osservatore non coinvolto, esso viene riconosciuto come eccessivo da parte di coloro che conoscono bene la persona. La qualità espansiva dell'umore è caratterizzata da un entusiasmo incessante e indiscriminato per le interazioni interpersonali, sessuali o occupazionali. Ad esempio, la persona può iniziare spontaneamente conversazioni complesse con estranei in luoghi pubblici, oppure un agente di vendita può telefonare a casa di estranei al mattino presto per iniziare le vendite. Sebbene l'umore elevato sia considerato il sintomo caratteristico, il disturbo predominante dell'umore può essere l'irritabilità, particolarmente quando i desideri della persona vengono ostacolati. Frequentemente si osserva labilità dell'umore (per es., alternanza di euforia e irritabilità).

È tipicamente presente un'autostima ipertrofica, che va dalla fiducia in sé stesso priva di critica alla grandiosità marcata e può raggiungere proporzioni deliranti. Gli individui possono dare consigli in materie di cui non hanno speciale conoscenza (per es., come dirigere le Nazioni Unite). Nonostante la mancanza di particolare esperienza o talento, l'individuo può intraprendere la scrittura di un romanzo o la composizione di una sinfonia o ricercare pubblicità per qualche invenzione priva di utilità. Sono comuni i deliri di grandezza (per es., avere una relazione particolare con Dio o con qualche personaggio pubblico del mondo politico, religioso o dello spettacolo).

Quasi invariabilmente vi è un ridotto bisogno di sonno. Il soggetto si sveglia solitamente molte ore prima che di abitudine, sentendosi pieno di energie. Quando il disturbo del sonno è grave, l'individuo può andare avanti per giorni senza dormire e non sentirsi stanco.

L'eloquio maniacale è tipicamente pressante, ad alta voce, rapido e difficile da interrompere. Gli individui possono parlare senza pausa, talvolta per ore e senza riguardo per il desiderio di comunicare degli altri. L'eloquio è talvolta caratterizzato da scherzosità, giochi di parole e banalità divertenti. L'individuo può diventare teatrale, con manierismi drammatici e canto. I suoni, piuttosto che le associazioni concettuali significative, possono governare la scelta delle parole (per assonanza). Se l'umore del soggetto è più irritabile che espansivo, l'eloquio può essere caratterizzato da lamentele, commenti ostili e sfuriate.

I pensieri dell'individuo possono correre, spesso, più velocemente di quanto possano essere articolati. Alcuni individui con Episodi Maniacali riferiscono che questa esperienza può essere rapportata al guardare due o tre programmi televisivi simultaneamente. Frequentemente, è presente fuga delle idee evidenziata da un flusso quasi continuo di eloquio accelerato, con bruschi cambiamenti di argomento. Ad esempio, un agente di vendita, che sta parlando di un affare potenziale che riguarda la vendita di computer, può passare a discutere dettagliatamente la storia del computer chip, la rivoluzione industriale o la matematica applicata. Quando la fuga delle idee è grave, l'eloquio può diventare disorganizzato e incoerente.

La distraibilità è evidenziata dall'incapacità di filtrare gli stimoli esterni irrilevanti (per es., la cravatta dell'intervistatore, i rumori di fondo o di conversazione o l'arredamento della stanza). Vi può essere una ridotta capacità di distinguere i pensieri pertinenti all'argomento da quelli che sono solo scarsamente rilevanti o chiaramente irrilevanti.

L'aumento di attività finalizzata spesso implica un'eccessiva pianificazione e partecipazione ad attività multiple (per es., sessuali, lavorative, politiche e religiose). È spesso presente un aumento della libido, delle fantasie e dei comportamenti sessuali. L'individuo può intraprendere simultaneamente diverse nuove avventure senza curarsi dei rischi apparenti o della necessità di completare in modo soddisfacente ogni avventura. Quasi invariabilmente vi è un aumento della socievolezza (per es., rinnovare vecchie conoscenze o chiamare amici o anche estranei a tutte le ore del giorno e della notte) senza riguardo per la natura intrusiva, prepotente e pretenziosa di queste interazioni. Gli individui spesso mostrano agitazione psicomotoria o irrequietezza, camminando avanti e indietro o sostenendo simultaneamente conversazioni multiple (per es., per telefono e di persona nello stesso tempo). Alcuni individui scrivono fiumi di lettere, trattando diversi argomenti, ad amici, a personaggi pubblici o ai media.

