La depressione in età evolutiva

Renato Cerbo
U.O.C. di Neuropsichiatria infantile - Pescara

Giornata di aggiornamento

LA DEPRESSIONE DALL'ETA' EVOLUTIVA ALL'ADULTO E ALL'ANZIANO

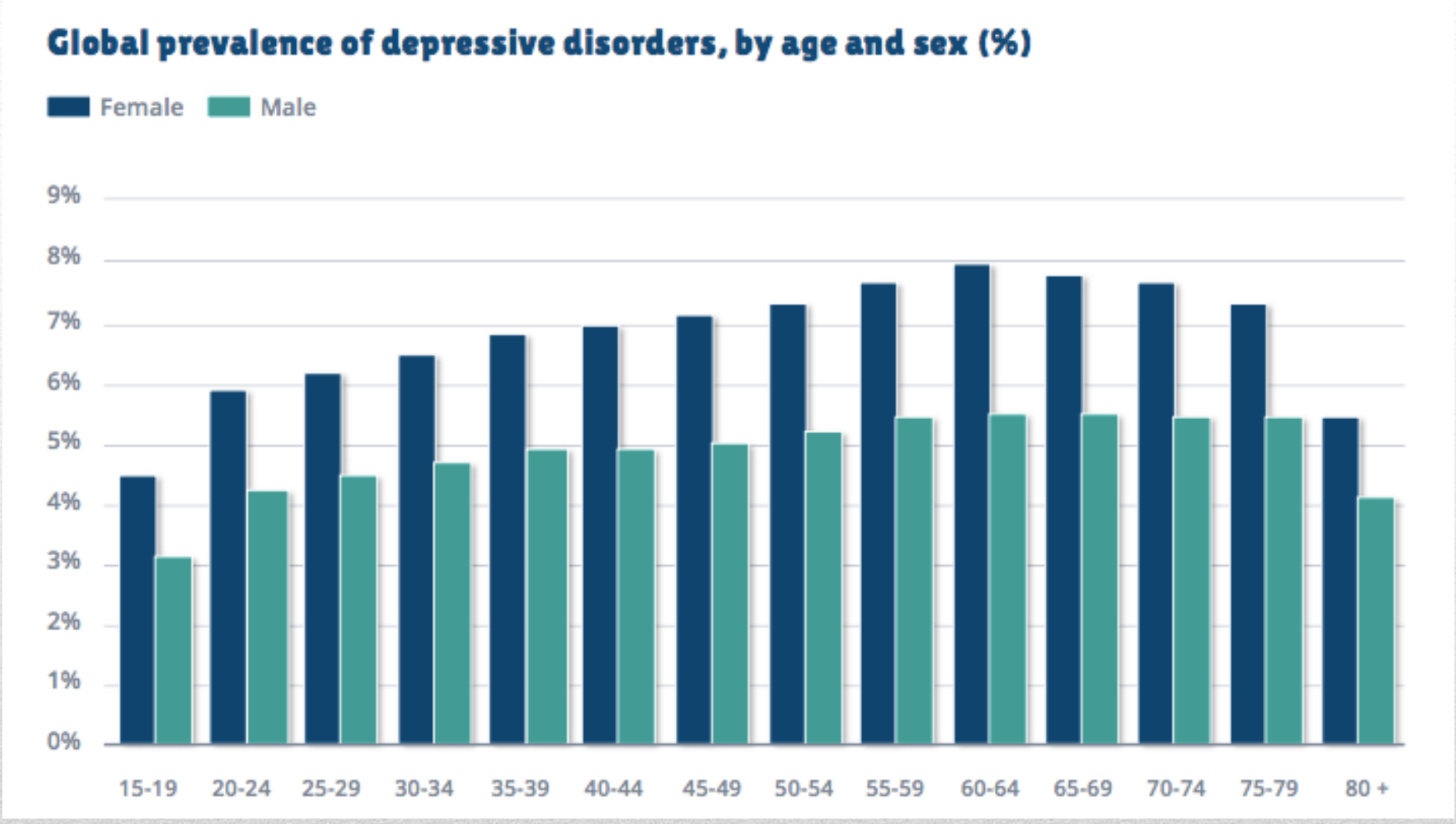
Città Sant'Angelo (PE) 16 marzo 2019

L'incidenza dei disturbi depressivi è in continuo aumento ed il loro impatto sociale è sempre maggiore. La loro diffusione e gli alti tassi di comorbilità (DCA, ansia, abuso di sostanze, ecc.) ne fanno una delle aree di maggior interesse sanitario e politico-sociale (dati del 2013 riportano che circa il 10% degli americani assume antidepressivi).

Una previsione della World Health Organization per l'**anno 2020** conferma che, tra tutti i disturbi, **la depressione imporrà il secondo carico più grande sulla salute nel mondo.**

Un rapporto dell'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) afferma, infatti, che nel **2020 la seconda causa di decessi e d'invalidità sarà la depressione**, dopo le malattie cardiovascolari.

Classifica	2000	2020 (Stima)
1	**Infezioni alle basse vie respiratorie**	**Cardiopatia ischemica**
2	**Condizioni perinatali**	**Depressione maggiore unipolare**
3	**HIV/AIDS**	**Incidenti stradali**
4	Depressione maggiore unipolare	**Disturbi cardiovascolari**
5	**Disturbi di diarrea**	**Broncopneumopatia cronica ostruttiva**



FONTE: DEPRESSION AND OTHER COMMON MENTAL DISORDERS: GLOBAL HEALTH ESTIMATES,

World Health Organization 2017

La depressione nei bambini è stata presa in considerazione seriamente solo negli ultimi 30 anni

"La difficoltà nasce dal fatto che se gli adulti con fatica comunicano verbalmente i loro sentimenti depressivi, i bambini , almeno fino ad una certa età, non hanno nemmeno nel loro repertorio la possibilità di tale comunicazione".

I bambini piccoli incontrano molte difficoltà nel descrivere i loro stati mentali e nel cogliere sfumature tra le emozioni. Ne consegue una maggiore frequenza di sintoni somatici (Stark, Rouse e Livingston, 1991)

Il contributo della psicoanalisi nella comprensione della depressione come malattia parte dall'infanzia

- **S. Freud** vedeva la depressione (contrariamente al lutto) è caratterizzata da ***un'identificazione con un oggetto perduto amato in modo ambivalente*** (**il rivale edipico**) per cui l'odio ricade su di sé

- **M. Klein** pensava che tra i 4 e i 6 mesi vi fosse una ***fase depressiva nel bambino*** al momento dell'abbandono della fase schizoparanoidea quando gli oggetti buoni idealizzati e quelli persecutori coincidono grazie allo sviluppo della capacità di fare un esame di realtà

- **D. Winnicott** pensava che il bambino passando da stati fisiologici eccitati colmi di rabbia a stati di calma ***nel periodo dello svezzamento sviluppasse una forte preoccupazione per aver distrutto la «madre oggetto»*** quindi la necessità di oggetti transazionali

- **W. Bion** sviluppò una teoria della mente che fin da subito ma per tutta la vita vede l'uomo ***oscillare tra posizioni schizoparanoidee e depressive all'interno delle quali si sviluppa il senso di realtà*** e la conoscenza del mondo in termini di spazio e tempo

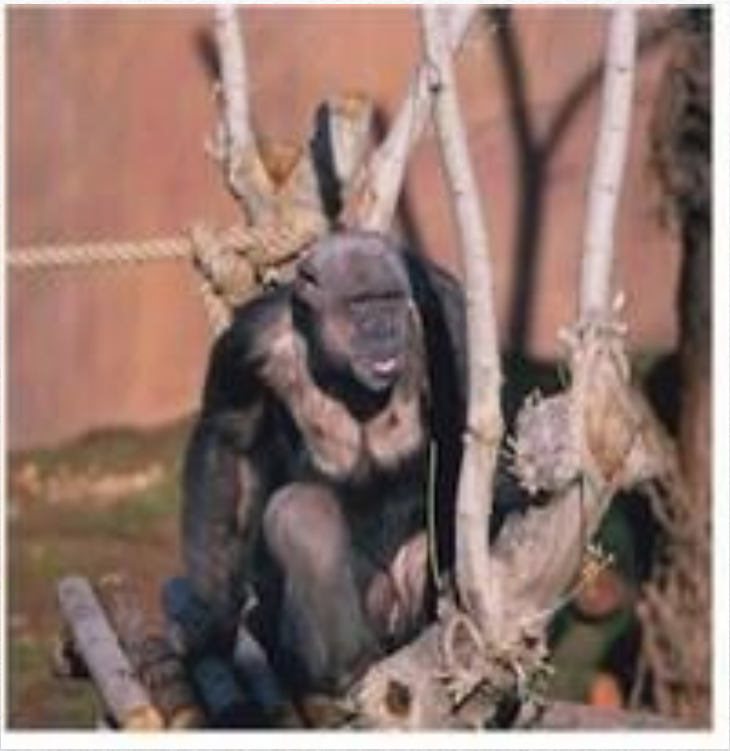
Depressione anaclitica

Descritta nel 1952 da Renè Spitz in bambini di età compresa **tra il sesto e l'ottavo mese** di vita che abbiano vissuto la **separazione** dalla madre per un periodo di tempo di **3-5 mesi consecutivi** (ad esempio per ricovero prolungato > **Ospitalismo)**

La sintomatologia:

- *tendenza al pianto,*
- *comportamento di ritiro,*
- *difficoltà nel relazionarsi,*
- *scarso appetito e mancato raggiungimento del peso previsto per l'età,*
- *aumentata suscettibilità a malattie infettive con rischio di mortalità,*
- *rallentamento dello sviluppo psicologico ed intellettivo.*

Teorie dell'attaccamento (Bolwby)



La separazione dalla madre evoca la protesta e l'intensificazione dei comportamenti di attaccamento e di ricerca di prossimità, poi subentra **la disperazione e il distacco come difesa dal dolore psichico e necessità di rinvestimento affettivo**.

Nei piccoli di scimmia, la separazione dalla madre determina a breve termine una diminuzione di appetito, inibizione del gioco, **ritiro sociale ed un'espressione facciale di tristezza che inducono comportamenti di accudimento** da parte di altre scimmie adulte, consentendo la sopravvivenza a lungo termine.

La visione evoluzionistica della depressione: le continue fluttuazioni del tono affettivo di fondo svolgono un'importante funzione adattativa

- Modulano la spinta all'iniziativa (**spinta vitale**) che permette di indirizzare il comportamento (ad esempio cedimento e risparmio di energia psichica in condizioni fortemente sfavorevoli)

- Permettono di svolgere una funzione di **autoinformazione e di valutazione** delle circostanze ambientali (ad esempio rinuncia all'obiettivo prefissato per fallimento delle strategie adottate e spostamento degli investimenti affettivi)

- Permettono una **funzione comunicativa** verbale e non verbale permettendo il riconoscimento dello stato emotivo ed il bisogno di cura e protezione da parte dell'altro (ad esempio attivazione di comportamento di conforto e di aiuto da parte di un familiare)

La depressione infantile come specifico sottotipo

Nel 1978, Puig-Antich e colleghi pubblicano uno studio pilota per valutare la presenza della depressione maggiore in età prepuberale

Major Depression and Conduct Disorder in Prepuberty

JOAQUIM PUIG-ANTICH, M.D.

