

DSM-IV

6: Disturbi dell'Umore

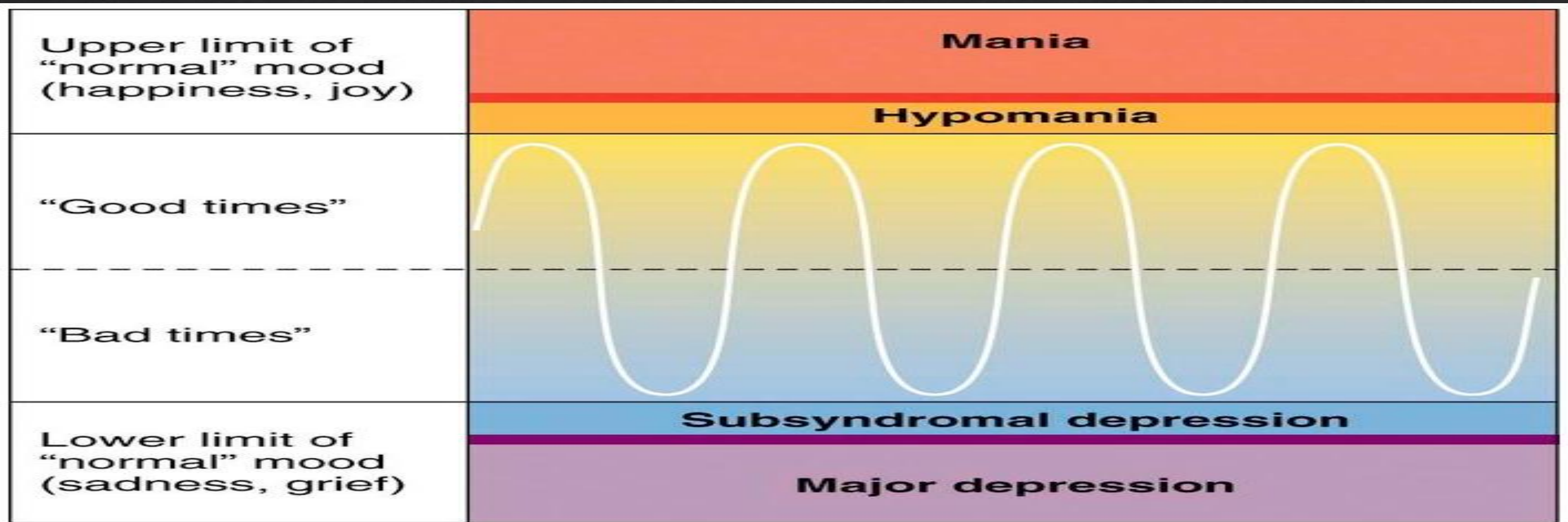
Disturbi Depressivi
Disturbi Bipolari



DSM-5

3: Disturbo Bipolare

4: Disturbi Depressivi



3. Disturbo bipolare e disturbi correlati

____.____	(____.____)	Disturbo bipolare I^a (144)
____.____	(____.____)	<i>Attuale o più recente episodio maniacale</i>
296.41	(F31.11)	Lieve
296.42	(F31.12)	Moderato
296.43	(F31.13)	Grave
296.44	(F31.2)	Con caratteristiche psicotiche
296.45	(F31.73)	In remissione parziale
296.46	(F31.74)	In remissione completa
296.40	(F31.9)	Non specificato
296.40	(F31.0)	<i>Attuale o più recente episodio ipomaniacale</i>
296.45	(F31.71)	In remissione parziale
296.46	(F31.72)	In remissione completa
296.40	(F31.9)	Non specificato
____.____	(____.____)	<i>Attuale o più recente episodio depressivo</i>
296.51	(F31.31)	Lieve
296.52	(F31.32)	Moderato
296.53	(F31.4)	Grave
296.54	(F31.5)	Con caratteristiche psicotiche
296.55	(F31.75)	In remissione parziale
296.56	(F31.76)	In remissione completa
296.50	(F31.9)	Non specificato
296.7	(F31.9)	<i>Attuale o più recente episodio non specificato</i>

296-89	(F31.81)	Disturbo bipolare II^a (154) <i>Specificare</i> l'attuale o più recente episodio: Ipomaniacale; Depressivo <i>Specificare</i> il decorso se attualmente non sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore: In remissione parziale; In remissione completa <i>Specificare</i> la gravità se attualmente sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore: Lieve; Moderata; Grave
301.13	(F34.0)	Disturbo ciclotimico (162) <i>Specificare</i> se: Con ansia
____.____	(____.____)	Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci (164) Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per la codifica ICD-9-CM e ICD-10-CM. <i>Specificare</i> se: Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza
293-83	(____.____) (F06.33) (F06.33) (F06.34)	Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica (168) <i>Specificare</i> se: Con caratteristiche maniacali Con episodio simil-maniacale o simil-ipomaniacale Con caratteristiche miste
296.89	(F31.89)	Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione (171)
296.80	(F31.9)	Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione (172)



Mania Grave
Ipomania

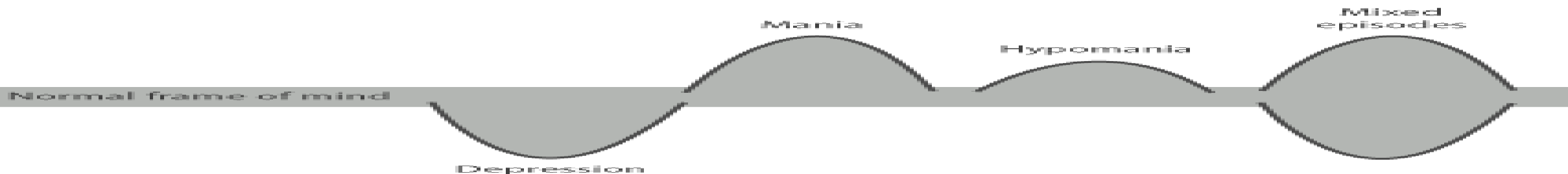
Polarità dell'umore

Umore Normale/Bilanciato



Depressione media/moderata
Depressione grave

Phases of Bipolar Disorder



Disturbo Bipolare I

I criteri del disturbo bipolare I rappresentano la visione moderna del disturbo maniaco-depressivo classico o della psicosi affettiva descritta nel XIX secolo

**Manic-
Depressive
Insanity and
Paranoia**

Emil Kraepelin

Differiscono da queste descrizioni solo nella misura in cui né la psicosi né l'esperienza lifetime di un episodio depressivo maggiore rappresentano un requisito

Tuttavia, la maggior parte degli individui i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri per un episodio maniacale esperisce anche episodi depressivi maggiori durante il corso della vita



Bipolar I Illness (Disorder)

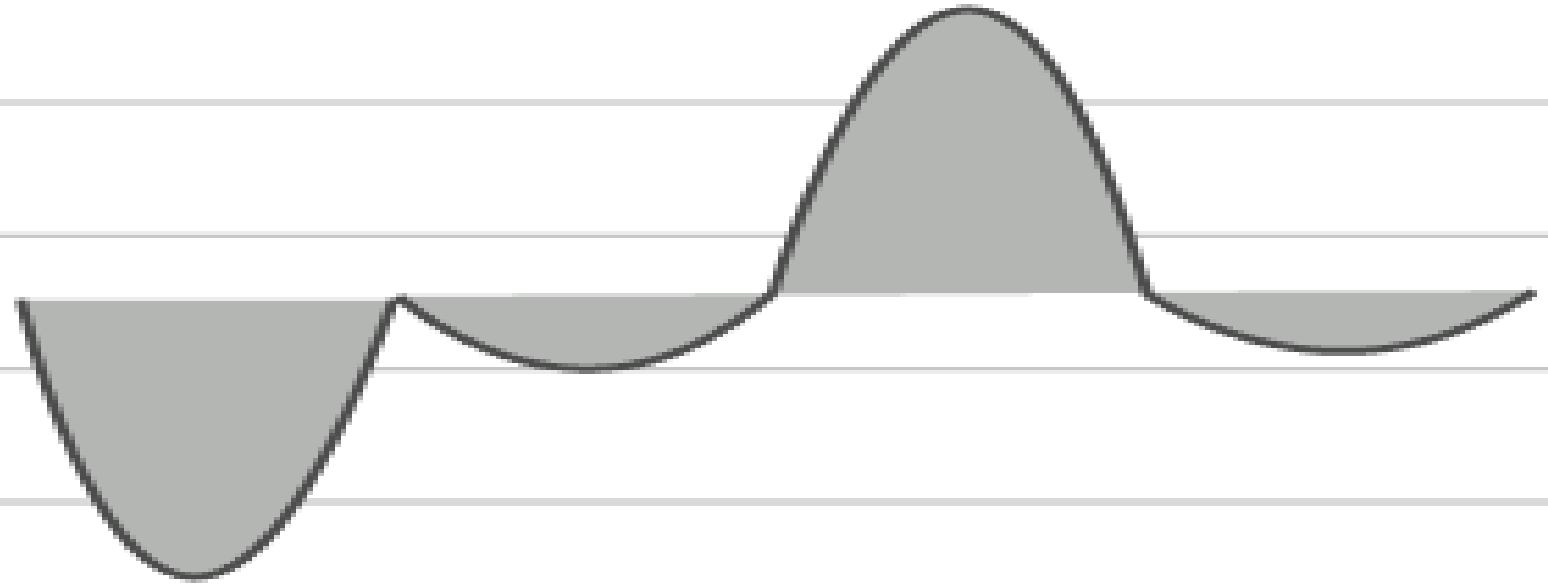
Mania

Hypomania

Normal frame of mind

Slight depression

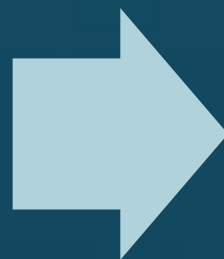
Severe depression



Gli episodi depressivi maggiori sono comuni nel disturbo bipolare I ma non sono richiesti per la diagnosi di disturbo bipolare I

Per la diagnosi di **disturbo bipolare I**, è necessario soddisfare i seguenti criteri per un episodio maniacale

L'episodio maniacale può essere preceduto e può essere seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori



Criterio A

Un periodo definito di **umore anormalmente e persistentemente elevato espanso o irritabile**

e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia

della durata di almeno 1 settimana e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (o di qualsiasi durata, se è necessaria l'ospedalizzazione)

Criterio B: Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, 3 (o più) dei seguenti sintomi (4, se l'umore è solo irritabile) sono presenti a un livello significativo e rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale:

1. Autostima ipertrofica o grandiosità

2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno)

3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.

