



L'opposto della Depressione: l'Episodio Maniacale

di Salvatore Di Salvo

L'episodio maniacale si manifesta con l'esaltazione della normale sensazione di benessere e senso di gioia e serenità eccessivi per durata e intensità. A causa delle frequenti e rapide fluttuazioni dell'umore, gli aspetti gioiosi possono essere improvvisamente sostituiti da irritabilità e aggressività. Non sono rare inoltre manifestazioni psicotiche, stati confusionali e, soprattutto nei soggetti di sesso maschile, la messa in atto di condotte antisociali.

L'esordio

L'esordio della mania può essere lento e graduale e le prime manifestazioni sono più facilmente individuabili quando compaiono in soggetti con caratteristiche temperamentali depressive, nei quali i sintomi d'esordio sono percepiti come un "improvviso e totale cambiamento del carattere": il paziente, da riservato, scrupoloso e insicuro, diventa estroverso, attivo, assertivo, autoritario, dinamico, socievole ed ottimista.

La durata della fase iniziale è solitamente di 3-4 giorni, durante i quali il paziente mantiene un buon adattamento all'ambiente familiare e lavorativo. Sono presenti sensazioni di intenso benessere accompagnate da ridotto bisogno di sonno e aumento dell'appetito e della spinta sessuale. Il soggetto è disinibito, cerca e contatta amici da tempo abbandonati, riprende interessi e attività prima trascurate, ne inizia di nuove. A causa della ridotta capacità di critica e della superficialità di giudizio, si lancia in molte attività senza portarne a termine nessuna, prende decisioni importanti senza riflettere sulle conseguenze.

L'esordio della crisi può essere brusco se segue una fase depressiva o è provocato da eventi stressanti o da sostanze ad azione stimolante come anfetamine e cocaina. In tali casi i sintomi compaiono all'improvviso ed il quadro clinico completo si sviluppa rapidamente, in maniera tumultuosa, nel giro di poche ore.

Periodo di stato

Il periodo in cui i sintomi raggiungono la loro piena espressione si chiama "periodo di stato" e in questa fase possono insorgere complicanze fisiche, abuso di alcool o sostanze e non sono rare le ripercussioni negative in ambito familiare, sociale e legale. E' possibile la comparsa di stati confusionali che rendono necessarie misure terapeutiche tempestive. Nella maggior parte dei casi

manca una coscienza di malattia: il paziente è fermamente convinto di star bene e, se contraddetto, può reagire con aggressività.

Tra i sintomi, l'*innalzamento del tono dell'umore* è quello più importante: il paziente è in genere euforico, allegro, espansivo, esprime la sua gioia di vivere con atteggiamenti scherzosi, risate, giochi di parole; appare esuberante, vivace, comunicativo, iperattivo. Quando l'allegria si fa eccessiva, diventa esageratamente ottimista, ilare e superficiale. La *labilità emotiva* è una delle caratteristiche più importanti dell'episodio maniacale. Spesso all'umore euforico si sostituisce *irritabilità*, soprattutto quando il paziente è contrariato. In tali casi diventa prepotente, brusco, intollerante e quindi facilmente litigioso e aggressivo. Il malumore, la collera e la rabbia dominano il quadro clinico, ma anche in questi casi ira ed aggressività possono scomparire improvvisamente lasciando posto ad un atteggiamento scherzoso, confidenziale, mirato ad ottenere complicità e simpatia dall'interlocutore.

L'*aumento dell'attività motoria* è costante e determina un affaccendamento continuo, senza alcuna sensazione di fatica o stanchezza: la giornata dura 24 ore, senza sosta, senza riposo, utilizzando la notte indifferentemente dal giorno. L'iperattività, in un primo momento proficua, in seguito diviene afinalistica e dispersiva: incapace di portare a termine qualsiasi iniziativa, passa da un'attività all'altra, fino alla generale disorganizzazione. Impulsivo e disinibito, si lascia coinvolgere in attività potenzialmente rischiose come spese eccessive, investimenti in affari avventati, guida spericolata, attività illegali, uso di sostanze.

E' presente una spinta inesauribile a fare e parlare: ferma gli sconosciuti per strada, mostra un eccessivo coinvolgimento in situazioni che non lo riguardano, scrive e telefona in continuazione.

L'*eloquio* è fluido e il modo di parlare è concitato, senza pause, ad alta voce.

Con l'aggravarsi della mania il linguaggio diventa monotono, ripetitivo, talora stereotipato ed i racconti consistono in lunghe e dettagliate descrizioni di fatti o eventi personali, per lo più inutili e dispersivi, senza alcun valore informativo.

Spesso la *logorrea* riflette l'*ideorrea*, cioè un affollamento d'idee e di pensieri che si accavallano nella mente, tanto che il paziente si esprime con frasi frammentarie spesso incomplete e senza senso. Talora singole parole isolate e prive di significato sono pronunciate in rapida sequenza ("insalata di parole"): ne deriva un linguaggio slegato ed incoerente, difficile da differenziare da quello della dissociazione schizofrenica.

L'*aspetto* esteriore riflette la condizione di eccitamento: i gesti sono enfatici e teatrali, la mimica continuamente mutevole, ricca di smorfie, ammiccamenti e sorrisi, lo sguardo mobile e vivace. In genere i vestiti sono appariscenti ed inusuali, i colori sono accesi e spesso contrastanti, il trucco

nelle donne è molto appariscente. Nelle forme più gravi prevalgono il disordine, la trasandatezza nel vestire e la scarsa igiene personale.

