



# Disturbi dell'Umore

Storia



# Classificazioni in base alla sintomatologia e alla gravità

# “Depressione psicotica” e “Depressione nevrotica”

- In origine connotavano due meccanismi patogenetici diversi (endogeno e psicogeno)
- Poi diversi livelli di gravità del quadro clinico
- **Depressione psicotica:** alterazione della coscienza di realtà, assenza di consapevolezza di malattia, presenza di deliri strutturati, di allucinazioni, incoerenza e allentamento dei nessi associativi
- Depressione nevrotica (“nevrosi depressiva”, “reazione depressiva psiconevrotica”, “depressione nevrotico-reattiva”): quadri diversi secondo l’accezione del termine “nevrotico”:
  - quadri depressivi con sintomatologia attenuata
  - particolari costellazioni sintomatologiche: irritabilità, reattività, fluttuazioni dell’umore in rapporto a mutamenti della situazione esterna
  - condizioni di comorbidità tra disturbi depressivi e d’ansia
  - forme ad esordio precoce, con sintomatologia attenuata e decorso (“depressione caratterologica” di Akiskal)

# Classificazioni attuali

- La depressione nevrotica è stata abbandonata e sostituita da:
- **DSM-IV:**
  - Episodio Depressivo Maggiore
  - Disturbo Distimico o
  - Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso
- **ICD-10:** Depressione di gravità lieve o moderata



# DSM-IV



# Disturbi dell'Umore

Episodio Depressivo  
Maggiore: Criteri Diagnostici

## EPIODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

*Cinque (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 costituito da*

*1) umore depresso o*

*2) perdita di interesse o piacere.*

*Nota Non includere sintomi chiaramente dovuti ad una condizione medica generale, o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.*

# Sintomi

- 1) umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per es., si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per es., appare lamentoso). Nota Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile
- 2) marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri)
- 3) significativa perdita di peso, senza essere 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 ogni giorno. Nota Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali
- 4) insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno
- 5) agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato)
- 6) faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno
- 7) sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per essere ammalato)
- 8) ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva o osservata dagli altri)
- 9) pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.



## Criteria di esclusione

- B.** I sintomi non soddisfano i criteri per un Episodio Misto.
- C.** I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.
- D.** I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un medicamento) o di una condizione medica generale (per es., ipotiroidismo).
- E.** I sintomi non sono meglio giustificati da Lutto, cioè, dopo la perdita di una persona amata, i sintomi persistono per più di 2 mesi, o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

A decorative graphic on the left side of the slide consists of a vertical stack of overlapping squares in various shades of blue and purple. To the right of this graphic is a solid dark blue horizontal bar that spans the width of the slide.

Sintomi

# Umore depresso (A)

- Umore 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, 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 enfatizzano lamentele somatiche (per es., algie e dolori) piuttosto che riferire sentimenti di tristezza
- Molti 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)

# Perdita di interesse o di piacere (A2)

- Quasi sempre presente, almeno in qualche misura
  - 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 si riducono significativamente i livelli precedenti di interesse o di desiderio sessuale.

# Appetito

- Di solito ridotto
  - Molti 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

# Insonnia (A4)

- E' il disturbo del sonno più comunemente associato con l'Episodio Depressivo Maggiore.
- Presentano tipicamente
  - insonnia centrale: risvegli durante la notte con difficoltà a riprendere sonno, o
  - insonnia terminale: risveglio precoce con incapacità di riprendere sonno
  - anche insonnia iniziale: difficoltà nell'addormentamento
- Meno frequentemente 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.

# Alterazioni psicomotorie (A5)

1. 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)
  2. 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 essere osservabili da parte di altri, e non rappresentare semplicemente una sensazione soggettiva

# Riduzione dell'energia (A6)

- Riduzione dell'energia, astenia, faticabilità
  - 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 può lamentarsi del fatto che lavarsi e vestirsi al mattino sia faticoso e richieda un tempo doppio rispetto al solito.