4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente

5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), riferita o osservata.

6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (cioè attività immotivata non finalizzata).

7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).

Criterio C: Compromissione sociale

- L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

Criterio D: Sostanze

- L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento) o a un'altra condizione medica.



Nota: Un episodio maniacale completo che emerge durante un trattamento antidepressivo (cioè farmaci, terapia elettroconvulsiva), ma che persiste a un livello sindromico completo che va oltre l'effetto fisiologico del trattamento, costituisce un'evidenza sufficiente per un episodio maniacale e, quindi, per una diagnosi di disturbo bipolare I.

I Criteri A-D
costituiscono un
episodio maniacale



Per una diagnosi di disturbo
bipolare I è richiesto almeno
un episodio maniacale
nell'arco di vita

Peak/Mystical Experience Subjective Symptoms

Psychedelic induced

- Altered sense of time
- Altered sense of self
- Sense that “everything is connected”
- Sense of wonder/awe
- Labile affect
- Panic re: ego disintegration
- Loosening of associations

Manic episode

- Inflated self-esteem/
Grandiosity
- Sense that “everything is connected”
- Sense of wonder/awe
- Labile affect
- Racing thoughts/flight of ideas

Episodio Maniacale

Criteri

Episodio Ipomaniacale

durata di almeno 1 settimana

A

Durata di almeno 4 giorni consecutivi

3 (o più) di 7 sintomi
(quattro, se l'umore è solo irritabile)

B

3 (o più) di 7 sintomi
(quattro, se l'umore è solo irritabile)

Compromissione sociale

C

L'episodio è associato a un evidente cambiamento nel funzionamento, che non è caratteristico dell'individuo quando è asintomatico

Criteri

Episodio Ipomaniacale

D

L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel funzionamento sono osservabili dagli altri.

E

L'episodio non è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione. Se sono presenti manifestazioni psicotiche, l'episodio è, per definizione, maniacale.

F

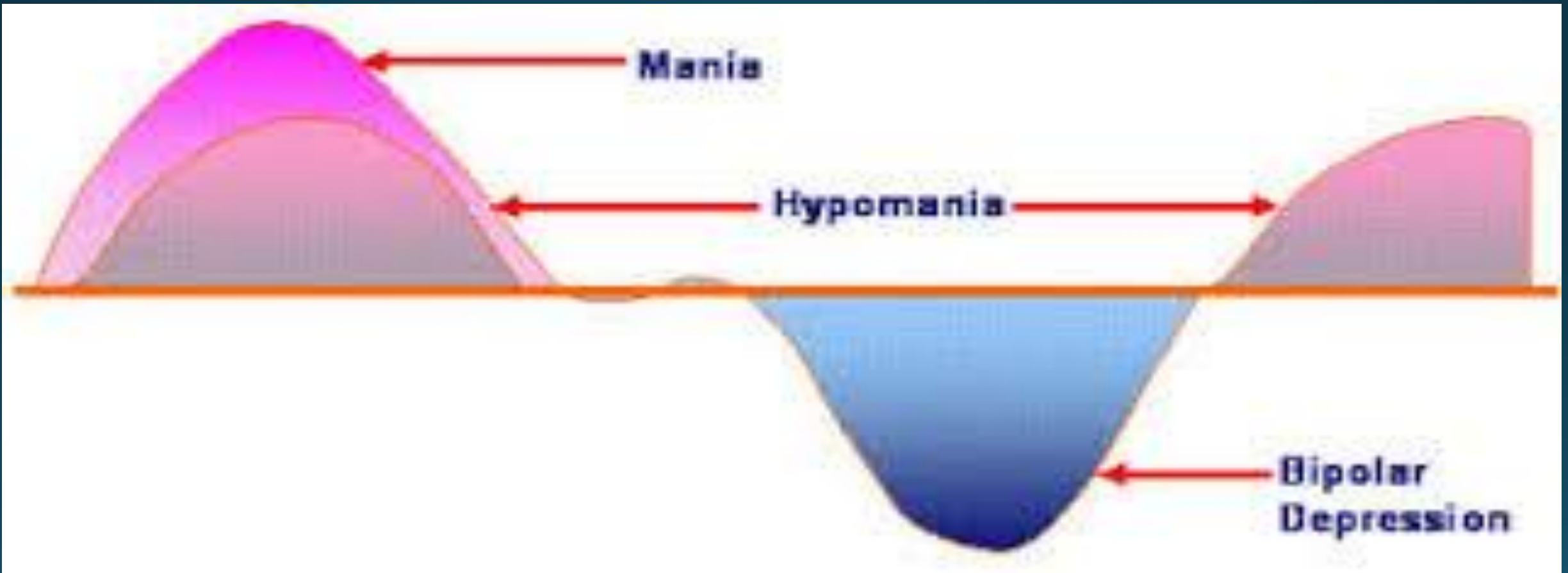
Come D)
dell'episodio
maniacale

Tuttavia, è indicata cautela in modo che uno o due sintomi (in particolare un aumento di irritabilità, nervosismo o agitazione a seguito di uso di antidepressivi) non vengano considerati come sufficienti per una diagnosi di episodio ipomaniacale, né necessariamente indicativi di una diatesi bipolare

I Criteri A-F
costituiscono un
episodio
ipomaniacale



Episodi ipomaniacali sono
comuni nel disturbo bipolare I
ma non sono richiesti per la
diagnosi di disturbo bipolare I



Disturbo Bipolare I

Criterio A:

- Sono stati soddisfatti i criteri per almeno un episodio maniacale (Criteri A-D sotto "Episodio maniacale", sopra)

Criterio B:

- Il verificarsi dell'episodio (o di episodi) maniacale e depressivo maggiore non è meglio spiegato da

Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione

Disturbo delirante

Disturbo schizofreniforme

Schizofrenia

 Disturbo schizoaffettivo

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Durante un episodio maniacale, gli individui spesso non percepiscono di essere malati oppure di avere necessità di un trattamento e resistono in modo veemente agli sforzi fatti per curarli

Gli individui possono modificare il proprio abbigliamento, trucco oppure il proprio aspetto personale secondo uno stile sessualmente più allusivo o stravagante

Gioco d'azzardo e comportamenti antisociali possono accompagnare l'episodio maniacale

Alcuni individui possono diventare ostili e fisicamente pericolosi per gli altri e, quando deliranti, possono diventare fisicamente aggressivi o a rischio di suicidio

Le conseguenze catastrofiche di un episodio maniacale (per es., ospedalizzazione obbligatoria, problemi con la legge o gravi difficoltà finanziarie) spesso derivano da scarsa capacità di giudizio, perdita dell'insight e iperattività

L'umore può passare molto rapidamente alla rabbia o alla depressione. I sintomi depressivi possono verificarsi durante un episodio maniacale e, se presenti, possono durare momenti, ore o, più raramente, giorni (specificatore "con caratteristiche miste")

Sviluppo

L'età media di esordio del primo episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo è di **circa 18 anni** per il disturbo bipolare I.

L'esordio si verifica in qualsiasi momento del ciclo di vita, compresi gli esordi a 60 o 70 anni.

L'esordio dei sintomi maniacali (per es., disinibizione sessuale o sociale) in tarda mezza età o in tarda età dovrebbe suggerire la considerazione di condizioni mediche (per es., disturbo neurocognitivo frontotemporale) e di assunzione di sostanze o astinenza da sostanze

Decorso

Oltre il 90% degli individui che hanno un singolo episodio maniacale continua ad avere ricorrenti episodi di alterazione dell'umore

Circa il 60% degli episodi maniacali si verifica immediatamente prima di un episodio depressivo maggiore

Gli individui con disturbo bipolare I che hanno episodi di alterazione dell'umore (depressivi maggiori, maniacali, ipomaniacali) multipli (4 o più) nel giro di 1 anno ricevono lo specificatore **"con cicli rapidi"**

Fattori di rischio: Genetici e Fisiologici

Bipolar Genetic Risk Chart	
Relationship	Prevalence
General population	1%
Two affected parents	50 – 65%
One affected parent, child, or sibling	5 – 20%
One affected second-degree relative (grandparent, grandchild, aunt, uncle, niece, nephew, half-sibling)	5%

Una storia familiare di disturbo bipolare è uno dei fattori di rischio più forti e coerenti per i disturbi bipolari

Vi è un aumento del rischio medio maggiore di 10 volte tra parenti adulti di individui con disturbo bipolare I e disturbo bipolare II

L'entità del rischio aumenta con il grado di parentela.