L'espansività, l'ottimismo ingiustificato, la grandiosità e la mancanza di giudizio spesso inducono ad un imprudente coinvolgimento in attività piacevoli, quali eccessi nel comprare, guida spericolata, investimenti in affari avventati e comportamento sessuale insolito per l'individuo, anche se queste attività possono avere conseguenze spiacevoli. L'individuo può acquistare molti oggetti non necessari (per es., 20 paia di scarpe, costosi oggetti di antiquariato) senza avere il denaro per pagarli. Il comportamento sessuale insolito può includere infedeltà o incontri sessuali indiscriminati con sconosciuti. La compromissione che risulta dal disturbo deve essere sufficientemente grave da causare una menomazione marcata nel funzionamento o da richiedere l'ospedalizzazione per proteggere l'individuo dalle conseguenze negative di azioni che risultano dalla scarsa capacità di giudizio (per es., perdite finanziarie, attività illegali, perdita del lavoro, comportamento aggressivo). Per definizione, la presenza di manifestazioni psicotiche durante un Episodio Maniacale comporta una compromissione marcata nel funzionamento.

Sintomi come quelli visti in un Episodio Maniacale possono essere dovuti agli effetti diretti di una terapia antidepressiva, terapia elettroconvulsivante, light therapy o medicinali prescritti per altre condizioni mediche generali (per es., corticosteroidi). Tali manifestazioni non vengono considerate Episodi Maniacali e non comportano la diagnosi di Disturbo Bipolare (I o II). Ad esempio, se un soggetto con un Disturbo Depressivo Ricorrente sviluppa sintomi maniacali durante una terapia antidepressiva, l'episodio viene diagnosticato come Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze, con Manifestazioni Maniacali e la diagnosi non viene spostata da Disturbo Depressivo Maggiore a Disturbo Bipolare I. Vi è qualche evidenza che vi possa essere una "diatesi" bipolare in individui che sviluppano episodi di tipo maniacale in seguito ad un trattamento somatico per la depressione. Tali individui possono avere una maggiore probabilità di futuri Episodi Maniacali, Misti o Ipomaniacali senza relazione con sostanze o trattamenti somatici per la depressione. Questo può essere una considerazione particolarmente importante nei bambini e negli adolescenti.

B) Manifestazioni e disturbi associati

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati. Gli individui con Episodio Maniacale frequentemente non riconoscono di essere malati e oppongono resistenza al trattamento. Possono partire impulsivamente per altre città, perdendo i contatti con i familiari e con chi si prende cura di loro. Possono cambiare il vestiario, il trucco o l'aspetto personale per uno stile più seducente o drammaticamente vistoso per loro non caratteristico. Possono intraprendere attività che hanno un'impronta di disorganizzazione e bizzarria (per es., distribuzione di dolciumi, monete o consigli ai passanti). Il gioco d'azzardo e comportamenti antisociali possono accompagnare l'Episodio Maniacale. I principi etici possono essere trascurati anche da coloro che sono tipicamente molto coscienti (per es., un agente di cambio compra e vende azioni in modo inappropriato senza la conoscenza o il permesso da parte del cliente; uno scienziato si appropria di dati di altri). La persona può essere ostile e minacciare fisicamente gli altri. Alcuni individui, specialmente quelli con manifestazioni psicotiche, possono diventare aggressivi fisicamente o suicidi. Le conseguenze spiacevoli di un Episodio Maniacale spesso derivano dalla scarsa capacità di giudizio e dall'iperattività (per es., ospedalizzazione obbligatoria, difficoltà con la legge o gravi difficoltà finanziarie). Alla remissione dell'Episodio Maniacale, la maggior parte degli individui si rammarica per i comportamenti tenuti durante l'Episodio Maniacale. Alcuni individui riferiscono una maggiore acuità olfattiva, visiva e uditiva (per es., i colori appaiono molto brillanti). Quando sono presenti sintomi catatonici (per es., stupor, mutacismo, negativismo e assunzione di atteggiamenti posturali) può essere indicata la specificazione Con Manifestazioni Catatoniche. L'umore può passare rapidamente alla rabbia o alla depressione. I sintomi depressivi possono durare momenti, ore o più raramente giorni. Non infrequentemente sono presenti simultaneamente sintomi depressivi e sintomi maniacali. Se sono evidenti ogni giorno per almeno una settimana i criteri sia per l'Episodio Depressivo che per l'Episodio Maniacale, l'episodio è considerato un Episodio Misto. Quando si sviluppa un Episodio

Maniacale, vi è spesso un aumento sostanziale nell'uso di alcool o di stimolanti, che può esacerbare o prolungare l'episodio.

Reperti di laboratorio associati Non è stato identificato alcun dato di laboratorio patognomonico di un Episodio Maniacale. Comunque, diversi dati di laboratorio sono risultati anormali in gruppi di individui con Episodi Maniacali rispetto ai soggetti di controllo. I dati di laboratorio degli Episodi Maniacali includono anomalie polisonnografiche, aumento della secrezione di cortisolo e assenza di nonsoppressione con desametasone. Vi possono essere anomalie che riguardano i sistemi neurotrasmettitoriali della norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina o acido gamma-amminobutirrico, come dimostrato da studi dei metaboliti dei neurotrasmettitori, del funzionamento recettoriale, della stimolazione farmacologica e della funzione neuroendocrina.