This paper reports a set of unexpected clinical observations made during the course of a study of the possible effectiveness of imipramine (IMI) in a prepubertal major depressive disorder. Stated briefly, it was found that one-third of the boys fitting RDS criteria for major depressive disorder also fit DSM-III criteria for conduct disorder. Clinical observations of this subsample during the 5-week IMI protocol, and during open IMI treatment and follow up thereafter, indicated that successful outcome of their mood disorder was followed by abatement of conduct disorder behaviors in the majority of the patients. The possible theoretical and practical implications of these findings will be reviewed and a set of hypotheses will be formulated with the aim to stimulate further research on this difficult area.

Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 2:118–128, 1982.

La depressione infantile come specifico sottotipo

Nel 1984, Kovacs effettua uno studio longitudinale per valutare le caratteristiche cliniche, la remissione e l'evoluzione dei disturbi depressivi nei bambini a partire dai 6 anni, validando la presenza della depressione nei bambini in età scolare.

Depressive disorders in childhood. II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression.

Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R.

The Clinical Picture of Depression in Preschool Children

JOAN L. LUBY, M.D., AMY K. HEFFELFINGER, PH.D., CHRISTINE MRAKOTSKY, PH.D., KATHY M. BROWN, B.A., MARTHA J. HESSLER, B.S., JEFFREY M. WALLIS, M.A., AND EDWARD L. SPITZNAGEL, PH.D.

- Anche se **i primi episodi di depressione si verificano più comunemente durante la tarda ado**lescenza (Avenevoli et al., 2015; Hankin, 2015), gli studi attuali dimostrano che la **depressione inizia spesso molto prima di quanto si credeva precedentemente con caratteristiche proprie** (Buffet et al., 2011)
- Va notato che **in molti adulti gli episodi depressivi rappresentano recidive di depressioni avvenute in età evolutiva** (Rutter, Kim-Cohen e Maughan, 2006)
- Inoltre la **depressione nei bambini e ragazzi compromette in modo significativo molti aspetti della vita** del minore influenzandone lo sviluppo e la qualità della vita (Dacomo e Pizzo, 2012)
- Lo studio della depressione nel periodo prescolare (**prima dei 6 anni**) è relativamente nuovo e **solo recentemente si è dimostrato che già nella prima infanzia** i bambini sono già in grado di sperimentare sentimenti ed *emozioni complesse come colpa e vergogna* e come queste siano più frequenti nei bambini depressi rispetto ai controlli (Luby, 2009)

La depressione in età evolutiva

La depressione infantile come specifico sottotipo

Attualmente si riconosce che i **disturbi depressivi in età evolutiva**, anche se con differenze importanti, hanno una **consistenza e una stabilità** di malattia simili a quelli dell'adulto.

A differenza dell'adulto, **i**n molti casi, la depressione dei bambini è riconoscibile dagli altri, soprattutto in **manifestazioni oggettive** (riduzione dell'attività, dell'iniziativa, della varietà degli interessi).

Nella **depressione infantile prevale la reattività dell'umore a fattori esterni**, che, nell'adulto, è presente nella depressione atipica.

Infine, nella depressione infantile appare particolarmente **elevata la comorbidità.**

I Disturbi dell'umore nei bambini

- La depressione in età evolutiva è un disturbo che si presenta con **una frequenza dello 0,4 in età prescolare e del 2- 6% nelle età successive** (Angold,Costello 2001).
- Studi longitudinali hanno infatti sottolineato come **l'insorgenza precoce di un disturbo depressivo aumenti il rischio di una condizione di depressione o di altri problemi psichiatrici nell'età adulta** (Rutter, 1990), anche se altri dati sembrano dare **maggiore rilevanza all'esordio in età puberale** (Costello, Angold, Worthman, 1998).

La depressione in età evolutiva

- Dati epidemiologici emersi da alcuni studi internazionali (Dubini et al, 2001) e nazionali (Faravelli et al, 1990) evidenziano che i disturbi emotivi (disturbi d'ansia e disturbi depressivi) presentano nella popolazione generale una **prevalenza media del 2.8% prima dei 13 anni.**

- La prevalenza del **Disturbo Depressivo Maggiore** (DDM) è stimata **tra l'1.8% e il 2.5% in età prepubere e tra il 2.9% e il 4.7% negli adolescenti**.

- La prevalenza del **Disturbo Distimico** (DD) è stimata **tra lo 0.6% e l'4.6% nei bambini e tra l'1.6% e l'8% negli adolescenti** (Esser et al, 1990; Fleming et Offord, 1990; Cooper et Goodyer, 1993; Lewinshon et al, 1993; Polaino-Lorente et Domenech, 1993, Brent et al, 1995; AACAP, 1998; Kessler et al, 2001; Nobile et al, 2003) **(18,5 %** Garber, 2000**)**

- Il **rapporto maschio-femmina** è 1:1 nei bambini, 1:2 negli adolescenti (Fleming et Offord, 1990; Angold e Rutter, 1992).

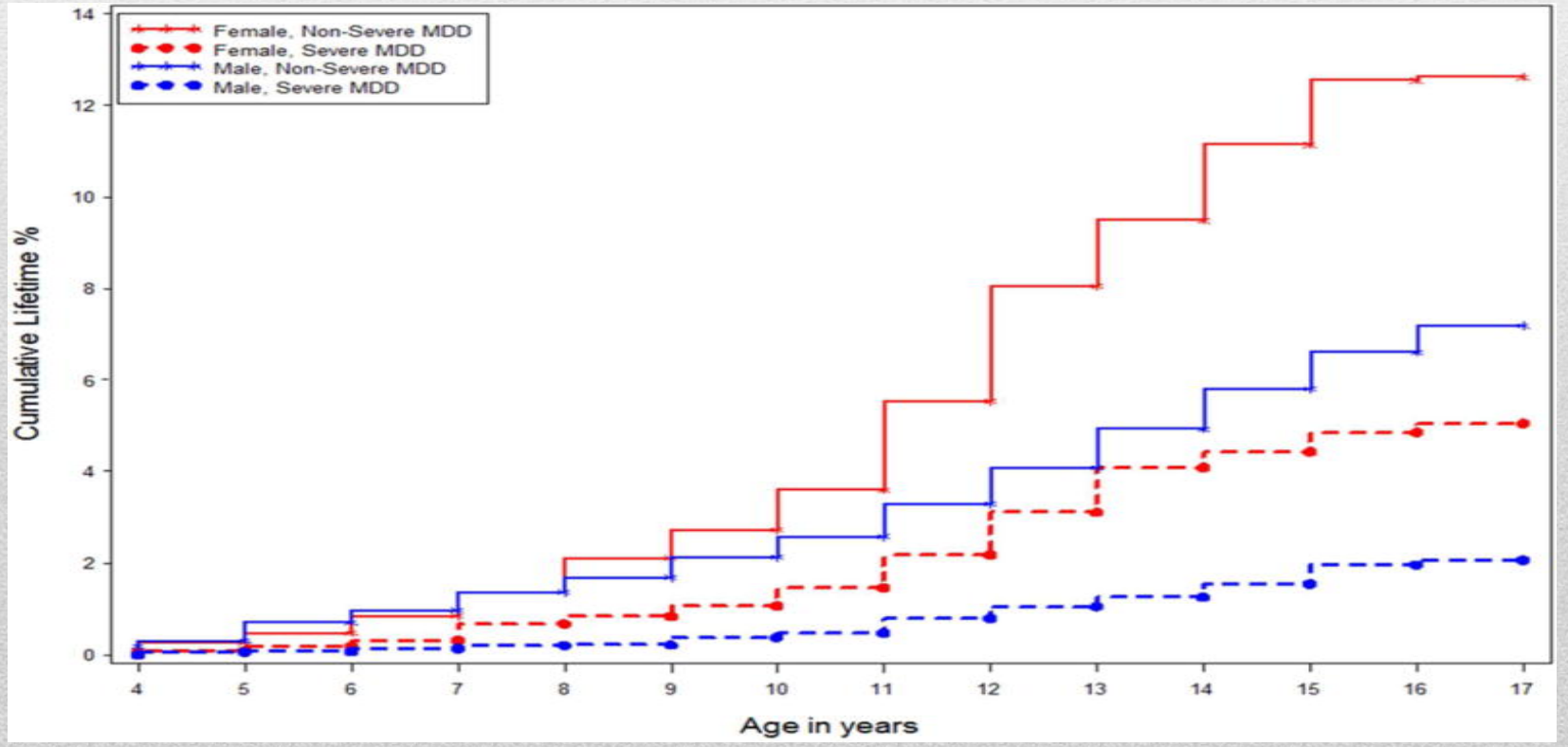
- Anche in età evolutiva gli episodi depressivi tendono ad avere una **durata prolungata nel tempo**: il 50% risulta ancora sintomatico dopo un anno e il 30% dopo due; dopo la remissione dal primo episodio si avrà una ricaduta dal 20 al 60% entro i due anni e nel 70% dopo cinque anni

Published in final edited form as:
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 January ; 54(1): 37–44.e2. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010.

Major Depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment

Una recente valutazione epidemiologica effettuata negli USA ha riscontrato una prevalenza lifetime e a 12 mesi rispettivamente dell'**11% e** del **7,5%,** mentre del **3,0%** e del **2,3%** nelle forme gravi, con maggiore prevalenza nelle femmine.

La maggior parte presentava importante comorbilità con altri disturbi mentali.



Continuity of Depressive Disorders From Childhood and Adolescence to Adulthood: A Naturalistic Study in Community Mental Health Centers

Juan J. Carballo, MD, PhD, Laura Muñoz-Lorenzo, PhD, Hilario Blasco-Fontecilla, MD, PhD, Jorge Lopez-Castroman, MD, PhD, Rebeca García-Nieto, PhD, Kanita Dervic, MD, Maria A. Oquendo, MD, and Enrique Baca-García, MD, PhD **2011**

Obiettivo: determinare e confrontare i tassi di continuità omotipica della depressione infantile e adolescenziale nell'età adulta.

Metodo: Questo è stato uno studio di coorte naturalistico e prospettico su bambini e adolescenti che hanno ricevuto assistenza psichiatrica in tutti i centri di salute mentale della comunità di Madrid. I pazienti hanno ricevuto la loro prima diagnosi di disturbo depressivo tra 6 e 17 anni di età e avevano almeno 20 anni al momento della loro ultima visita.