Probabilmente la schizofrenia e il disturbo bipolare condividono una base genetica che si riflette in una co-aggregazione familiare della schizofrenia e del disturbo bipolare

Schizophrenia Genetic Risk Chart	
Relationship	Prevalence
General population	1%
Two affected parents	45%
One affected parent, child, or sibling	6-13%
One affected second-degree relative (grandparent, grandchild, aunt, uncle, niece, nephew, half-sibling)	2-5%



**EVERY 40
SECONDS
SOMEONE IN
THE WORLD
DIES BY
SUICIDE.**

**EVERY 41
SECONDS
SOMEONE
IS LEFT TO
MAKE SENSE
OF IT.**

Rischio di suicidio

Il rischio suicidario è stimato essere nell'arco di vita almeno **15 volte** quello della popolazione generale



Il disturbo bipolare può spiegare **un quarto** di tutti i suicidi portati a termine

Una storia pregressa di tentativi di suicidio e la percentuale dei giorni passati in depressione negli ultimi anni sono associate a un maggiore rischio di tentativi di suicidio o di suicidi portati a termini

Disturbo Bipolare II

Bipolar II Illness (Disorder)

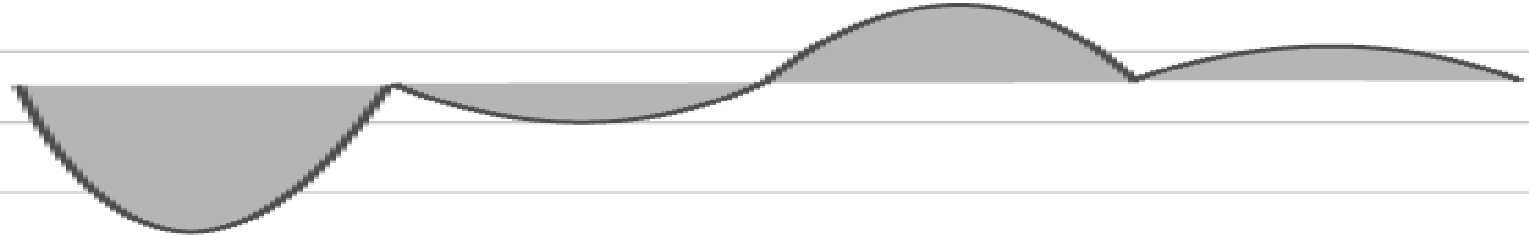
Mania

Hypomania

Normal frame of mind

Slight depression

Severe depression



Non è più considerato una condizione "più lieve" rispetto al disturbo bipolare I

Per la quantità di tempo che trascorrono nella depressione

e per instabilità dell'umore da loro vissuta, accompagnata da una seria compromissione del funzionamento lavorativo e sociale

E' necessario soddisfare i criteri per

un attuale o pregresso episodio ipomaniacale

un attuale o pregresso episodio depressivo maggiore

A

- Sono soddisfatti i criteri per almeno un episodio ipomaniacale (Criteri A-F) e per almeno un episodio depressivo maggiore

B

- Non vi è mai stato un episodio maniacale

C

- Il verificarsi dell'episodio/i ipomaniacale e dell'episodio/i depressivo maggiore non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo, da schizofrenia, da un disturbo schizofreniforme, da un disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione

D

- I sintomi della depressione oppure l'imprevedibilità causati dalla frequente alternanza tra periodi di depressione e di ipomania causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Sviluppo

L'età media di esordio del primo episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo è di circa 18 anni per il disturbo bipolare I.

L'esordio si verifica in qualsiasi momento del ciclo di vita, compresi gli esordi a 60 o 70 anni.

Nonostante il disturbo bipolare II possa cominciare in tarda adolescenza e durante tutta l'età adulta, l'età media di esordio è intorno alla metà della terza decade, cioè leggermente più tardi rispetto al disturbo bipolare I ma più precocemente rispetto al disturbo depressivo maggiore

Decorso

Oltre il 90% degli individui che hanno un singolo episodio maniacale continua ad avere ricorrenti episodi di alterazione dell'umore

Circa il 60% degli episodi maniacali si verifica immediatamente prima di un episodio depressivo maggiore

Gli individui con disturbo bipolare I che hanno episodi di alterazione dell'umore (depressivi maggiori, maniacali, ipomaniacali) multipli (4 o più) nel giro di 1 anno ricevono lo specificatore "con cicli rapidi"

Sviluppo

Nonostante il disturbo bipolare II possa cominciare in tarda adolescenza e durante tutta l'età adulta, l'età media di esordio è intorno alla metà della terza decade, cioè leggermente più tardi rispetto al disturbo bipolare I ma più precocemente rispetto al disturbo depressivo maggiore

La patologia comincia spesso con un episodio depressivo e non viene riconosciuta come disturbo bipolare II finché non si verifica un episodio ipomaniacale; questo accade in circa il 12% degli individui con una diagnosi iniziale di disturbo depressivo maggiore

Anche disturbi d'ansia, da uso di sostanze o dell'alimentazione possono precedere la diagnosi, complicando la sua individuazione

Molti individui esperiscono alcuni episodi di depressione maggiore prima del riconoscimento del primo episodio ipomaniacale

Decorso

Il numero di episodi lifetime (sia episodi ipomaniacali sia episodi depressivi maggiori) tende a essere più elevato per il disturbo bipolare II rispetto al disturbo depressivo maggiore o al disturbo bipolare I

Tuttavia, gli individui con disturbo bipolare I hanno in realtà più probabilità di fare esperienza di sintomi ipomaniacali rispetto agli individui con disturbo bipolare II

L'intervallo tra gli episodi dell'umore nel corso del disturbo bipolare II tende a decrescere con l'invecchiare dell'individuo

Mentre l'episodio ipomaniacale è la caratteristica che definisce il disturbo bipolare II, gli episodi depressivi sono più duraturi e invalidanti nel tempo

Nonostante la predominanza della depressione, una volta che si è verificato un episodio ipomaniacale la diagnosi diventa di disturbo bipolare II e non si riconverte mai in disturbo depressivo maggiore

Il passaggio da un episodio depressivo a un episodio ipomaniacale (con o senza caratteristiche miste) può verificarsi sia spontaneamente sia durante il trattamento della depressione



Circa il 5-15% degli individui con disturbo bipolare II svilupperà alla fine un episodio maniacale, che modifica la diagnosi in disturbo bipolare I, indipendentemente dal successivo decorso

Fattori di rischio: Genetici e Fisiologici

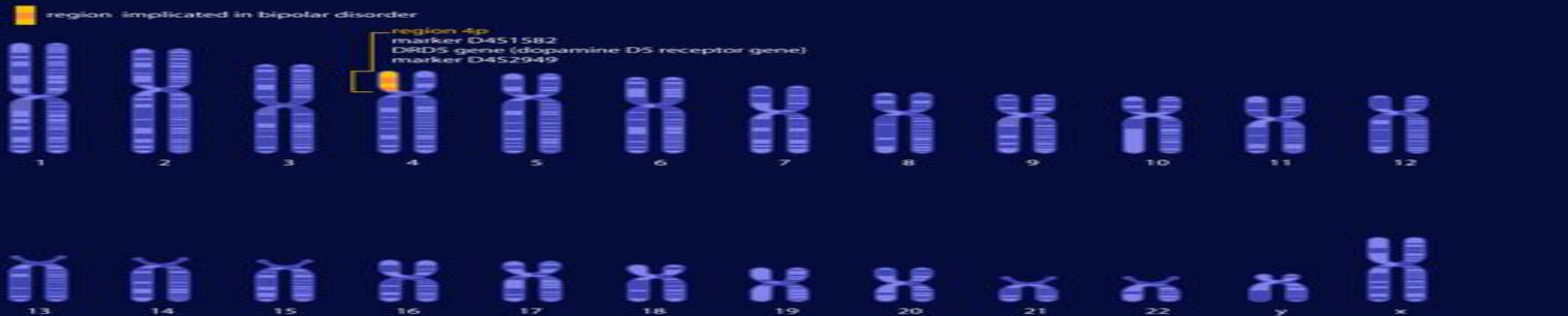
Figure 1. Bipolar I and Bipolar II Similarities and Differences



Source: Reference 1.

Il rischio di disturbo bipolare II tende a essere più elevato tra parenti degli individui con disturbo bipolare II, al contrario degli individui con disturbo bipolare I o disturbo depressivo maggiore

Possono esservi fattori genetici che influenzano l'età di esordio dei disturbi bipolari





Rischio di suicidio

Il rischio suicidario è alto nel disturbo bipolare II
Circa un terzo degli individui con disturbo bipolare II riferisce una storia lifetime di tentativi di suicidio.

I tassi di prevalenza di tentati suicidi lifetime nel disturbo bipolare I e II sembrano essere simili (rispettivamente 32,4% e 36,3%).



Può esservi un'associazione tra marker genetici e aumentato rischio di comportamenti suicidari in individui con disturbo bipolare, compreso un rischio di suicidio 6,5 volte maggiore tra parenti di primo grado di probandi con disturbo bipolare II confrontati con quelli con disturbo bipolare I.

Tuttavia, la letalità dei tentativi, come definito da un rapporto più basso tra tentativi di suicidio e suicidi portati a termine, può essere maggiore negli individui con disturbo bipolare II rispetto agli individui con disturbo bipolare I.

10 Specificatori

1. Con ansia

2. Con caratteristiche miste

3. Con cicli rapidi

**4. Con caratteristiche
melancoliche**

5. Con caratteristiche atipiche

**6. Con caratteristiche psicotiche
congruenti all'umore**

**7. Con caratteristiche psicotiche
non congruenti all'umore**

8. Con catatonia

9. Con esordio nel peripartum

10. Con andamento stagionale

Episodio maniaco o ipomaniacale, con caratteristiche miste

Sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio maniaco o ipomaniacale e sono presenti almeno tre dei seguenti sintomi durante la maggior parte dei giorni dell'attuale o più recente episodio di mania o ipomania

1. Disforia rilevante o umore depresso come riportato dall'individuo (per es., si sente solo/a, vuoto/a) o dall'osservazione fatta da altri (per es., l'individuo sembra sul punto di piangere).



2. Diminuito interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività (come indicato dalla considerazione soggettiva o dall'osservazione fatta da altri)



3. Rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni (osservabile da altri; non semplicemente l'impressione soggettiva di essere rallentati).



4. Faticabilità o mancanza di energia.



5. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (non semplicemente autoaccusa o sentimento di colpa per il fatto di essere ammalato/a).



6. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

Mixed Episodes

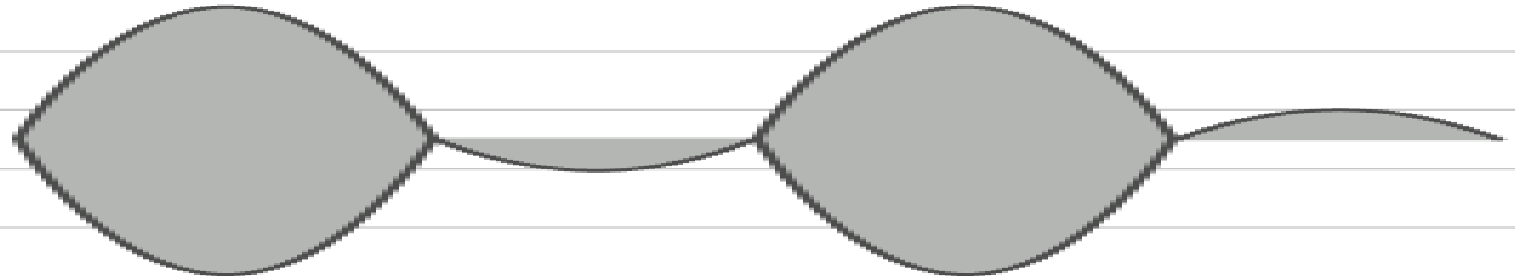
Mania

Hypomania

Normal frame of mind

Slight depression

Severe depression



Criterio B

- I sintomi misti sono osservabili da altri e rappresentano un cambiamento del comportamento abituale dell'individuo.

Criterio C

- Per gli individui i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri per mania e depressione simultaneamente, la diagnosi dovrebbe essere di episodio maniacale, con caratteristiche miste, dovuto a marcata compromissione e gravità clinica della completa mania

Criterio D

- I sintomi misti non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco o un altro trattamento).

Con cicli rapidi (può essere applicato al disturbo bipolare I o bipolare II):
Presenza di almeno quattro episodi dell'umore nei precedenti 12 mesi che soddisfano i criteri per un episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo.

Rapid Cycling

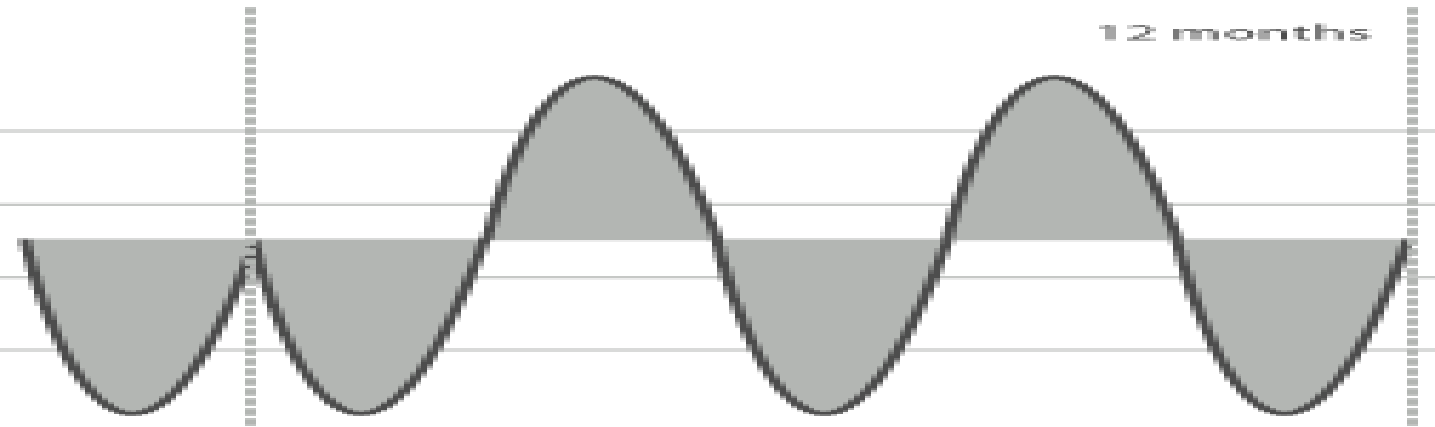
Mania

Hypomania

Normal frame of mind

Slight depression

Severe depression



Gli episodi sono demarcati sia da remissioni parziali o complete di almeno 2 mesi o da un passaggio a un episodio di polarità opposta (per es., da episodio depressivo maggiore a episodio maniacale).

Possono verificarsi in qualsiasi combinazione o ordine. A eccezione del fatto che si verificano più frequentemente, gli episodi che si succedono con pattern a cicli rapidi non sono diversi da quelli con pattern non a cicli rapidi.

Con caratteristiche psicotiche:

Deliri e allucinazioni si presentano in qualsiasi momento dell'episodio

Congruenti all'umore



Non congruenti all'umore

Il contenuto di tutti i deliri e allucinazioni è coerente con le tipiche tematiche maniacali di grandiosità, invulnerabilità

ma possono anche comprendere tematiche di sospettosità o paranoia, soprattutto nei confronti di dubbi di altri circa le capacità dell'individuo, i risultati, e così via

Il contenuto di deliri e allucinazioni non è coerente con la polarità delle tematiche dell'episodio come descritto sopra

oppure il contenuto è un misto di tematiche congruenti all'umore e non congruenti all'umore

Disturbo Ciclotimico

Cyclothymia

Mania

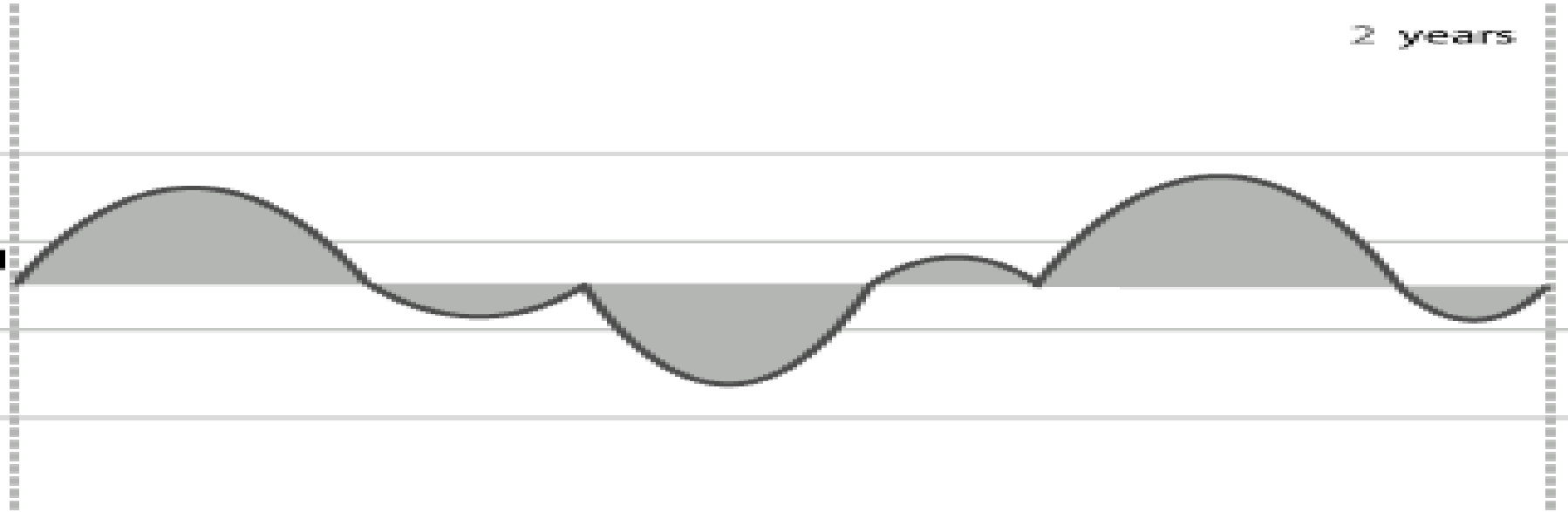
Hypomania

Normal frame of mind

Slight depression

Severe depression

2 years



La diagnosi di disturbo ciclotimico viene attribuita agli adulti che esperiscono per almeno 2 anni (per i bambini, un anno intero) periodi sia ipomaniacali sia depressivi senza mai soddisfare pienamente i criteri per un episodio di mania, di ipomania o di depressione maggiore

Criterio A

- Per almeno **2 anni** (almeno 1 anno nei bambini e negli adolescenti) ci sono stati numerosi periodi con sintomi ipomaniacali che non soddisfano i criteri per un episodio ipomaniacale e numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore

Criterio B

- Durante questo periodo di 2 anni (1 anno nei bambini e negli adolescenti), i periodi ipomaniacali e depressivi sono stati presenti per almeno **metà del tempo** e l'individuo non è stato senza sintomi per **più di 2 mesi**.

Criterio C

- Non sono mai stati soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale.

Criterio D

- I sintomi del Criterio A non sono meglio spiegati da disturbo schizoaffettivo, schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione

Criterio E

- I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo)

Criterio F

- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti

L'esordio di sintomi ipomaniacali e depressivi persistenti e fluttuanti nella tarda età adulta deve essere chiaramente differenziato dal disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica e dal disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica (per es., sclerosi multipla) prima di assegnare la diagnosi di disturbo ciclotimico

Il disturbo ciclotimico di solito ha un esordio insidioso e un decorso persistente. Vi è un rischio del 15-50% che un individuo con disturbo ciclotimico sviluppi in seguito il disturbo bipolare I o il disturbo bipolare II

Il disturbo ciclotimico di solito esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta e a volte si ritiene che rispecchi una predisposizione temperamentale ad altri disturbi dell'umore

Sviluppo e decorso

Fattori di rischio: Genetici e Fisiologici

Il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare I e il disturbo bipolare II sono più comuni tra i familiari di primo grado degli individui con disturbo ciclotimico che nella popolazione generale

Ci può anche essere un aumentato rischio familiare di disturbi correlati a sostanze.