C) Caratteristiche collegate a cultura, età e genere

Le considerazioni culturali suggerite per gli Episodi Depressivi Maggiori sono pertinenti anche per gli Episodi Maniacali. Gli Episodi Maniacali negli adolescenti con maggior probabilità includono manifestazioni psicotiche e possono essere associati con assenteismo scolastico, comportamento antisociale, insuccesso scolastico o uso di sostanze. Una minoranza significativa di adolescenti sembra avere una storia di problemi comportamentali di vecchia data che precedono l'esordio di un Episodio Maniacale franco. Non è chiaro se questi problemi rappresentino un prodromo prolungato del Disturbo Bipolare o un disturbo indipendente. Vedi le sezioni corrispondenti dei testi per il Disturbo Bipolare I e per il Disturbo Bipolare II per le informazioni specifiche riguardanti il genere.

D) Decorso

L'età media di esordio per un primo Episodio Maniacale è all'inizio del primo ventennio, ma alcuni casi iniziano nell'adolescenza, ed altri dopo i 50 anni. Gli Episodi Maniacali tipicamente iniziano improvvisamente, con una rapida intensificazione dei sintomi in pochi giorni. Frequentemente gli Episodi Maniacali si presentano in seguito ad eventi psicosociali stressanti. Gli episodi di solito durano da poche settimane a diversi mesi e sono più brevi e più improvvisi rispetto agli Episodi Depressivi Maggiori. In molti casi (50-60%), un Episodio Depressivo Maggiore precede o segue immediatamente un Episodio Maniacale, senza un periodo intercorrente di eutimia. Se l'Episodio Maniacale si verifica nel periodo postpartum, vi può essere un aumento del rischio di recidive nei periodi postpartum successivi ed è applicabile la specificazione Con Esordio nel Postpartum.

E) Diagnosi differenziale

Un Episodio Maniacale deve essere distinto da un Disturbo dell'Umore Dovuto a una Condizione Medica Generale. La diagnosi appropriata è Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale se il disturbo dell'umore è ritenuto conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale specifica (per es., sclerosi multipla, tumore cerebrale, sindrome di Cushing). Questa determinazione si basa su storia, dati di laboratorio o esame fisico. Se si giudica che i sintomi maniacali non siano la conseguenza fisiologica diretta della condizione medica generale, il Disturbo dell'Umore principale si registra sull'Asse I (per es., Disturbo Bipolare I) e la condizione medica generale si registra sull'Asse III (per es., infarto del miocardio). Un esordio tardivo di un primo Episodio Maniacale (per es., dopo i 50 anni) dovrebbe allarmare il clinico sulla possibilità di una eziologia medica generale o da sostanze. Un Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze si distingue da un Episodio Maniacale perché 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 Maniacale possono essere precipitati da una droga di abuso (per es., i sintomi maniacali che si presentano solo nell'ambito di una intossicazione da cocaina dovrebbero essere diagnosticati come Disturbo dell'Umore Indotto da Cocaina, con Manifestazioni Maniacali, con Esordio Durante l'Intossicazione). Sintomi analoghi a quelli osservati in un Episodio Maniacale possono essere anche precipitati da trattamenti antidepressivi, come medicinali, terapia elettroconvulsivante o light therapy. Anche tali episodi sono 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 Maniacale primario stesse iniziando mentre la persona stava ricevendo il trattamento.

Gli Episodi Maniacali dovrebbero essere distinti dagli Episodi Ipomaniacali. Sebbene gli Episodi Maniacali e gli Episodi Ipomaniacali abbiano una identica lista di sintomi caratteristici, il disturbo 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.

Gli Episodi Depressivi con umore irritabile predominante possono essere difficilmente distinguibili dagli Episodi Maniacali con umore irritabile o dagli Episodi Misti. Questa determinazione richiede una attenta valutazione clinica della presenza di sintomi maniacali. Se risultano soddisfatti i criteri sia per l'Episodio Maniacale che per l'Episodio Depressivo Maggiore, quasi ogni giorno, per almeno 1 settimana, questo costituisce un Episodio Misto.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività e l'Episodio Maniacale sono caratterizzati entrambi 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), per il decorso cronico anziché episodico, la mancanza di esordi e remissioni relativamente netti e l'assenza di umore anormalmente espanso o elevato o manifestazioni psicotiche.

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

I criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 per l'Episodio Maniacale contengono nove item, diversamente dai sette item del set di criteri nel DSM-IV; i due item addizionali sono rappresentati da marcata energia sessuale o indiscrezione e perdita delle normali inibizioni sociali. Comunque, il numero degli item richiesti dai criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 rimane lo stesso rispetto al DSM-IV (cioè, tre item se l'umore è euforico, quattro se è irritabile), il che rende probabile una diagnosi più inclusiva per gli Episodi Maniacali nell'ICD-10.