Sul *piano cognitivo* caratteristico è *l'aumento dell'autostima* che determina una sproporzionata fiducia in se stesso, nelle proprie capacità e nei propri poteri e un'insufficiente e vaga consapevolezza dei propri limiti.

La critica, anche se presente, è fugace e transitoria ed il soggetto è in genere privo di coscienza di malattia e, quindi, non riconosce alcuna necessità di cura.

L'accelerazione del corso del pensiero, responsabile dell'iniziale produttività e prontezza, si trasforma negli stadi più avanzati in *fuga delle idee*. In tali casi i pensieri si affollano nella mente in rapida successione ed il loro flusso non è più guidato da un filo conduttore coerente.

L'alterazione del contenuto del pensiero si manifesta spesso con *tematiche deliranti* congrue con il tono dell'umore: il paziente è convinto di avere particolari attitudini scientifiche, artistiche o inventive, di possedere grandi quantità di denaro, di essere stato designato ad assolvere una speciale missione. I deliri di grandezza e di aumentata stima di sé (megalomania) si caratterizzano per i contenuti genealogici, mistici, religiosi, politici, finanziari.

Le ridotte capacità di critica e giudizio e il coinvolgimento in attività rischiose determinano atteggiamenti di opposizione da parte dei familiari, preoccupati per le possibili conseguenze, e ciò determina nei pazienti comportamenti aggressivi.

Talora sono presenti *allucinazioni*, prevalentemente di tipo uditivo, ma anche allucinazioni visive (circa il 10%). Sono in ogni modo frammentarie e di breve durata.

Comuni sono le alterazioni della memoria: la capacità di rievocazione è meno efficiente e la capacità di fissazione è ridotta tanto che spesso, cessato l'episodio, può rimanere soltanto un ricordo "lontano" o "confuso" di ciò che è accaduto.

Molto scarsa e talora assente è la capacità di attenzione e concentrazione con marcata *distrattibilità*: il paziente salta rapidamente da un argomento ad un altro ed il corso del pensiero è facilmente interrotto da particolari, anche insignificanti, che colpiscono la sua fantasia.

Anche il *vissuto temporale*, cioè l'esperienza soggettiva del tempo, assume caratteristiche particolari: il paziente maniacale perde il senso dello scorrere delle ore ed è persa la possibilità di cogliere gli eventi e le proprie azioni in una successione temporale, di valutarne il significato in rapporto alle esperienze passate, di proiettarle nel futuro, di considerarne le possibili conseguenze.

Per quanto riguarda le *alterazioni del sistema neurovegetativo*, caratteristica è la riduzione del bisogno di sonno per cui, pur dormendo soltanto poche ore per notte, al risveglio è pieno di energia. Nelle forme gravi può non dormire per alcuni giorni senza avvertire la minima stanchezza, cosa che aggrava l'eccitamento e determina la compromissione delle condizioni fisiche.

L'appetito può essere aumentato, con tendenza a mangiare in modo disordinato, in qualsiasi ora del giorno o della notte e ad abusare di caffè o alcolici ma, sebbene l'apporto calorico sia cresciuto, si verifica spesso un dimagrimento a causa dell'iperattività.

La spinta *sessuale* è aumentata e può portare a comportamenti disinibiti e sconvenienti.

Risoluzione

L'episodio maniacale ha una durata spontanea (senza cioè intervento terapeutico) variabile da alcuni giorni a 3-4 mesi. Raramente ha un'evoluzione cronica, mentre in genere si risolve, bruscamente o nel giro di qualche giorno, con il ritorno del tono dell'umore nella norma oppure con il passaggio in depressione.

Negli anni '70 Carlson e Goodwin hanno proposto la distinzione della mania in tre stadi di gravità crescente.

Lo *stadio I* è dominato dall'euforia, talvolta dall'irritabilità e dall'iperattività; la coerenza ideativa è mantenuta, seppure con contenuti espansivi e grandiosi.

Lo *stadio II* è dominato da labilità emotiva e l'euforia e la disforia sono presenti in misura sovrapponibile; quando l'irritabilità si trasforma in rabbia ed aperta ostilità sono possibili comportamenti aggressivi. E' presente accelerazione del corso del pensiero fino ad una vera e propria fuga delle idee. Possibile la comparsa di temi deliranti a sfondo megalomane.

Nello *stadio III* l'umore è francamente disforico. L'aumento incontrollato dell'attività psicomotoria si traduce in bizzarre comportamentali e incoerenza dei processi ideativi. Sono frequenti ansia e attacchi di panico. In circa un terzo dei pazienti compaiono fenomeni allucinatori e in alcuni casi è presente stato confusionale.

Terapia

La terapia dell'episodio maniacale è resa difficoltosa a causa dell'assoluta mancanza del senso di malattia da parte del paziente che, di conseguenza, non avverte la necessità di assumere farmaci. Quando i sintomi raggiungono una gravità tale da imporre l'intervento medico è spesso necessario fare ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), ricoverando il paziente anche contro la sua volontà. Si tratta di un intervento coercitivo cui è necessario ricorrere solo quando qualunque altro tentativo va incontro a fallimento.

In pazienti che soffrono di crisi maniacali è importante mettere in atto la profilassi con stabilizzatori del tono dell'umore, allo scopo di ridurre il numero e la gravità delle oscillazioni verso l'alto.

Nella fase acuta dell'episodio maniacale l'intervento farmacologico consiste nella somministrazione di neurolettici, allo scopo di correggere l'ideazione megalomanica e favorire il recupero delle capacità critiche e dell'adesione al senso di realtà.