Risultati: i dati suggeriscono che gli adolescenti con disturbi depressivi mostrano un livello superiore di continuità omotipica nell'età adulta. Al contrario, l'omotipia è meno comune tra coloro la cui prima diagnosi di disturbo depressivo si verifica durante l'infanzia.

Questa continuità omotipica è stata segnalata soprattutto nella depressione ad esordio adolescenziale, mentre la depressione ad esordio infantile è stata collegata più frequentemente a fattori ambientali, come le esperienze precoci avverse piuttosto che a fattori genetici come si sarebbe potuto ipotizzare.

AACAP OFFICIAL ACTION

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders

AACAP 2017

Il 50% degli adulti depressi riferisce l'esordio della sintomatologia prima dei 18 anni; la ricorrenza di episodi persiste in età adulta in più del 50% dei soggetti.

Le percentuali di guarigione a un anno dall'esordio sono di circa il 75% e dopo due anni di circa il 90%.

La depressione spesso può recidivare: studi di follow up a lungo termine riportano una **ricorrenza del disturbo nel 40% dei soggetti entro due anni, e nel 70% entro cinque anni.**

Fattori in grado di aumentare il rischio di ricadute o cronicizzazione del quadro sono: *negative condizioni socio-ambientali, esordio molto precoce, gravità dei precedenti episodi, scarsa compliance al trattamento, presenza di sintomi psicotici, comorbilità, familiarità psichiatrica, stato premorboso, basso QI.*

Depressione mascherata e comorbilità

I dati epidemiologici evidenziano una elevata comorbidità dei Disturbi Depressivi in età scolare (il 60-70% dei bambini ed adolescenti depressi presenta altri disturbi psichiatrici e nel 20-40% più di due).

- Disturbi Ansiosi (d. ansia di separazione, fobia scolastica, ecc.) 60%
- Disturbo attentivo-iperattività 20-30%
- Disturbi scolastici (d. aspecifici di apprendimento)
- Disturbi del Comportamento (d. oppositivo-provocatorio, d. condotta) 30%
- Disturbi somatici (enuresi, encopresi, cefalea, disturbi alimentari, ecc.)
- Disturbo ossessivo-compulsivo 10%
- Abuso di sostanze ed altre dipendenze patologiche 10-30%

- La COMORBIDITA' influenza la modalità espressiva della Depressione in età evolutiva, il suo riconoscimento, il decorso (maggior compromissione funzionale, difficoltà scolastiche, tentativi di suicidio) e il trattamento

Comorbidità e diagnosi differenziale

- L'interpretazione della diagnosi differenziale e della comorbidità condiziona le stime epidemiologiche.

Mascheramento
(la depressione viene mascherata dai disturbi in coomorbilità)

Alone
(la depressione giustifica tutta la sintomatologia e non si vedono gli altri disturbi)

Il **Disturbo Depressivo Maggiore** si associa spesso in comorbilità a disturbi quali il disturbo distimico, il disturbo d'ansia da separazione, fobie con condotte di evitamento, disturbi della condotta, disturbo dell'adattamento e disturbi dell'attenzione.
Un'associazione è stata riscontrata anche con il disturbo borderline di personalità e con i disturbi specifici dello sviluppo (Kovacs):

Disturbo associato	**Bambini %**
Disturbo distimico	30 - 40
Disturbo d'ansia da separazione	58
Fobie con condotte di evitamento	20 – 50
Disturbi della condotta	10 – 50
Disturbo dell'adattamento	23
Disturbi dell'attenzione	13
Disturbi borderline di personalità	38,5
Disturbi specifici dello sviluppo	28

Il **Disturbo Distimico** è spesso in associazione in comorbilità con il disturbo depressivo maggiore principalmente, ma anche con il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, con enuresi o encopresi, con un disturbo iperansioso e un disturbo d'ansia da separazione:

Disturbo associato	**Bambini %**
Disturbo depressivo maggiore	47
ADHD	24
Enuresi o encopresi	14,6
Disturbo iperansioso	10,9
Disturbo d'ansia da separazione	7,3

Child Development, March/April 2007, Volume 78, Number 2, Pages 581–596

Relation Between Reading Problems and Internalizing Behavior in School for Preadolescent Children From Economically Disadvantaged Families

Brian P. Ackerman, Carroll E. Izard, Roger Kobak
University of Delaware

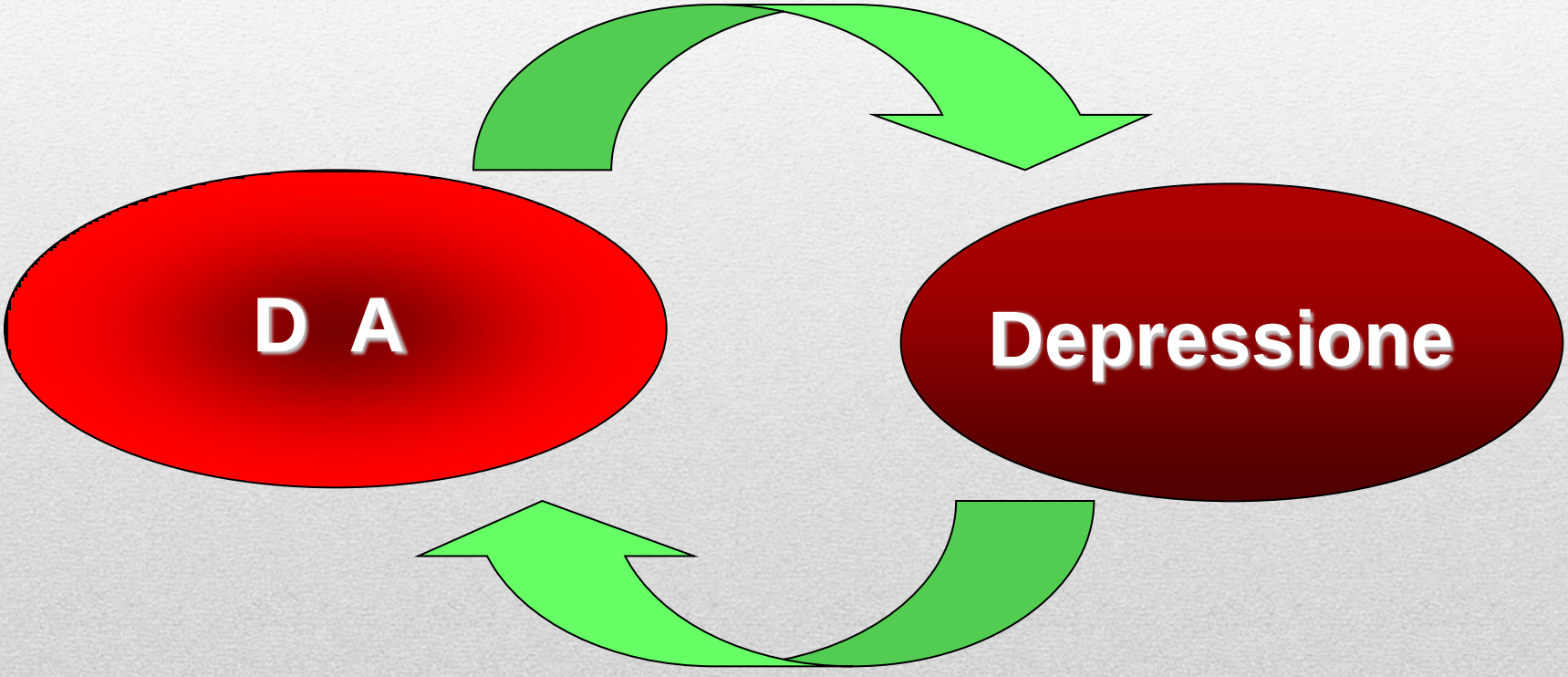
Eleanor D. Brown
University of Pennsylvania

Clare Smith
University of Delaware

This longitudinal study of 105 economically disadvantaged children examined the relation between reading problems and internalizing behavior in 3rd- and 5th-grade assessments (8- to 12-year olds). The variable-centered results showed that reading problems predicted change in internalizing behavior in the context of child and family predictors. The person-centered results showed that children with reading problems in both grades had higher internalizing scores in 5th grade but not in 3rd grade than children with reading problems in 3rd grade or no problems. Child-reported negative emotion experiences varied similarly across grade. The results tie reading problems to emotional distress in school and support conclusions about the direction of effects and the internalization of academic difficulty for disadvantaged children.

In bambini con difficoltà di lettura provenienti da famiglie economicamente svantaggiate le difficoltà di lettura hanno un potere predittivo di futuri problemi internalizzanti.

Bidirezionalità dell'interazione Depressione – Disturbo di Apprendimento

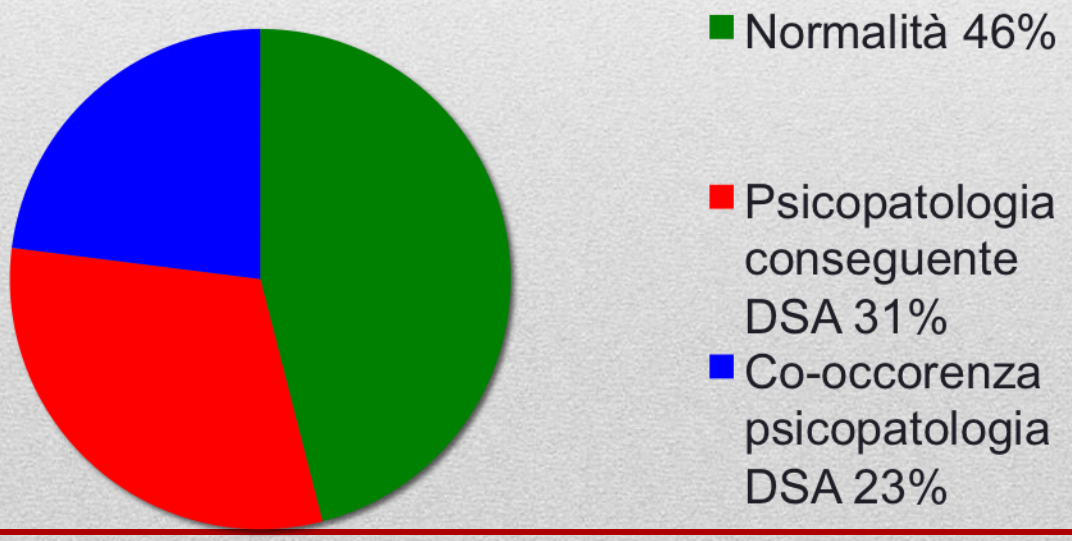


Co-occorrenza o conseguenza?

Aspetti psicopatologici nei Disturbi Specifici di Apprendimento, *Milani L., Gentile S., Guzzino D. (2008)*

Presentazione poster al Congresso dell'Associazione Italiana Dislessia “Essere Dys”, Roma

101 soggetti, Scolarità: 2-3^ cl scuola primaria



Co-occorrenza o conseguenza?