# Senso di colpa

- Senso di svalutazione o di colpa può includere
  - valutazioni negative irrealistiche del proprio valore, o
  - preoccupazioni di colpa, o
  - ruminazioni su piccoli errori passati
- 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

# Delirio di colpa

- 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 è molto comune e, se non delirante, non è considerato sufficiente a soddisfare questo criterio.

# Pensiero e concentrazione (A8)

- 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
- Negli anziani i disturbi della memoria possono rappresentare la lamentele principale, e possono essere erroneamente interpretati come segni iniziali di demenza ("pseudodemenza"): scompaiono con la terapia



# Episodio Maniacale: Criteri Diagnostici

# Sintomi

- A.** Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo, o irritabile, della durata di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione).
- B.** Durante il periodo di alterazione dell'umore, tre (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (quattro se l'umore è solo irritabile):

# SINTOMI

- 1) autostima ipertrofica o grandiosità
- 2) diminuito bisogno di sonno (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno)
- 3) maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare
- 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente
- 5) distraibilità (cioè, l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti)
- 6) aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale), oppure agitazione psicomotoria
- 7) eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati).

# Criteri di esclusione

- C.** I sintomi non soddisfano i criteri per l'Episodio Misto.
- D.** L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali, o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.
- E.** I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco o altro trattamento), o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo).



# Sintomi Maniacali



# Umore elevato

- Umore elevato: euforico, insolitamente buono, allegro o elevato
- Può risultare inizialmente contagioso per l'osservatore non coinvolto, ma viene riconosciuto come eccessivo da parte di coloro che conoscono bene la persona
- Qualità espansiva dell'umore: entusiasmo incessante e indiscriminato per le interazioni interpersonali, sessuali o occupazionali
  - 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
- Il disturbo predominante dell'umore può essere l'irritabilità, particolarmente quando i desideri della persona vengono ostacolati
- Spesso si osserva labilità dell'umore (per es., alternanza di euforia e irritabilità).

# Autostima ipertrofica (B1)

- Dalla fiducia in sé stesso priva di critica alla grandiosità marcata, fino a raggiungere proporzioni deliranti
  - 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, 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).



# Ridotto bisogno di sonno (B2)

- 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

# Eloquio (B3)

- Tipicamente pressante, ad alta voce, rapido, e difficile da interrompere
  - Possono parlare senza pausa, talvolta per ore, e senza riguardo per il desiderio di comunicare degli altri
- Talvolta caratterizzato da scherzosità, giochi di parole, e banalità divertenti
  - Può diventare teatrale, con manierismi drammatici e canto.
- La scelta delle parole può essere governata da suoni (per assonanza), piuttosto che da associazioni concettuali significative, possono governare
- Se l'umore è più irritabile che espansivo, l'eloquio può essere caratterizzato da lamentele, commenti ostili, e sfuriate.

# Pensieri (B4)

- Possono correre, spesso più velocemente di quanto possano essere articolati
  - Alcuni riferiscono che questa esperienza può essere rapportata al guardare due o tre programmi televisivi simultaneamente
- Frequentemente è presente fuga delle idee: 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

# Distraibilità (B5)

- 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.

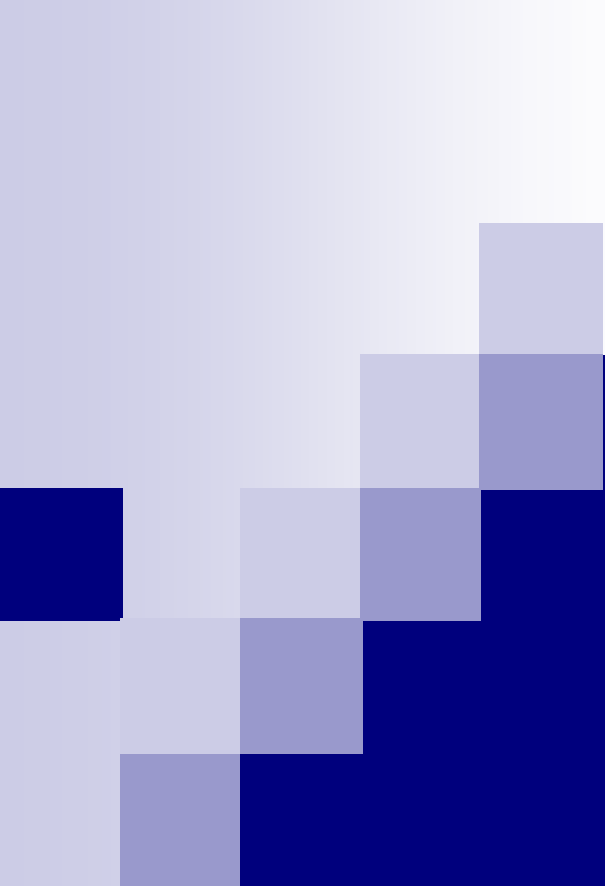
# Attività finalizzata (B6)