Il disturbo ciclotimico può essere più comune nei familiari di primo grado degli individui con disturbo bipolare I che nella popolazione generale

Mood Disorders



Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica

Criterio A

- Un periodo rilevante e persistente di umore anormalmente elevato, espanso o irritabile e un aumento anomalo di attività o energia che predomina nel quadro clinico

Criterio B

- Vi è evidenza da storia, esame obiettivo o dati di laboratorio che l'alterazione è la conseguenza patofisiologica diretta di un'altra condizione medica

Criterio C

- L'alterazione non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale

Criterio D

- L'alterazione non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium.

Specificatori

Con caratteristiche maniacali: Non sono soddisfatti pienamente tutti i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale

Con episodio simil-maniacale o simil-ipomaniacale: Sono soddisfatti pienamente tutti i criteri tranne il Criterio D per un episodio maniacale o tranne il Criterio F per un episodio ipomaniacale

Con caratteristiche miste: Sono presenti anche sintomi di depressione ma non predominano nel quadro clinico

242.90 [E05.90] ipertiroidismo;
293.83 [F06.33] disturbo bipolare dovuto a ipertiroidismo, con caratteristiche maniacali

1. Episodi ipomaniacali di breve durata (2-3 giorni) ed episodi depressivi maggiori

- La storia lifetime di uno o più episodi depressivi maggiori in individui le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale, ma che hanno esperito due o più episodi di ipomania di breve durata che soddisfano pienamente i criteri sintomatici per un episodio ipomaniacale, ma della durata di soli 2-3 giorni.
- Gli episodi di sintomi ipomaniacali non si sovrappongono nel tempo agli episodi depressivi maggiori, e quindi l'alterazione non soddisfa i criteri per un episodio depressivo maggiore, con caratteristiche miste.

2. Episodi ipomaniacali con sintomi insufficienti ed episodi depressivi maggiori:

- La storia lifetime di uno o più episodi depressivi maggiori in individui le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio maniacale o ipomaniacale ma che hanno esperito uno o più episodi di ipomania che non soddisfano pienamente i criteri sintomatici (cioè almeno 4 giorni consecutivi di umore elevato e uno o due degli altri sintomi di un episodio ipomaniacale, oppure umore irritabile e due o tre degli altri sintomi di un episodio ipomaniacale)
- Gli episodi di sintomi ipomaniacali non si sovrappongono nel tempo agli episodi depressivi maggiori, e quindi l'alterazione non soddisfa i criteri per un episodio depressivo maggiore, con caratteristiche miste.

3. Episodio ipomaniacale senza precedente episodio depressivo:

- Uno o più episodi ipomaniacali in un individuo le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore o un episodio maniacale
- Se questo si verifica in un individuo con una diagnosi accertata di disturbo depressivo persistente (distimia), entrambe le diagnosi possono essere applicate in concomitanza durante i periodi in cui sono soddisfatti pienamente i criteri per un episodio ipomaniacale.

4. Ciclotimia di breve durata (meno di 24 mesi):

- Molteplici episodi di sintomi ipomaniacali che non soddisfano i criteri per un episodio ipomaniacale e molteplici episodi di sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore che persistono per un periodo inferiore a 24 mesi (meno di 12 mesi nei bambini e negli adolescenti) in un individuo le cui manifestazioni non hanno mai soddisfatto pienamente i criteri per un episodio depressivo maggiore, maniacale o ipomaniacale e non soddisfano i criteri per nessun disturbo psicotico
- Durante il decorso del disturbo i giorni in cui i sintomi ipomaniacali e depressivi sono presenti superano quelli in cui sono assenti e l'individuo non è stato senza sintomi per più di 2 mesi alla volta, e i sintomi causano disagio e compromissione clinicamente significativi

4. Disturbi Depressivi

296.99	(F34.8)	Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (180)
____.____	(____.____)	Disturbo depressivo maggiore^a (185)
____.____	(____.____)	<i>Episodio singolo</i>
296.21	(F32.0)	Lieve
296.22	(F32.1)	Moderata
296.23	(F32.2)	Grave
296.24	(F32.3)	Con caratteristiche psicotiche
296.25	(F32.4)	In remissione parziale
296.26	(F32.5)	In remissione completa
296.20	(F32.9)	Non specificato
____.____	(____.____)	<i>Episodio ricorrente</i>
296.31	(F33.0)	Lieve
296.32	(F33.1)	Moderata
296.33	(F33.2)	Grave
296.34	(F33.3)	Con caratteristiche psicotiche
296.35	(F33.41)	In remissione parziale
296.36	(F33.42)	In remissione completa
296-30)	(F33.9)	Non specificato

300.4	(F34.1)	Disturbo depressivo persistente (Distimia)^a (194) <i>Specificare se:</i> In remissione parziale; In remissione completa <i>Specificare se:</i> Con esordio precoce; Con esordio tardivo <i>Specificare se:</i> Con sindrome distimica pura; Con episodio depressivo maggiore persistente; Con episodi depressivi maggiori intermittenti, con episodio attuale; Con episodi depressivi maggiori intermittenti, senza episodio attuale <i>Specificare la gravità attuale:</i> Lieve; Moderata; Grave
625.4	(N94.3)	Disturbo disforico premestruale (198)
____.____	(____.____)	Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci (202) Nota: Si vedano il set di criteri e le corrispondenti procedure di registrazione per i codici specifici per la sostanza e per i codici ICD-9-CM e ICD-10-CM. <i>Specificare se:</i> Con esordio durante l'intossicazione; Con esordio durante l'astinenza
293.83	(____.____) (F06.31) (F06.32) (F06.34)	Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica (208) <i>Specificare se:</i> Con caratteristiche depressive Con episodio simil-depressivo maggiore Con caratteristiche miste
311	(F32.8)	Disturbo depressivo con altra specificazione (211)
311	(F32.9)	Disturbo depressivo senza specificazione (212)

Disturbo Depressivo Maggiore

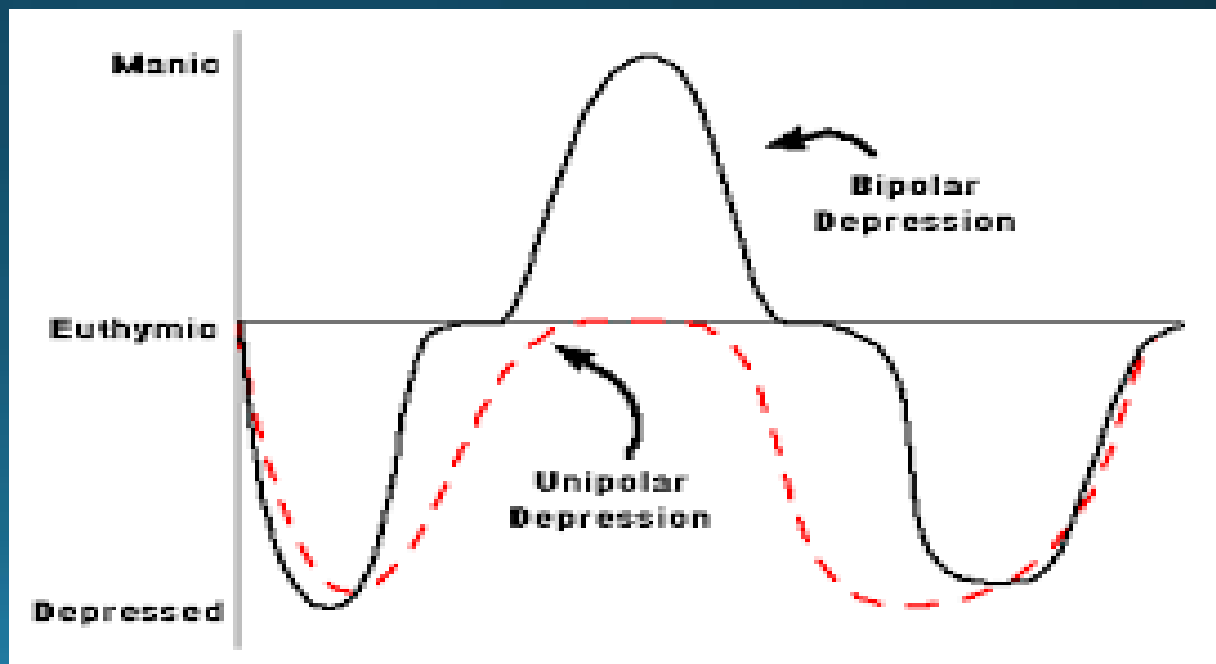
Episodi distinti di almeno 2 settimane di durata (nonostante la maggior parte degli episodi abbia una durata **considerevolmente maggiore**) che comportano



E' possibile porre la diagnosi sulla base di un singolo episodio, nonostante nella maggior parte dei casi il disturbo sia ricorrente.

Nette modificazioni affettive, cognitive e nelle funzioni neurovegetative

e remissioni inter-episodiche



Episodio depressivo maggiore: Criterio A

5 (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento



Almeno uno dei sintomi è
1) umore depresso o
2) perdita di interesse o piacere

Nota: Non comprendere sintomi chiaramente attribuibili a un'altra condizione medica.

1. Umore depresso

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a).

2. Diminuzione di interesse o piacere

- Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).

3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni.

4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.

5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).

6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.

7. Sentimenti di autosvalutazione o di semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non di essere ammalato/a).

8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).

9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

Guilt:

a feeling of responsibility or remorse for some offense, crime, wrong, etc., whether real or imagined.

A7: Senso di colpa



Spesso interpretano eventi quotidiani neutri o banali ritenendoli la prova di difetti personali e provano un esagerato senso di responsabilità riguardo a eventi sfavorevoli

Può assumere proporzioni **deliranti** (per es., un individuo convinto di essere personalmente responsabile della povertà nel mondo).

Il rimproverarsi di essere malati/e e di non riuscire ad assumersi responsabilità lavorative o interpersonali come conseguenza della depressione è molto comune e, a meno che non sia delirante, non è considerato sufficiente a soddisfare questo criterio

Ag): Idee di morte

- Variano da un desiderio passivo di non svegliarsi al mattino oppure dalla convinzione che gli altri starebbero meglio se la persona fosse morta, a pensieri transitori ma ricorrenti di suicidarsi, fino a un piano specifico di suicidio.