- È la stessa Consensus Conference sui DSA (2007) a specificare poi che, riguardo alle manifestazioni psicopatologiche in presenza di disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento, **la coomorbilità può essere sia espressione di una co-occorrenza, sia la conseguenza dell'esperienza (vissuto) del disturbo**.

- È possibile sostenere che le problematiche affettivo- emotive susseguenti al manifestarsi del disturbo sono il prodotto del complesso sistema di interazioni che si sviluppa tra i soggetti coinvolti nel processo di apprendimento e tra le loro rappresentazioni mentali, sulla base delle reazioni psicologiche e comportamentali all'insuccesso nell'apprendimento **(Impotenza Appresa e reazione di rinuncia)** (Seligman, 1975)

- Nel caso di una co-occorrenza tra DSA e disturbo psicopatologico, il DSA agirebbe come fattore scatenante per la strutturazione, in soggetti predisposti, di un disturbo psicopatologico (depressione, ansia, disturbo della condotta) già presente in forma larvata nel soggetto (Milani et al., 2008)

Disturbi dell'umore e disturbi del linguaggio

- Ricerche epidemiologiche e studi longitudinali su campioni clinici e sulla popolazione generale hanno evidenziato una **netta associazione (50% - 82%) tra disturbi di linguaggio e disturbi psichiatrici** (disturbo della condotta, disturbo oppositorio-provocatorio, ADHD, disturbo d'ansia, disturbi affettivi, disturbi dell'adattamento).

- Sulla base dei criteri neurolinguistici, si evidenziano differenze statistiche significative nella prevalenza dei disturbi psichiatrici ($p = 0{,}005$; $DF = 1, 61$): **il 45% dei bambini con un disturbo di linguaggio misto ha un disturbo psichiatrico associato** e il 50% presenta una condizione di rischio sul versante psicopatologico, il 18% dei bambini con DSL espressivo ha una diagnosi psichiatrica in comorbidità e il 35 % è a rischio psicopatologico.

- Differenze interessanti, ma non significative, si evidenziano anche nella distribuzione dei disturbi psicopatologici: il gruppo dei bambini con **Disturbo Misto Recettivo-Espressivo mostra una prevalenza più elevata di Disturbo d'Ansia** e di Disturbo Misto dell'Espressione Emotiva, mentre nel gruppo dei bambini con **Disturbo del Linguaggio Espressivo prevalgono Depressione** e Disturbo Misto dell'Espressione Emotiva.

Alla **Disabilità intellettiva** si associano disturbi psichiatrici con maggiore frequenza rispetto alla popolazione generale

Disturbi della condotta 57%
Disturbi d'ansia 25%
Disturbi depressivi 5-15%

- Nella DI medio-lieve spesso si esprime con **disturbi del comportamento** specie nelle forme depressive maggiori dove vi è *grave irritabilità (pianto, agitazione o rallentamento psicomotorio, scarso controllo degli impulsi oppure apatia e perdita di interesse mentre sono rare le idee di colpa o suicidarie).*

- **Nei RM più gravi il disturbo dell'umore è poco riconoscibile** in quanto predomina la *disforia, sintomi vegetativi (disturbi del sonno, alimentazione, perdita di peso, incontinenza o stipsi, astenia) ridotta espressività mimica, regressione delle autonomia, ritiro sociale, comportamento infantile*

Very Early Predictors of Adolescent Depression and Suicide Attempts in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Andrea Chronis-Tuscano, PhD; Brooke S. G. Molina, PhD; William E. Pelham, PhD; Brooks Applegate, PhD; Allison Dahlke, BA; Meghan Overmyer, AM; Benjamin B. Lahey, PhD

L'ADHD è riscontrabile in circa il 30% dei bambini e nel 15% degli adolescenti con depressione acuta o cronica. È oggetto di discussione se la dimensione impulsiva dell'ADHD possa incrementare il rischio suicidario di adolescenti depressi in particolare in fase acuta.

Un campione di 1.056 studenti universitari ha fornito valutazioni self-report dell'umore, comportamento suicidario (pensieri, autolesionismo, e tentativi di suicidio) e attuali sintomi di iperattività e disattenzione.

Risultati: maggiori sintomi di iperattività e disattenzione erano associati a una relazione più forte tra umore depresso e ideazione e tentativi suicidari, ma non autolesionismo.

Conclusioni: I risultati attuali suggeriscono che la presenza di sintomi combinati iperattività e disattenzione portano ad un aumento del rischio di suicidio per studenti universitari depressi. **Queste forti correlazioni devono far riflettere sul ruolo dell'impulsività nel comportamento suicidario**.

Disturbi dell'umore e ADHD

- La **comorbidità tra ADHD e depressione può variare dal 10% al 50%** e non sono ancora chiari gli effetti delle variabili età, sesso o sottotipo di ADHD. Allo stato attuale è frequente la comorbidità tra le due patologie, con influenze cliniche reciproche, ma senza una chiara interdipendenza (Masi et al. 2006).

- **Un disturbo depressivo maggiore può manifestarsi con irritabilità, scarsa concentrazione,** agitazione psicomotoria e difficoltà a portare a termine i compiti assegnati.

- **I bambini con ADHD hanno spesso episodi depressivi o disforici** di carattere transitorio, in seguito ad eventi sfavorevoli o come risultato di una persistente demoralizzazione per i problemi associati all'ADHD (bassa autostima, timori sulla propria abilità, preoccupazioni sul futuro, necessità di rassicurazioni).

- Quando l'ADHD ha insorgenza tardiva rispetto alla depressione, si verifica un **peggioramento del quadro clinico** con una maggior compromissione cognitiva e sociale.

Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: 20 Years After

Colleen M. Cummings, **Nicole E. Caporino**, and **Philip C. Kendall**
Temple University

Risultati: In questo studio del 2014 è stata fatta un'interessante rassegna degli studi degli ultimi 20 anni sulla comorbilità tra ansia e depressione. Tra i giovani che presentano un quadro depressivo, i disturbi d'ansia sono quelli più presenti in comorbilità con una frequenza stimata che va dal 15% al 75%. Nei ragazzi con disturbo d'ansia come diagnosi principale i tassi di comorbilità con i disturbi depressivi sono generalmente più bassi e vanno dal 10% al 15%.

Gli autori suggeriscono poi diverse spiegazioni a questa marcata differenza: 1) giovani con disturbo d'ansia possono presentare un quadro depressivo subsindromico; 2) le ricerche considerano il disturbo d'ansia un concetto unitario non soffermandosi sulle sue varie forme (ansia da separazione, fobia sociale, ecc..) per cui non è chiaro il rapporto che il quadro depressivo ha con ognuna di loro; 3) l'ansia è più comune in infanzia mentre le depressione in adolescenza per cui i tassi di comorbilità cambiano con 'età.

Ansia e depressione in età evolutiva: due costrutti o un'unica dimensione?

- **I tassi di comorbilità di ansia e depressione riscontrati nei bambini e adolescenti vanno dal 8% al 16% negli studi di comunità e tra il 28% ed il 62-75% in popolazioni cliniche** (Achenbach, Rescorla, 2000)
- **Ansia e depressione non sono differenziabili** nei bambini anche per l'incapacità di sperimentare sintomi depressivi (Compas, Oppedisano, 2000)
- Si è ipotizzato che il **disturbo d'ansia generalizzato sia una versione prodromica del disturbo depressivo maggiore** (Izard, Fine, 2006)
- Più probabile che il disturbo depressivo segua il disturbo ansioso come **complicanza** (Kovacs e al., 1989)
- Ancora più probabile che fattori genetici e stressor ambientali contribuiscano in modo aspecifico nell'infanzia a sviluppare disturbi d'ansia o disturbi depressivi o entrambi (Bradley, 2003) seppure **incontrollabilità , impotenza e mancanza di supporto sono caratterizzanti il disturbo depressivo** (Cole, Peeke, Lachlan, 1998)

Disturbi dell'umore e DCA

- Un recente studio ha evidenziato i più frequenti disturbi associati ai DCA, in cui **i disturbi dell'umore rappresentano il 60,4%** (Salbach et al., 2008). I disturbi depressivi sono spesso sostenuti dall'incapacità di controllare l'alimentazione, dalla preoccupazione per il peso e la forma corporea, e dalla vergogna e dai sentimenti di colpa (Godart et al., 2006) e la sintomatologia depressiva nelle anoressiche tende a migliorare con il recupero del peso (Godart et al., 2007; Fornari et al., 1992).

- Molte persone affette da anoressia nervosa e bulimia nervosa hanno **una storia di disturbi dell'umore**, in particolare di Depressione Maggiore (tasso di prevalenza di depressione maggiore dal 20% all'80%). In un sottogruppo di pazienti **la depressione precede il disturbo dell'alimentazione e persiste dopo la sua remissione.**

- **I pensieri di morte sono spesso presenti ed il suicidio è una delle più comuni cause di morte tra i pazienti con DCA.**

The Comorbidity of Conduct Problems and Depression in Childhood and Adolescence

Jennifer C. Wolff,[1] and Thomas H. Ollendick[1,2]

2009

Disturbi del comportamento come il disturbo oppositivo-provocatorio e della condotta sono presenti nel 20-30% degli adolescenti depressi e **possono persistere anche dopo il miglioramento dei sintomi depressivi,** condizionandone la prognosi e l'adattamento psicosociale, aumentando il rischio di uso di sostanze e di comportamenti impulsivi autolesivi, sotto forma di tentativi di suicidio o di decessi per condotte pericolose ed impulsive.

Risultati: in un recente studio condotto da Greene et al. (2016), oltre il 30% dei bambini clinicamente diagnosticati con grave depressione maggiore soddisfaceva anche i criteri per i problemi di condotta. Al contrario, di quelli con problemi di condotta, oltre il 50% ha soddisfatto i criteri per la depressione maggiore. Nell'esaminare i tassi di comorbilità che si riferiscono specificamente al disturbo della condotta e del disturbo oppositivo provocatorio, la depressione comorbida sembra essere più prevalente in quelli con disturbo della condotta rispetto a quelli con disturbo oppositivo provocatorio.

Disturbo dell'umore e cefalea

- Un'altra comorbilità importante nell'età evolutiva è quella tra cefalea e depressione. La cefalea è uno dei più comuni disturbi somatici nei bambini e negli adolescenti. **La prevalenza della cefalea nella popolazione pediatrica varia tra il 3,3% al 21%,** aumentando nell'età scolare e nell'adolescenza (Bellini et al. 2013).

- I bambini e gli adolescenti con cefalea, e soprattutto emicrania, hanno peggiori risultati, rispetto agli altri, peggiore qualità della vita, **assenze scolastiche** ed hanno più spesso sintomi somatici come dolore addominale, ansia e disturbi dell'umore, come la depressione.