- 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
  - può intraprendere simultaneamente diverse nuove avventure senza curarsi dei rischi apparenti o della necessità di completare in modo soddisfacente ogni avventura
- 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
- Spesso agitazione psicomotoria o irrequietezza
  - camminando avanti e indietro, o
  - sostenendo simultaneamente conversazioni multiple (per es., per telefono e di persona nello stesso tempo).
- Alcuni scrivono fiumi di lettere, trattando diversi argomenti, ad amici, a personaggi pubblici o ai media.


# Coinvolgimento in attività ludiche (B7)


- 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:
  - 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.






# Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati


- 
- Spesso non riconoscono di essere malati, e oppongono resistenza al trattamento
  - Possono viaggiare impulsivamente verso 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)
  - Si può manifestare il gioco d'azzardo e un comportamenti antisociale

- 
- I principi etici possono essere trascurati anche da coloro che sono tipicamente molto coscienti
    - 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)
  - Può essere ostile e minacciare fisicamente gli altri
  - Alcuni, specialmente quelli con manifestazioni psicotiche, possono diventare aggressivi fisicamente o suicidi
  - Le conseguenze spiacevoli spesso derivano dalla scarsa capacità di giudizio e dall'iperattività (per es., ospedalizzazione obbligatoria, difficoltà con la legge, o gravi difficoltà finanziarie)
  - Alla remissione, la maggior parte degli individui si rammarica per i comportamenti tenuti durante l'Episodio

- 
- 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.



# Decorso

- 
- L'età media di esordio è all'inizio del primo ventennio, ma alcuni casi iniziano nell'adolescenza, ed altri dopo i 50 anni
  - Tipicamente inizia improvvisamente, con una rapida intensificazione dei sintomi in pochi giorni
  - Frequentemente si presenta 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

# Disturbo Depressivo Maggiore: Episodio Singolo

- A. Presenza di un Episodio Depressivo Maggiore
- B. L'Episodio Depressivo Maggiore non è meglio inquadrabile come Disturbo Schizoaffettivo, e non è sovrapposto a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.
- C. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale, un Episodio Misto o un Episodio Ipomaniacale

Nota Questa esclusione non si applica se tutti gli episodi simil-maniacali, simil-misti o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o da un trattamento, oppure se sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale

# Disturbo Depressivo Maggiore: Ricorrente

- A. Presenza di due o più Episodi Depressivi Maggiori

Nota Per considerare separati gli episodi deve esserci un intervallo di almeno 2 mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore.

- B. Gli Episodi Depressivi Maggiori non sono meglio inquadrabili come Disturbo Schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.

- C. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale, un Episodio Misto o un Episodio Ipomaniacale

Nota Questa esclusione non viene applicata se tutti gli episodi simil-maniacali, simil-misti o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o da farmaci, o rappresentano gli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.



# Disturbo Bipolare I

- Decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più Episodi Maniacali o Episodi Misti
- Spesso gli individui hanno presentato anche uno o più Episodi Depressivi Maggiori
- Gli Episodi di Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (dovuti agli effetti diretti di un medicamento, ad altri trattamenti somatici per la depressione, a una droga di abuso o all'esposizione ad una tossina), o di Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale, non contano per una diagnosi di Disturbo Bipolare I
- Inoltre gli episodi non risultano meglio spiegati da un Disturbo Schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato

# Cultura, Età e Genere

- Approssimativamente il 10%-15% degli adolescenti con Episodi Depressivi Maggiori Ricorrenti va incontro allo sviluppo di un Disturbo Bipolare I.
- Gli Episodi Misti sembrano più probabili negli adolescenti e nei giovani che negli adulti.
- Il Disturbo Bipolare I è approssimativamente ugualmente comune negli uomini e nelle donne (a differenza del Disturbo Depressivo Maggiore, che è più comune nelle donne)
- Il genere appare correlato con la comparsa di Episodi Maniacali o Depressivi Maggiori
  - È più probabile che il primo episodio negli uomini sia un Episodio Maniacale
  - Nelle donne è più probabile che il primo episodio sia un Episodio Depressivo Maggiore
- Le donne con Disturbo Bipolare I hanno un maggiore rischio di sviluppare successivi episodi (spesso psicotici) nel periodo immediatamente postpartum
  - Alcune donne hanno il loro primo episodio nel periodo postpartum
  - La specificazione Con Esordio nel Postpartum può essere usata per indicare che l'esordio dell'episodio avviene nelle prime 4 settimane dopo il parto

# Prevalenza, Decorso e Familiarità

- **Prevalenza** nel corso della vita: 0,4%-1,6%
- **Disturbo ricorrente**: più del 90% degli individui con un Episodio Maniacale Singolo vanno incontro ad episodi futuri
- Circa il 60%-70% degli Episodi Maniacali si presentano immediatamente prima o dopo un Episodio Depressivo Maggiore
- Gli Episodi Maniacali spesso precedono o seguono gli Episodi Depressivi Maggiori con un andamento caratteristico del particolare soggetto
- Il numero di episodi nel corso della vita (sia Maniacali che Depressivi Maggiori) tende ad essere più elevato per il Disturbo Bipolare I rispetto al Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente
- L'intervallo tra gli episodi tende a decrescere con l'aumentare dell'età dell'individuo
- Il 5%-15% degli individui con Disturbo Bipolare I ritorna ad un livello completamente funzionale tra gli episodi, alcuni (20%-30%) continuano a manifestare labilità dell'umore e difficoltà interpersonali o lavorative
- **Familiarità**: I consanguinei di primo grado degli individui con Disturbo Bipolare I presentano frequenze elevate di Disturbo Bipolare I (4%-24%), Bipolare II (1%-5%), e Disturbo Depressivo Maggiore (4%-24%). Studi sui gemelli e sulle adozioni forniscono dati che depongono decisamente per un'influenza genetica per il Disturbo Bipolare I.

# Disturbo Ciclotimico

- A. Per almeno 2 anni presenza di numerosi episodi ipomaniacali e di numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un Episodio Depressivo Maggiore. Nota Nei bambini e negli adolescenti la durata deve essere di almeno 1 anno.
- B. Durante questo periodo di 2 anni (1 anno nei bambini e negli adolescenti), la persona non è mai stata senza i sintomi del Criterio A per più di 2 mesi alla volta.
- C. Durante i primi 2 anni di malattia (1 anno nei bambini e negli adolescenti) non è stato presente un Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto.

Nota Dopo i primi 2 anni di Disturbo Ciclotimico (1 anno nei bambini e negli adolescenti) si possono sovrapporre Episodi Maniacali o Misti (e in questo caso si può porre la doppia diagnosi di Disturbo Bipolare I e Disturbo Ciclotimico), o Episodi Depressivi Maggiori (e in questo caso si può porre la doppia diagnosi di Disturbo Bipolare II e Disturbo Ciclotimico).

# Disturbo Distimico: sintomi

- A. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri, per almeno 2 anni
- B. Presenza, quando depresso, di due (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

# Disturbo Bipolare II

- A. Presenza (anche in anamnesi) di uno o più Episodi Depressivi Maggiori
- B. Presenza (anche in anamnesi) di almeno un Episodio Ipomaniacale
- C. Non vi è mai stato un Episodio Maniacale o un Episodio Misto
- D. I sintomi dell'umore di cui ai criteri A e B non sono meglio inquadrabili come Disturbo Schizoaffettivo, e non sono sovrapposti a Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato.
- E. I sintomi causano disagio significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.