Rischio suicidario grave

- Possono aver sistemato i propri affari (per es., aggiornato il testamento, liquidato i debiti), aver acquistato materiale necessario (per es., una corda o una pistola) e possono aver stabilito il luogo e il momento per compiere il suicidio.

Motivazioni

- Desiderio di rinunciare a fronteggiare ostacoli percepiti come insormontabili, o un desiderio intenso di porre fine a uno stato emotivo estremamente doloroso che viene percepito come interminabile, o un'incapacità di prevedere qualsiasi tipo di godimento nella vita, oppure il desiderio di non essere di peso agli altri.

Criterio B: Compromissione sociale

- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti

Criterio C: Sostanze

- L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Nota: I Criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore.

Specificatori di gravità/decorso	Episodio singolo	Episodio ricorrente*
Lieve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderata	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con caratteristiche psicotiche**	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
In remissione parziale	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
In remissione completa	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Non specificato	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

*Perché un episodio sia considerato ricorrente, deve esservi un intervallo di almeno 2 mesi consecutivi tra episodi separati in cui non sono soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore

Svincolamento tra
psicosi e gravità

**Se sono presenti caratteristiche psicotiche, codificare "con caratteristiche psicotiche" indipendentemente dalla gravità dell'episodio

Questa decisione richiede inevitabilmente una valutazione clinica basata sulla storia dell'individuo e sulle norme culturali per l'espressione del disagio nel contesto della perdita.

Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili oppure considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale risposta a una perdita significativa dovrebbe essere considerata attentamente.

Risposte a una **perdita significativa** (per es., lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità) possono comprendere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati nel Criterio A, che possono assomigliare a un episodio depressivo.

Perdita, lutto e depressione

Lutto

Episodio Depressivo Maggiore

Sentimenti di vuoto e di perdita

Vissuto predominante

Umore depresso persistente e incapacità di provare felicità o piacere

Diminuisce di intensità nel corso di giorni o settimane e si verifica a ondate, associate a pensieri o ricordi del defunto

Disforia

Più persistente e non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni

Può essere accompagnato da umore ed emozioni positivi

Dolore

Infelicità e sofferenza pervasive

Preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto

Pensiero

Ruminazioni autocritiche o pessimistiche

Generalmente preservata, eventualmente carenze percepite nei confronti del defunto (non averlo visitato abbastanza frequentemente, non avergli detto quanto fosse amato)

Autostima

Sentimenti di autosvalutazione e disgusto per se stessi

Defunto ed eventualmente sul "raggiungere" il defunto

Pensieri di morte focalizzati sul

Mettere fine alla propria vita per sentimenti di inutilità, di essere immeritevoli della vita, o incapaci di far fronte al dolore della depressione

Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

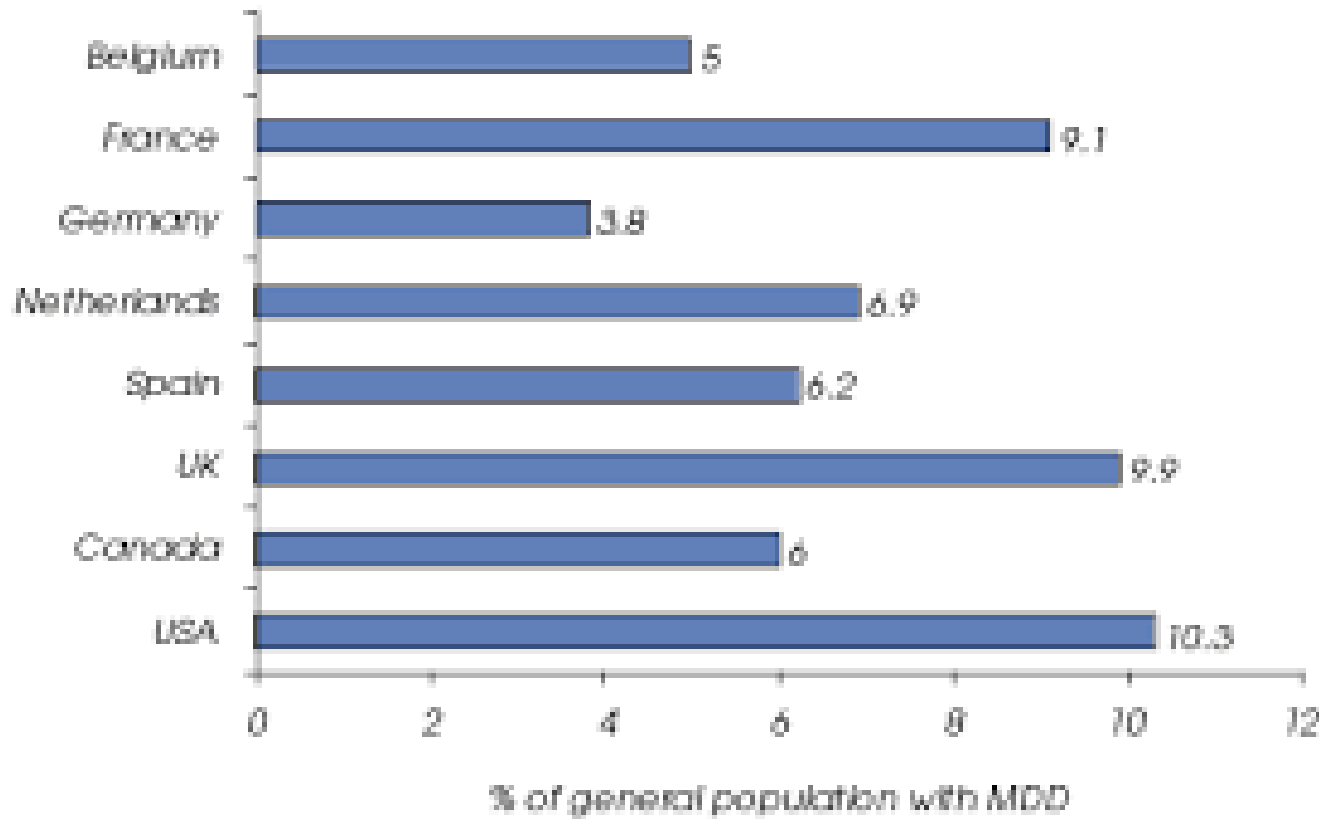
Nonostante l'esistenza di una vasta letteratura che descrive i **correlati neuroanatomici, neuroendocrinologici e neurofisiologici** del disturbo depressivo maggiore, nessun esame di laboratorio ha dato risultati di sufficiente sensibilità e specificità per essere utilizzato come strumento diagnostico per questo disturbo

L'anomalia più studiata negli episodi maggiori è **l'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene**, che sembra essere associata alla **melancolia**, a **caratteristiche psicotiche** e a **rischio suicidario**

Studi molecolari hanno ipotizzato anche fattori periferici, tra cui **varianti genetiche di fattori neurotrofici** e delle **citochine pro-infiammatorie**

Studi di imaging con risonanza magnetica funzionale forniscono evidenze per anomalie funzionali di specifici circuiti neuronali che supportano **l'elaborazione delle emozioni**, la **ricerca delle ricompense** e la **regolazione delle emozioni** in adulti con depressione maggiore

Prevalenza



La prevalenza a 12 mesi del disturbo depressivo maggiore negli Stati Uniti è del 7% circa, con marcate differenze per fasce d'età



Le femmine hanno tassi maggiori da 1,5 a 3 volte rispetto ai maschi con inizio nella prima adolescenza

La prevalenza in individui dai 18 ai 29 anni di età è tre volte maggiore della prevalenza in individui di 60 anni o più

Sviluppo

Il disturbo depressivo maggiore può insorgere per la prima volta a qualsiasi età, ma la probabilità di esordio aumenta marcatamente con la **pubertà**.

Negli Stati Uniti, l'incidenza sembra avere il suo picco intorno ai **20 anni**; tuttavia è comune un esordio in età avanzata

Decorso: Molto variabile

Alcuni individui non raggiungono mai, o solo raramente, la remissione (un periodo di 2 mesi o più senza sintomi, oppure uno o due sintomi presenti in modo lieve)

Altri vivono molti anni con pochi o nessun sintomo tra i diversi episodi

E' importante distinguere gli individui che si presentano per il trattamento durante un'esacerbazione di un disturbo depressivo cronico da quelli i cui sintomi si sono sviluppati recentemente

Guarigione e recidive

Per 2 individui su 5 con depressione maggiore, il processo di guarigione ha inizio in genere entro 3 mesi dall'esordio, e per quattro individui su cinque entro 1 anno

Il rischio di ricaduta diminuisce progressivamente nel tempo all'aumentare della durata della remissione