- La cefalea rappresenta infatti **uno dei sintomi somatici** che caratterizzano l'espressività clinica della depressione infantile dai tre anni in poi.

Epilessia e disturbi dell'umore

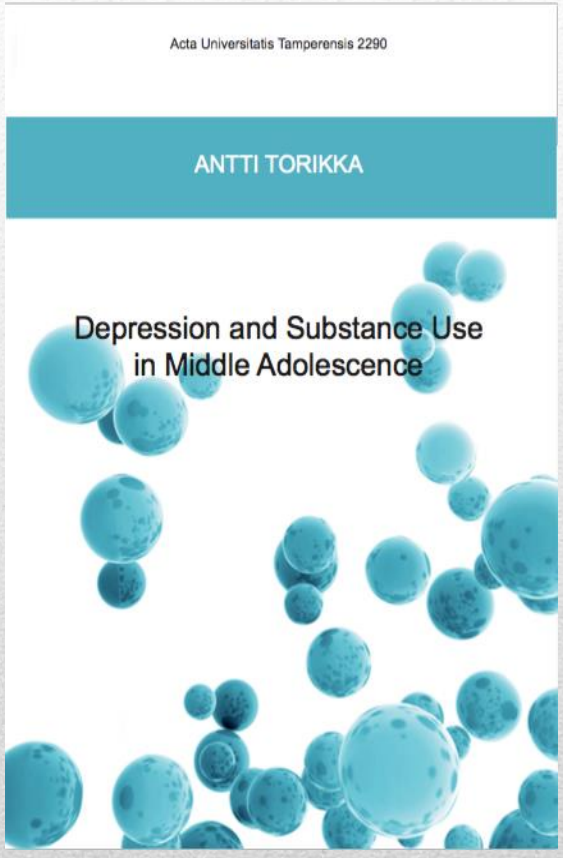
- Una recente review (Seyfhashemi et al. 2013) esaminando un campione di 1095 bambini epilettici tra i 4 e i 19 anni, ha mostrato come la depressione continui ad essere molto comune nei bambini epilettici, con una prevalenza che varia **dal 5.2% al 39.6%,** tanto da invitare i medici che lavorano con l'epilessia ad indagare sempre la comorbilità con la depressione.

- Nella pratica clinica possono verificarsi diverse **reazioni depressive** in seguito alla diagnosi di epilessia o in seguito ai problemi sociali e familiari indotti dalla malattia.

- Inoltre i sintomi depressivi possono caratterizzare i p**rodromi** (instabilità dell'umore con tendenza alle variazioni disforiche su di una tonalità fondamentale di tipo depressivo), **l'aura di una crisi** (sentimenti depressivi di particolare intensità), **un'esperienza ictale**, la **fase post-critica** (emozioni critiche di estasi mistica, di benessere totale e di felicità erotica), **o stati crepuscolari depressivi e il delirium epilettico depressivo** (Cassano et al., 1999).

Depressione e abuso di sostanze

- **Quasi un terzo dei pazienti con disturbo depressivo maggiore ha anche disturbi di abuso di sostanze**, e la comorbilità comporta un rischio più elevato di suicidio e una maggiore compromissione sociale e personale, nonché altre condizioni psichiatriche (Davis et al., 2008).
- **I sintomi depressivi precoci aumentano il rischio di abuso di sostanze tra adolescenti con pregressi disturbi emotivi** (Wu et al., 2008).
- Secondo Sung et al. (2014) i ragazzi, ma non le ragazze con una storia di depressione erano ad **aumentato rischio di disturbo da uso di sostanze**
- **Tra i tossicodipendenti in campioni clinici sono stati segnalati disturbi depressivi comorbosi compresi tra il 25% e il 69%**



Sviluppo, decorso e conseguenze della depressione in comorbilità con abuso di sostanze

Secondo Lewinsohn et al. (2010) **adolescenti precedentemente depressi che presentavano episodi depressivi più gravi** (ad es., durata dell'episodio più lungo, episodi multipli, maggior numero di sintomi, storia di tentativi di suicidio) **presentavano un elevato tasso di disturbo da uso di sostanze durante l'adolescenza e nella giovane età adulta.**

Essau (2017) ha anche riferito che l'uso di sostanze è associato alla cronicizzazione del disturbo depressivo maggiore tra gli adolescenti.

I disordini depressivi a insorgenza precoce predicono frequente consumo di droghe illecite, frequente consumo di alcool e frequente ubriachezza (Sihvola et al., 2008).

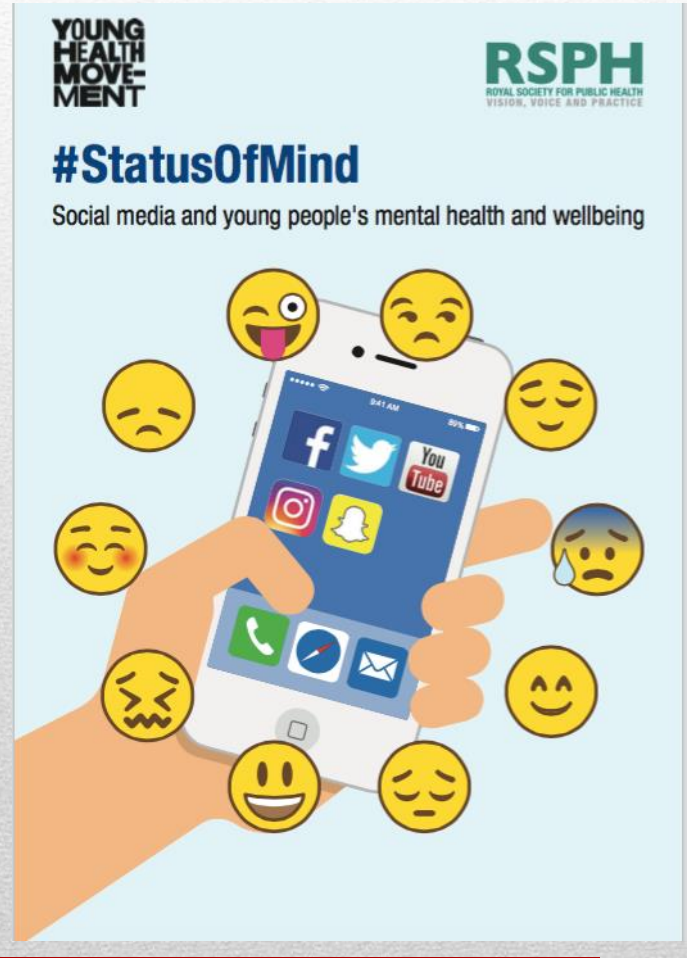
L'uso di sostanze e la depressione spesso si verificano in concomitanza, complicando il trattamento sia dell'uso di sostanze che della depressione.
D'altra parte il trattamento per la depressione adolescenziale spesso aiuta ad alleviare anche il disturbo da uso di sostanze (Deas et al., 2006), **intervenendo precocemente nella patologia depressiva può esserci una riduzione nell'uso successivo di sostanze nell'adolescente** (Maslowski et al 2014).

La co-occorrenza di depressione e consumo di alcool e sostanze è associata a **maggiori difficoltà sia negli ambienti familiari che in quelli tra pari, ma il fattore di rischio più distintivo è quello del basso sostegno familiare** (Aseltine et al., 1998).

Più social, più soli e depressi

Nel **2017** la **Royal Society for Public Health** (Rsph), ha condotto un **sondaggi**o su 1.500 giovani del Regno Unito tra i 14 e i 24 anni, chiedendo loro quanto le cinque grandi piattaforme di social media (Twitter, Facebook, YouTube, Snapchat e Instagram) influissero sulla loro vita.

Le analisi hanno confermato la presenza di un legame causale tra la quantità di tempo speso con questi social media e **l'aumento di depressione e solitudine dovuti alla paura di non sentirsi all'altezza, di non potersi permettere lo stile di vita che osservano sul social.**



What are the potential negative effects of social media on health?

Vi sono prove crescenti che collegano **l'uso dei social media e la depressione** nei giovani, con studi che dimostrano che un maggiore uso è associato a probabilità di depressione significativamente aumentate.

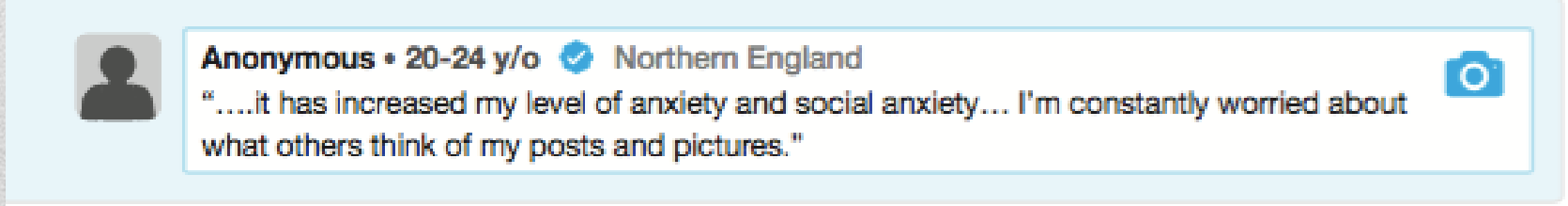
L'uso dei social media per più di due ore al giorno è stato anche indipendentemente associato ad un aumento dei livelli di disagio psicologico e ideazione suicida. Questo fenomeno è stato persino etichettato come **"depressione di Facebook"** da ricercatori che suggeriscono che l'intensità del mondo online - dove adolescenti e giovani adulti sono costantemente contattabili, sempre di fronte alle pressioni da rappresentazioni non realistiche della realtà, può essere responsabile di quadri depressivi o esacerbare le condizioni esistenti.

What are the potential negative effects of social media on health?

Predicting Depression via Social Media

Munmun De Choudhury **Michael Gamon** **Scott Counts** **Eric Horvitz**
Microsoft Research, Redmond WA 98052
{munmund, mgamon, counts, horvitz}@microsoft.com

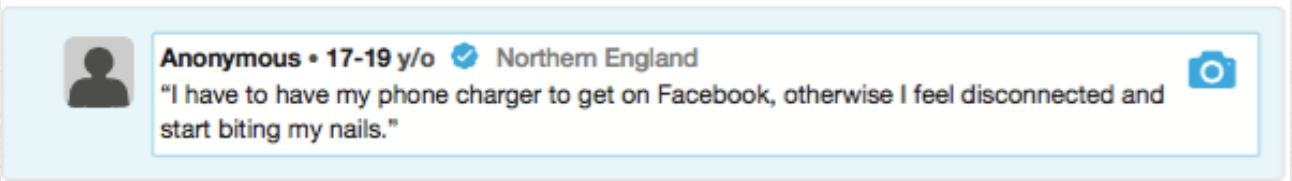
Un pezzo di ricerca è andato addirittura fino al tentativo di **predire la depressione in individui basati esclusivamente sui loro post sui social media**. Sono stati in grado di prevedere la depressione con una precisione fino al 70% semplicemente studiando i post di un individuo su Twitter.



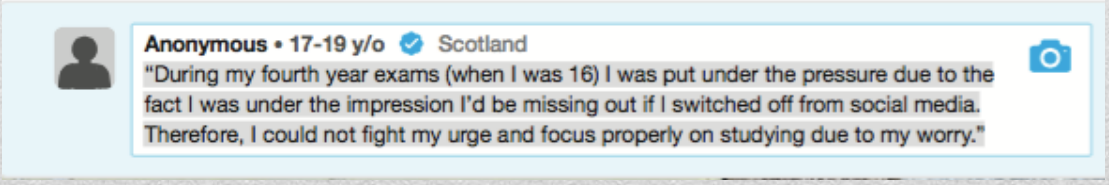
".... ha aumentato il mio livello di ansia e ansia sociale ... Sono costantemente preoccupato di ciò che gli altri pensano dei miei post e delle mie foto".

What are the potential negative effects of social media on health?

Il concetto di "**Fear of Missing Out**" (**FoMO**), letteralmente "**paura di rimanere fuori**" è relativamente nuovo ed è cresciuto rapidamente nella cultura popolare, basti pensare che il 40% dei genitori non sa cosa significhi il termine. In sostanza, FoMO è un'apprensione pervasiva che eventi sociali possono aver luogo senza di te e che siano pubblicate foto nelle quale non ci sei.

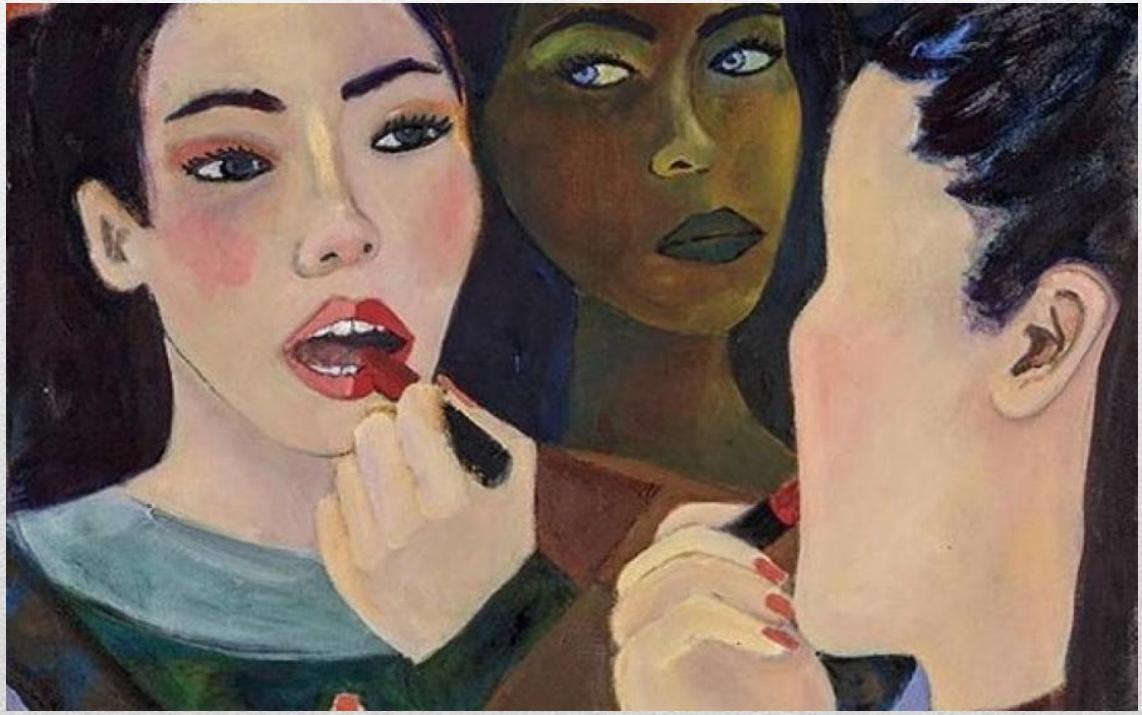


"Devo avere il sempre caricatore del telefono dietro per andare su Facebook, altrimenti mi sento disconnesso e inizio a mangiarmi le unghie."



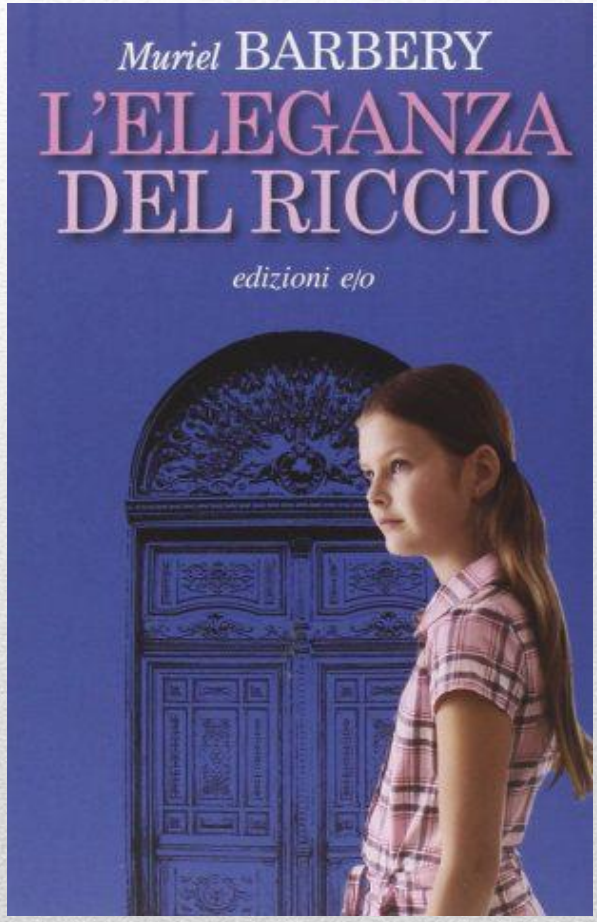
"Durante il mio quarto anno di esami (quando avevo 16 anni) avevo l'impressione che sarei scomparso se non fossi sempre presente nei social media. Non riuscivo a concentrarmi correttamente sullo studio a causa di questa preoccupazione ".

Viviamo in un tempo fetente che ci vuole sempre al top, fighissimi, intelligentissimi, bravissimi a scuola, amatissimi ed anche pieni di like. Capirai.



Il giorno dei miei tredici anni, il 16 giugno prossimo, mi suicido.
Attenzione, non intendo fare niente di spettacolare, come se fosse un atto di coraggio o di sfida.
Tanto più mi conviene che nessuno sospetti nulla.
Gli adulti hanno un rapporto isterico con la morte, diventa un affare di stato, fanno un sacco di storie, e dire invece che e' l'evento più banale del mondo.
In realtà, quello che mi interessa non e' la cosa in sé, ma il come.

Tratto da L'eleganza del Riccio di Muriel Barbery



See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/7176372

Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders

Article *in* European Child & Adolescent Psychiatry · July 2006
DOI: 10.1007/s00787-005-0522-3 · Source: PubMed

In questo studio sono stati analizzati la prevalenza e le caratteristiche cliniche associate di ideazione suicidaria, comportamento autolesionistico senza intenti suicidari e tentativi di suicidio tra pazienti ambulatoriali con disturbi dell'umore depressivo con o senza comorbilità.

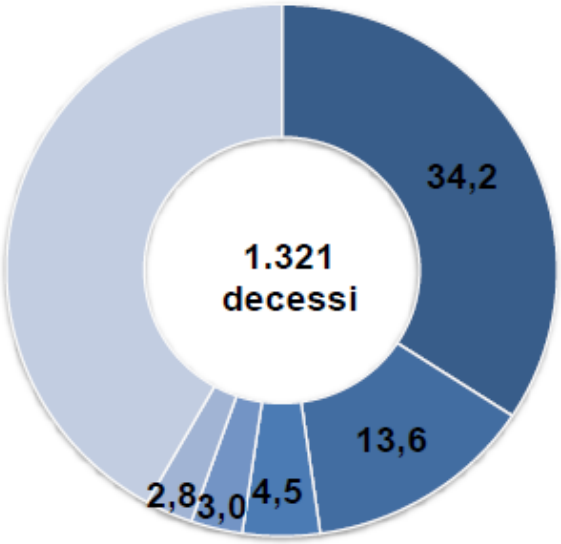
Campione: 218 pazienti ambulatoriali adolescenti di età compresa tra 13 e 19 anni con disturbi depressivi dell'umore.
Risultati: La metà dei soggetti ha riferito ideazione o comportamento suicidario. Non c'è stata differenza nella prevalenza del comportamento suicidario tra gruppi di disordini dell'umore non-comorbidi e comorbidi. Le analisi di regressione logistica multivariata hanno prodotto le seguenti associazioni: (1) ideazione suicidaria associata a sintomi depressivi auto-riferiti e scarso funzionamento psicosociale, (2) autolesionismo associato ad età giovane e scarso funzionamento psicosociale (3) tentativi di suicidio associati a sintomi depressivi e scarso funzionamento psicosociale.

Conclusioni: Disturbi dell'umore depresso, sia comorbidi che non, sono associati a ideazione suicidaria e tentativi di suicidio. La valutazione diagnostica deve essere integrata da metodi di autovalutazione quando si valuta il comportamento suicidario negli adolescenti depressi

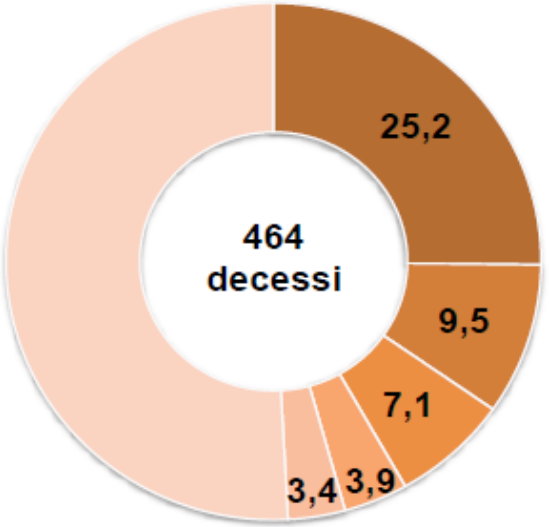
■ 5. Disturbi metabolici (21)

■ 5. Tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale (2

15-24 anni



■ 1. Accidenti di trasporto (452)
■ 2. Suicidio e autolesione intenzionale (179)
■ 3. Altre malattie del cuore (60)
■ 4. Leucemia (40)
■ 5. Omicidio, aggressione (37)



■ 1. Accidenti di trasporto (117)
■ 2. Suicidio e autolesione intenzionale (44)
■ 3. Leucemia (33)
■ 4. Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche (18)
■ 5. Morbo di Hodgkin e Linfomi (16)

25-44 anni

Disturbi depressivi e rischio suicidiario in adolescenza

Secondo l'Osservatorio Nazionale Adolescenza i tentativi di suicidio da parte dei teenager in due anni (dal 2015 al 2017) sono quasi raddoppiati: si è passati **dal 3,3% al 5,9%,** ovvero 6 su 100 di età tra i 14 e i 19 anni hanno provato a togliersi la vita,soprattutto le ragazze (71%). Il 24% degli adolescenti ha inoltre pensato almeno una volta a un gesto estremo.