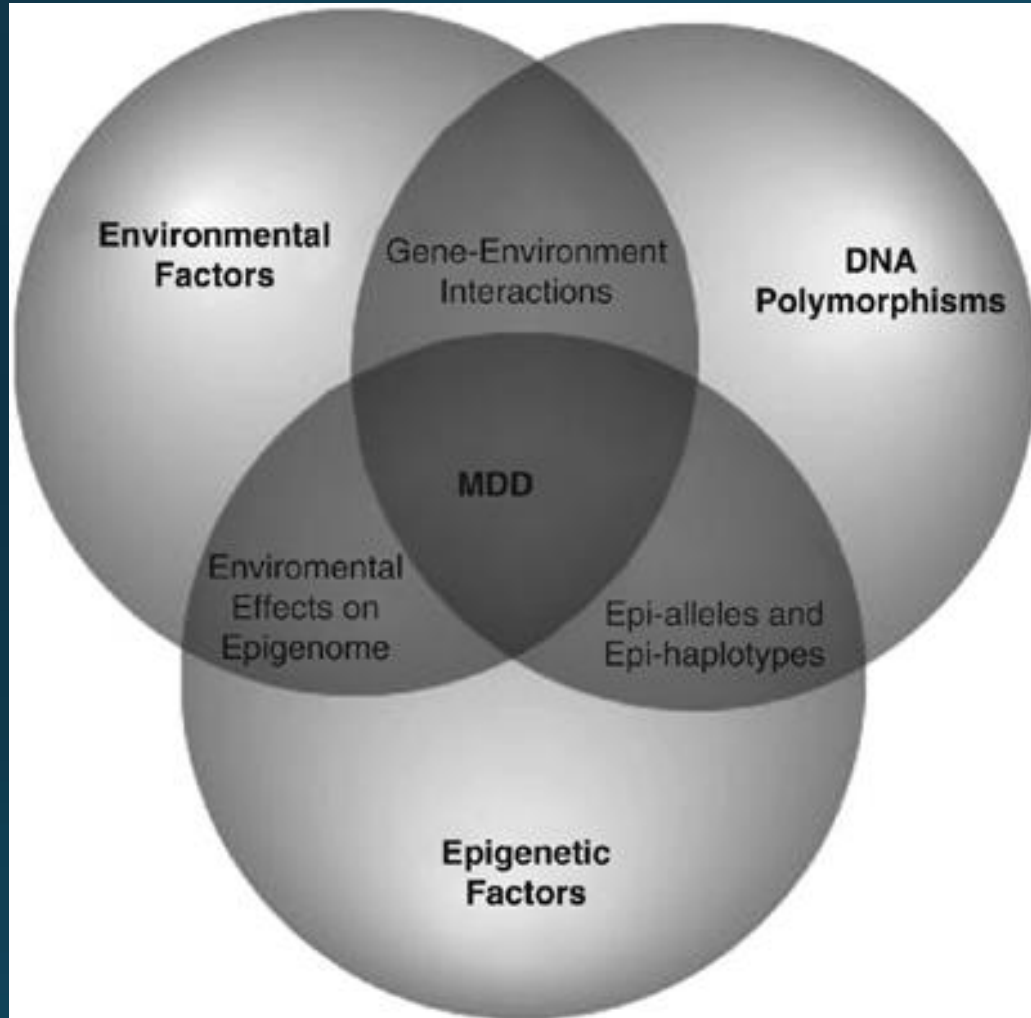
Il rischio è maggiore negli individui in cui l'episodio precedente è stato grave, in individui giovani e in individui che hanno già avuto più episodi di malattia. La persistenza di sintomi depressivi anche lievi durante la remissione è un potente indicatore di ricaduta

Molti disturbi bipolari hanno inizio con uno o più episodi depressivi, e un'ampia percentuale sostanziale di individui che sembrano inizialmente avere un disturbo depressivo maggiore dimostreranno, nel tempo, di avere invece un disturbo bipolare

Questo è più probabile in individui con esordio della malattia nell'adolescenza, in quelli con caratteristiche psicotiche e in quelli con una storia familiare di disturbo bipolare.

Il disturbo depressivo maggiore, in particolare con caratteristiche psicotiche, può anche evolvere in schizofrenia, un cambiamento molto più frequente del contrario.

Fattori di rischio: Genetici e Fisiologici



Combinazione di fattori interagenti: genetici, epigenetici e ambientali

I familiari di primo grado di individui con disturbo depressivo maggiore hanno un rischio di sviluppare il disturbo da 2 a 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale

Il rischio relativo sembra maggiore per le forme a esordio precoce e per le forme ricorrenti

L'ereditarietà del disturbo è circa del 40% e il nevroticismo spiega una parte significativa di tale predisposizione genetica

Rischio di suicidio

Suicide and Major Depression

- 1 out of 7 patients with recurrent depressive illness commits suicide
- 70% of suicides have depressive illness
- 70% of suicides see their primary care physician within 6 weeks of suicide

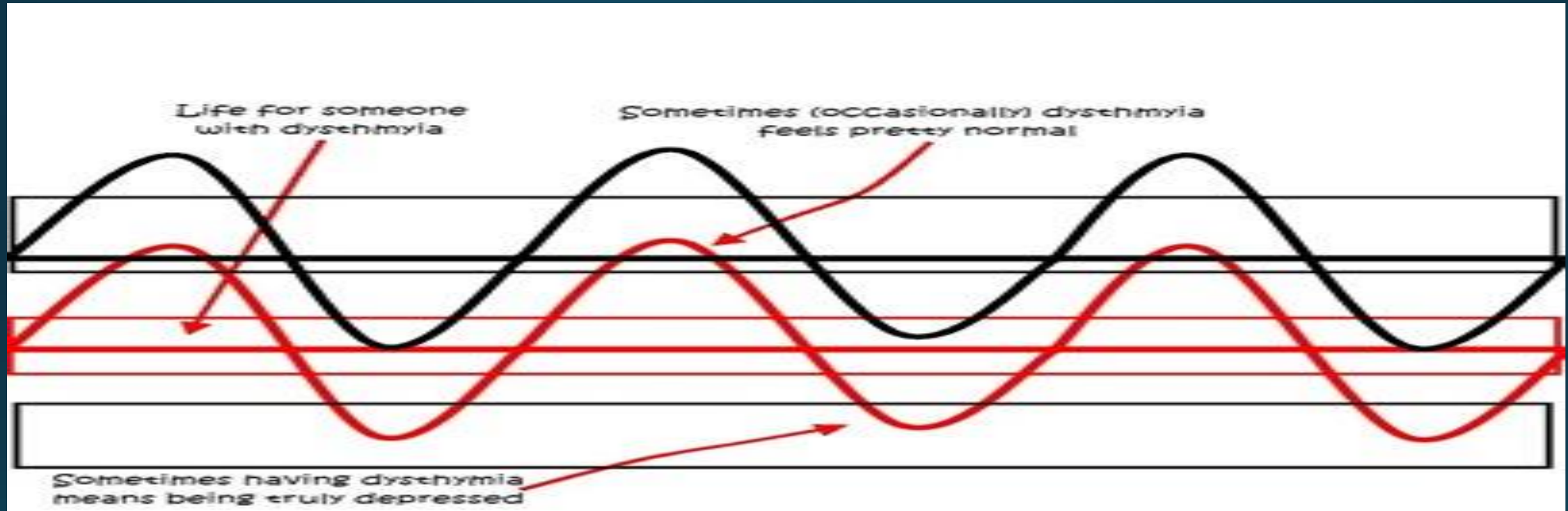
La possibilità di comportamento suicidano è sempre presente durante gli episodi depressivi maggiori



Il fattore di rischio consolidato più coerente è una storia passata di tentativi o minacce di suicidio, ma si deve tener presente che la maggior parte dei suicidi completati non sono preceduti da altri tentativi

Altre caratteristiche associate a un aumentato rischio di completamento di suicidio includono il sesso maschile, l'essere single o vivere soli, e l'avere prevalenti sentimenti di disperazione. La presenza di disturbo borderline di personalità aumenta marcatamente il rischio di tentativi di suicidio in futuro.

Disturbo Depressivo Persistente (Distimia)



Forma di depressione più cronica, che può essere diagnosticata quando l'alterazione dell'umore ha una durata di almeno 2 anni negli adulti o di 1 anno nei bambini
Rappresenta l'unione della Distimia e del Disturbo Depressivo Maggiore Cronico del DSM-IV

Criterio A: Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riferito dall'individuo o osservato da altri, per almeno 2 anni

Criterio B:
Presenza,
quando
depresso, di
2 (o più) dei
seguenti
sintomi:



1. Scarso appetito o iperfagia



2. Insonnia o ipersonnia



3. Scarsa energia o astenia



4. Bassa autostima



5. Difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni



6. Sentimenti di disperazione

Criterio C

- Durante i 2 anni di malattia (1 anno nei bambini o negli adolescenti), l'individuo non è mai stato privo dei sintomi di cui ai Criteri A e B per più di 2 mesi alla volta

Criterio D

- I criteri per un disturbo depressivo maggiore possono essere continuamente presenti per 2 anni

Criterio E

- Non è mai stato presente un episodio maniacale o ipomaniacale, né sono mai stati soddisfatti i criteri per il disturbo ciclotimico

Criterio F

- Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo persistente, dalla schizofrenia, dal disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia con altra specificazione o senza specificazione o altro disturbo psicotico

Criterio G

- I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., droga di abuso, farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipotiroidismo).

Criterio H

- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

9 Specificatori: 1 in meno rispetto al Disturbo Bipolare

1. Con ansia

2. Con caratteristiche miste

Con cicli rapidi

**3. Con caratteristiche
melancoliche**

4. Con caratteristiche atipiche

**5. Con caratteristiche psicotiche
congruenti all'umore**

**6. Con caratteristiche psicotiche
non congruenti all'umore**

7. Con catatonia

8. Con esordio nel peripartum

9. Con andamento stagionale

Con ansia: L'ansia è definita come la presenza di almeno 2 dei seguenti sintomi nella maggior parte dei giorni di un episodio depressivo maggiore o di un disturbo depressivo persistente (distimia):