I disturbi depressivi sono tra i più potenti predittori di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio negli adolescenti, il rischio di ideazione suicidaria e suicidio aumenta quando la depressione è **in comorbilità con disturbi del comportamento, uso di sostanze e ansia.**

Recenti studi suggeriscono che **il comportamento autolesionistico**, definito come un comportamento diretto, socialmente inaccettabile, ripetitivo che causa un danno fisico da lieve a moderato, **è un fattore di rischio per tentativi di suicidio.**
I pensieri legati all'autolesionismo sono più frequenti quando il giovane è solo, sente odio verso se stesso ed afflitto da ricordi dolorosi (Nock, 2010)

Pensieri suicidari e suicidio

Prognosi migliore

- Incostanti
- Vaghi
- Senza pianificazione

Prognosi peggiore

- Ricorrenti
- Persistenti
- Con pianificazione

Fattori di rischio suicidario

- Pregressi tentativi
- Depressione
- Disturbi di persionalità (borderline)
- Dipendenza da sostanze
- Disturbi della condotta
- Calo scolastico
- Familiarità per depressione, suicidio
- Abuso e maltrattamento
- Relazioni patologiche
- Eventi di vita sessanti e traumi

Decorso e prognosi della depressione infantile:

Dipendono dall'età di esordio, dalla severità dell'episodio e dalla presenza di altri disturbi in comorbilità

Il disturbo depressivo precoce può predisporre a:

- ✓ **disturbo dell'umore di tipo cronico in età adulta**;
- ✓ **compromissione del funzionamento sociale**
- ✓ **alterazione dei processi di apprendimento e fallimento scolastico**
- ✓ **rischio di suicidio (soprattutto maschi adolescenti)**

Tuttavia, **non tutti gli stati depressivi sono destinati a cronicizzare** ed esistono anche stati depressivi di breve durata che possono rappresentare un episodio unico nella vita del soggetto: si tratta per lo più di stati depressivi insorgenti come conseguenza di un avvenimento traumatizzante.

NeuroImage: Clinical 20 (2018) 243–251

Contents lists available at ScienceDirect

NeuroImage: Clinical

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ynicl

Anxiety, depression, impulsivity, and brain structure in children and adolescents

Emily C. Merz[a,*], Xiaofu He[b], Kimberly G. Noble[a], for the Pediatric Imaging, Neurocognition, and Genetics Study[1]

[a] Department of Biobehavioral Sciences, Teachers College, Columbia University, 525 W. 120th St., New York, NY 10027, United States
[b] Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, Unit 43, Rm. 5221, New York, NY 10032, United States

ARTICLE INFO

Keywords:
Anxiety
Depression
Impulsivity
Cortical thickness
Subcortical volume

ABSTRACT

The unique neuroanatomical underpinnings of internalizing symptoms and impulsivity during childhood are not well understood. In this study, we examined associations of brain structure with anxiety, depression, and impulsivity in children and adolescents. Participants were 7- to 21-year-olds (N = 328) from the Pediatric Imaging, Neurocognition, and Genetics (PING) study who completed high-resolution, 3-Tesla, T1-weighted MRI and self-report measures of anxiety, depression, and/or impulsivity. Cortical thickness and surface area were examined across cortical regions-of-interest (ROIs), and exploratory whole-brain analyses were also conducted. Gray matter volume (GMV) was examined in subcortical ROIs. When considered separately, higher depressive symptoms and impulsivity were each significantly associated with reduced cortical thickness in ventromedial PFC/medial OFC, but when considered simultaneously, only depressive symptoms remained significant. Higher impulsivity, but not depressive symptoms, was associated with reduced cortical thickness in the frontal pole, rostral middle frontal gyrus, and pars orbitalis. No differences were found for regional surface area. Higher depressive symptoms, but not impulsivity, were significantly associated with smaller hippocampal GMV and larger pallidal GMV. There were no significant associations between anxiety symptoms and brain structure. Depressive symptoms and impulsivity may be linked with cortical thinning in overlapping and distinct regions during childhood and adolescence.

1. Introduction

Although numerous studies have examined the neuroanatomical correlates of specific psychiatric disorders, fewer have compared brain morphometry across multiple types of psychopathology (Gold et al., 2016). Given that comorbidity among psychiatric disorders is common, there is a particular need for research comparing brain structure across disorders to identify unique and shared neurobiology. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) framework suggests that such investigations use a dimensional approach, which includes focusing on levels of psychopathology and symptoms found across multiple psychiatric disorders (Insel et al., 2010).

High levels of internalizing symptoms and impulsivity may have both shared and distinct neural substrates. Internalizing problems have core features of anxiety and/or depression, which often co-occur and have shared genetic risk factors (Cummings et al., 2014). In contrast, impulsivity refers to the tendency to react quickly without considering the broader consequences of one's actions. On the one hand, their neural mechanisms may differ given that impulsivity has primarily been associated with externalizing rather than internalizing disorders (Beauchaine et al., 2017; Holmes et al., 2016; Mackey et al., 2017). On the other hand, shared neurobiology is suggested by the prevalence of heterotypic comorbidity, which refers to cases of co-occurring internalizing and externalizing disorders (Zisner and Beauchaine, 2016). For example, up to half of children diagnosed with ADHD experience a comorbid mood disorder (Zisner and Beauchaine, 2016). In addition, a core feature across high levels of both internalizing symptoms and impulsivity is reduced top-down control over emotions and reward-

* Corresponding author.
E-mail addresses: emilymerz@gmail.com (E.C. Merz), xh2170@cumc.columbia.edu (X. He), kgn2106@tc.columbia.edu (K.G. Noble).

[1] Data used in preparation of this article were obtained from the Pediatric Imaging, Neurocognition, and Genetics Study (PING) database (http://ping.chd.ucsd.edu). As such, the investigators within PING contributed to the design and implementation of PING and/or provided data but did not participate in analysis or writing of this report. A complete listing of PING investigators can be found at https://ping-dataportal.ucsd.edu/sharing/Authors10222012.pdf.

https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.07.020
Received 27 April 2018; Received in revised form 27 June 2018; Accepted 21 July 2018
Available online 24 July 2018
2213-1582/ © 2018 Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/BY-NC-ND/4.0/).

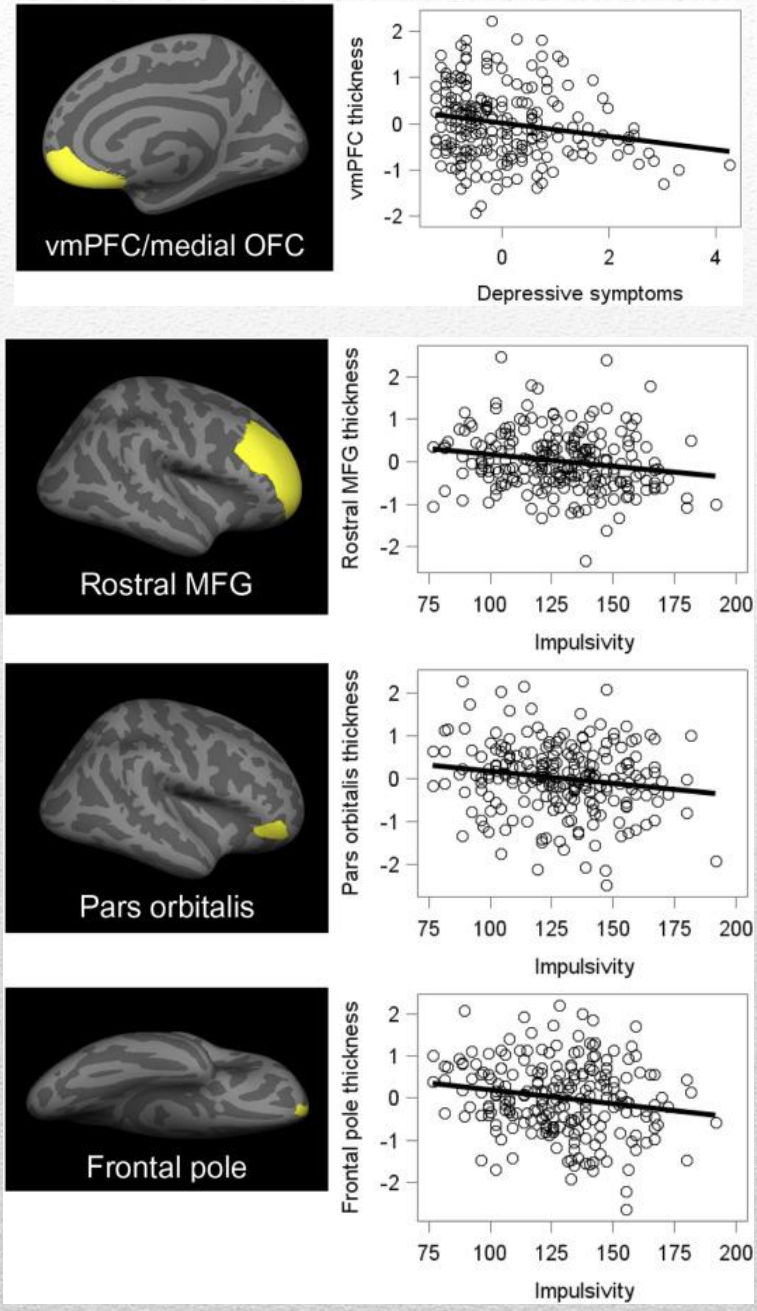
In questo studio sono state esaminate **le associazioni della struttura cerebrale con ansia, depressione e impulsività nei bambini e negli adolescenti.** I partecipanti erano di età compresa tra 7 e 21 anni (N = 328) dello studio Pediatric Imaging, Neurocognition and Genetics (PING) che ha effettuato la risonanza magnetica ad alta risoluzione, 3-Tesla, T1 e autovalutazione dell'ansia, depressione e / o impulsività.

Se considerati separatamente, i sintomi depressivi più elevati e l'impulsività erano significativamente associati a uno **spessore corticale ridotto nella PFC / midollo mediale ventromediale**, ma considerati contemporaneamente i sintomi depressivi rimanevano significativi.