1. Sentirsi nervosi/e o tesi/e.

2. Sentirsi insolitamente inquieti/e.

3. Difficoltà di concentrazione a causa della preoccupazione.

4. Paura che possa accadere qualcosa di terribile.

5. Sentire che l'individuo può perdere il controllo di se stesso/a.

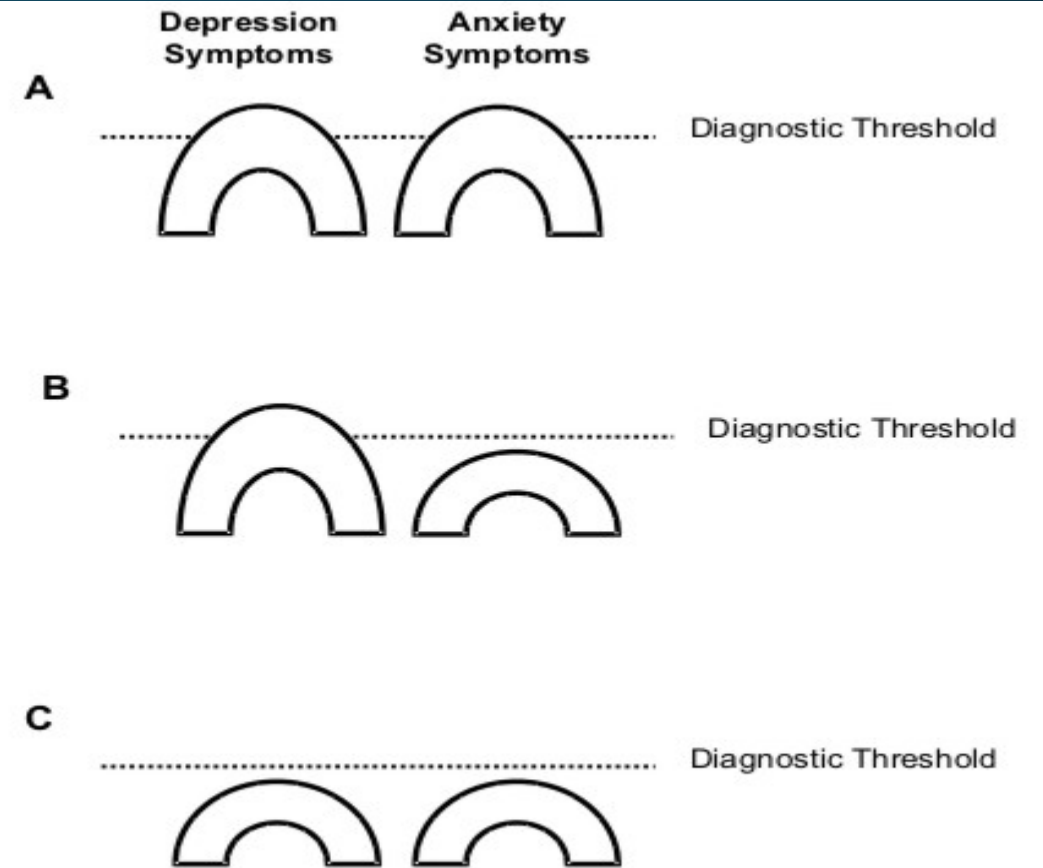
L'ansia è stata osservata essere una caratteristica predominante sia del disturbo bipolare sia del disturbo depressivo maggiore sia in contesti di medicina generale sia in contesti specializzati di salute mentale



Alti livelli di ansia sono stati associati a più elevato rischio di suicidio, maggiore durata della malattia e maggiore probabilità di non risposta al trattamento



Di conseguenza, dal punto di vista clinico è utile specificare la presenza e i livelli di gravità dell'ansia per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta al trattamento.



Con caratteristiche miste:

A. Almeno tre dei seguenti sintomi maniacali/ipomaniacali sono presenti quasi tutti i giorni nella maggior parte dei giorni di un episodio depressivo maggiore:

1. Umore elevato, espanso

2. Autostima ipertrofica o grandiosità

3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare

4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente

5. Aumento di energia o dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa o scolastica oppure sessuale)

6. Coinvolgimento aumentato o eccessivo in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati)

7. Diminuito bisogno di sonno (sentirsi riposati/e nonostante si sia dormito meno del solito; da differenziare rispetto all'insonnia).

Criterio B

- I sintomi misti sono osservabili da altri e rappresentano un cambiamento del comportamento abituale dell'individuo.

Criterio C

- Per individui i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri o per la mania o per l'ipomania, la diagnosi dovrebbe essere di disturbo bipolare I o bipolare II

Criterio D

- I sintomi misti non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco o un altro trattamento).

Le caratteristiche miste associate a un episodio depressivo maggiore sono state descritte tra i fattori di rischio significativi per lo sviluppo del **disturbo bipolare I o bipolare II**. Di conseguenza, dal punto di vista clinico è utile notare la presenza di questo specificatore per la pianificazione del trattamento e il monitoraggio della risposta al trattamento.

Con caratteristiche melancoliche: Criterio A

Uno dei seguenti sintomi è presente durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale:



1. Perdita di piacere in tutte, o quasi tutte, le attività.

2. Perdita di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli (non si sente meglio, neppure temporaneamente, quando accade qualcosa di buono).

Criterio B: Tre (o più) dei seguenti sintomi:



1. Una particolare qualità di umore depresso caratterizzato da profondo sconforto, disperazione e/o cupezza oppure dal cosiddetto "umore vuoto".



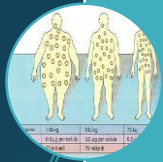
2. Depressione che è regolarmente peggiore al mattino.



3. Risveglio precoce al mattino (cioè almeno 2 ore prima del risveglio abituale).



4. Marcata agitazione psicomotoria o rallentamento psicomotorio.



5. Anoressia significativa o perdita di peso.



6. Sentimento di colpa eccessivo o inappropriato.

Con caratteristiche atipiche: Criterio A

Reattività dell'umore (cioè l'umore si risolleva in risposta a eventi positivi attuali o potenziali).

Criterio B: Due (o più) dei seguenti sintomi:



1. Significativo incremento ponderale o aumento dell'appetito.

2. Ipersonnia.

3. "Paralisi plumbea" (sensazione di pesantezza o di avere le braccia o le gambe di piombo).

4. Un pattern duraturo di ipersensibilità al rifiuto interpersonale (non limitato agli episodi di alterazione dell'umore) che determina una significativa compromissione sociale o lavorativa.

Manifestazione
clinica non
comune o
insolita rispetto
a

Manifestazioni
agitate più
classiche,
"endogene" della
depressione

Significato storico di «depressione
atipica»

Con caratteristiche psicotiche:
sono presenti deliri e/o allucinazioni

Congruenti all'umore



Non congruenti all'umore

Il contenuto di tutti i deliri e di tutte le allucinazioni è coerente con le tipiche **tematiche depressive**

inadeguatezza personale, colpa, malattia, morte, nichilismo, o di meritare una punizione

Il contenuto dei deliri o delle allucinazioni non coinvolge le tipiche tematiche depressive

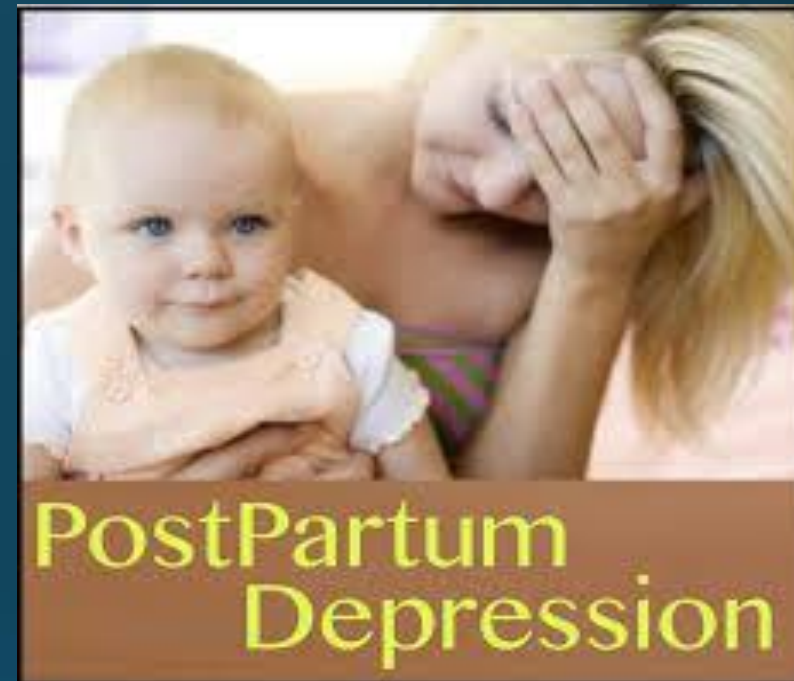
oppure il contenuto è costituito da un misto di tematiche congrue e non congruenti all'umore

Studi prospettici hanno dimostrato che i sintomi dell'umore e d'ansia durante la gravidanza, così come il "baby blues", aumentano il rischio per un episodio depressivo maggiore postpartum

Le donne con episodi depressivi maggiori peripartum spesso presentano anche grave ansia e attacchi di panico

Tra il 3 e il 6% delle donne vivrà l'esordio di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza oppure nelle settimane o mesi successivi al parto. Il cinquanta per cento degli episodi depressivi maggiori nel "postpartum" inizia prima del parto

Con esordio nel peripartum



Pertanto, questi episodi sono definiti collettivamente come episodi *peripartum*.

Psicosi

- Può presentarsi sia con caratteristiche psicotiche sia senza.

Infanticidio

- Più spesso associato agli episodi psicotici postpartum caratterizzati da allucinazioni che ordinano di uccidere il neonato oppure da deliri di possessione demoniaca del neonato
- Si può verificare anche durante gravi episodi di alterazione dell'umore postpartum privi di deliri o allucinazioni



Gli episodi di alterazione dell'umore (depressivo maggiore o maniacale) post-partum con caratteristiche psicotiche sembrano verificarsi in parti da 1 su 500 a 1 su 1000 e possono essere più comuni nelle donne primipare

Il rischio di episodi postpartum con caratteristiche psicotiche risulta particolarmente aumentato per donne con precedenti episodi di alterazione dell'umore postpartum, ma è elevato anche per le donne con una precedente storia di un disturbo depressivo o bipolare (soprattutto di disturbo bipolare I) e quelle con una storia familiare di disturbi bipolari

Una volta presentato un episodio postpartum con caratteristiche psicotiche, il rischio di ricaduta per ogni successivo parto è tra 30 e 50%.



Il periodo postpartum è unico riguardo al grado di alterazioni neuroendocrine e adattamenti psicosociali, al potenziale impatto dell'allattamento al seno sulla pianificazione del trattamento

e per le implicazioni a lungo termine di una storia di disturbo dell'umore postpartum sulla successiva pianificazione familiare.