Maggiore impulsività, ma non sintomi depressivi, era associata a **ridotto spessore corticale nel lobo frontale, giro frontale rostrale centrale e pars orbitale.** Non sono state trovate differenze per la superficie regionale.

I sintomi depressivi più alti, ma non l'impulsività, erano significativamente associati con **GMV ippocampale più piccolo e GMV pallidale maggiore.** Non c'erano associazioni significative tra i sintomi dell'ansia e la struttura del cervello.

I sintomi depressivi e l'impulsività possono essere collegati al **diradamento corticale in regioni sovrapposte e distinte durante l'infanzia e l'adolescenza.**



Fattori associati all'esordio e all'evoluzione

La depressione va considerata un **disturbo psicopatologico a patogenesi multifattoriale**, la cui espressività ed evoluzione sono legati ad una serie di fattori di rischio genetici, neurobiologici, temperamentali, ambientali, interagenti tra loro. E' noto che lo sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale sono il risultato di **complesse interazioni** che avvengono sin dal concepimento tra patrimonio genetico ed ambiente.

INTERAZIONE TRA FATTORI BIOLOGICI ED AMBIENTALI

↓

MODIFICAZIONE DELLA ESPRESSIVITÀ GENICA

↓

MODIFICAZIONE DI STRUTTURA E FUNZIONE DI ALCUNI CIRCUITI NEURONALI

Fattori associati all'esordio o all'evoluzione

FATTORI GENETICI

- In **figli di genitori depressi** la prevalenza del disturbo depressivo maggiore è 3 volte superiore rispetto al controllo e la prevalenza di distimia è 7 volte maggiore rispetto al controllo.

- In **genitori di bambini depressi** la prevalenza dei disturbi depressivi è 2-3 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

- La percentuale di **concordanza tra gemelli omozigoti** è del 76%

- La percentuale di **concordanza tra gemelli dizigoti** è del 19%

FATTORI NEUROBIOLOGICI

- Deficit funzionale delle amine biogene (serotonina, noradrenalina, dopamina)

Genetica ed ambiente sociale

- Studi sulle famiglie di origine, su gemelli e soggetti in età evolutiva adottati hanno dimostrato **l'influenza genetica** sul rischio depressivo che viene triplicato nei figli di madri depresse (Kovacs, 1997) ed espone soprattutto ad episodi depressivi precoci anche se diviene **impossibile separare la genetica dall'esposizione a stili genitoriali disfunzionali, stressor e traumi** (Goodman,1999 ; Hamman, 2003) in quanto le specifiche modalità relazionali delle madri depresse influenzano la regolazione degli affetti fin dalle prime fasi dello sviluppo.

- E' stato suggerito (Tronick, 2008) che i bambini, nel **tentativo di fronteggiare gli affetti negativi nell'interazione con madri depresse, sviluppino un nucleo affettivo negativo di sé,** primariamente caratterizzato da rabbia e tristezza, con uno stile difensivo di mancanza di fiducia nella madre e nelle proprie capacità di segnalare i bisogni e con conseguenze sul funzionamento adattativo e cognitivo **("stile cognitivo negativo")** ma anche dei sistemi biologici (Hammen, 2003).

Fattori di rischio e depressione infantile

- Un contributo importante rispetto all'individuazione dei fattori di rischio per i disturbi dell'umore nei bambini e negli adolescenti è stato apportato da un **recente studio canadese** (Maughan et al., 2013).

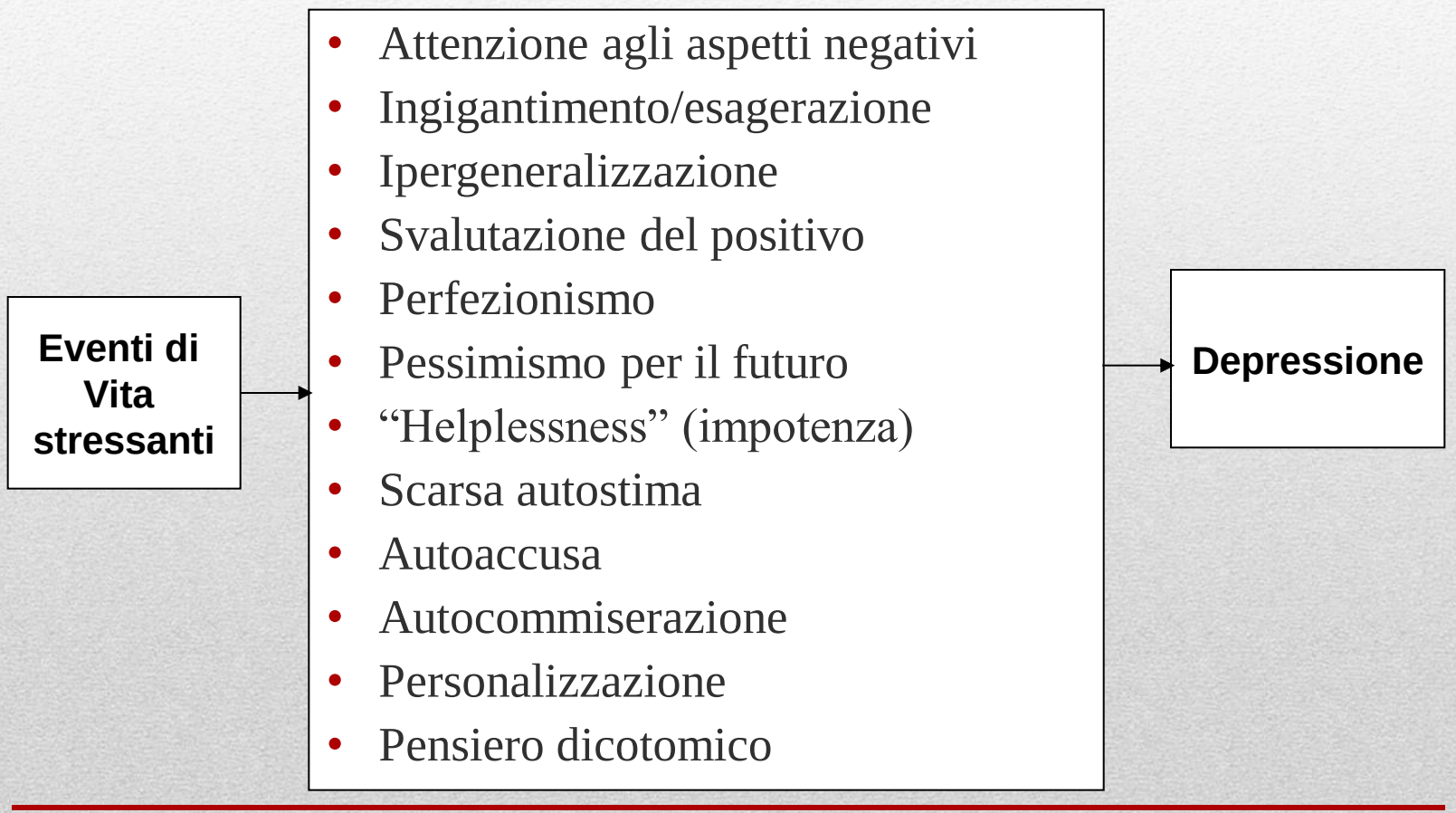
- Questo lavoro sottolinea **l'importanza della presenza di una storia familiare di depressione e di un'esposizione ad eventi stressanti.**

- I fattori ereditari partecipano in parte a questo effetto, sebbene gli studi condotti sulle associazioni geniche non abbiano ancora identificato dei polimorfismi genici associati alla depressione (Thapar et al., 2012).

- Inoltre il suddetto studio suggerisce come **anche le dinamiche psicosociali siano implicate nella trasmissione familiare**.

La depressione secondo la prospettiva cognitivista (Triade di Beck)

Visione negativa di se stessi (inadeguatezza ed incapacità)
Visione negativa delle proprie attuali esperienze (ostacoli insormontabili)
Visione negativa del futuro (sofferenza e difficoltà immodificabili)



Etiopatogenesi

Patogenicità negli eventi stressanti:

- Cronici, Ripetuti , Indipendenti dai comportamenti individuali, Imprevedibili, Precoci
- Assenza di fattori protettivi (attaccamento insicuro, genitori rigidi, controllanti, perfezionisti, severi, elevate aspettative, ecc.)
- Associati a vulnerabilità genetica (Monroe, Roberts, 1990; Harrington, 1999)

Fattori di rischio e depressione infantile

- Alcune ricerche cliniche condotte sull'adozione, hanno mostrato un aumentato rischio di depressione nella prole di **madri non biologiche depresse** (Tully, Iacono, & McGue, 2008).

- I fattori di rischio psicosociali includono **lutti familiari, separazioni e conflitti, maltrattamento e abbandono dei figli, conflitti con i pari e bullismo** (Jaffee et al., 2002; Kendler, Thornton, & Gardner, 2000). Gli **stressor cronici nelle relazioni** sembrano avere un maggiore impatto degli eventi acuti, soprattutto nelle femmine (Thapar et al., 2012).

- Inoltre la letteratura più recente conferma come, in età evolutiva, la sintomatologia depressiva si presenti frequentemente associata ad **altre patologie psichiatriche**: per circa due casi su tre, i bambini e gli adolescenti depressi presentano un altro problema psicopatologico (Maughan et al., 2013).

EVENTI DELLA VITA (stessor ambientali)

circostanze di vita avverse soprattutto eventi di perdita

- lutti
- malattie dei familiari
- abbandoni
- carenze affettive
- abuso
- conflittualità genitoriale
- separazione e divorzio
- disastri naturali
- incidenti stradali o domestici
- cambio di abitazione e residenza
- immigrazione,
- emigrazione
- difficoltà economiche
- isolamento sociale

EVENTI DELLA VITA (stressor individuali)

Eventi fisici o psicologici che producono sofferenza psichica

- Insuccesso scolastico
- disturbi di apprendimento
- disturbi psicologici
- problemi di salute
- disabilità
- malattie croniche
- ospedalizzazioni
- disturbi di attenzione
- disturbi di linguaggio
- ansia sociale e scolastica
- difficoltà con i coetanei
- bullismo
- rottura di una relazione affettiva
- delusioni affettive

- Correlazioni positive tra **perfezionismo maladattativo** (aspettative eccessive e critiche severe) e depressione (Argus e Thomson, 2008; Nakano, 2009) ed ideazione suicidaria (Hunter e O'Connor, 2003) portano a sviluppare una valutazione negative di sé, giudizi severi verso se stessi, dubbi sulla propria efficacia e sentimenti di inferiorità.

- **Controllo genitoriale eccessivo** con azioni che invadono il sé interiore e manipolano i pensieri, sentimenti negando l'identità del bambino, hanno come conseguenza la formazione di un sé insicuro, instabile con bassi livelli di autostima e sintomi depressivi (Soenens, 2005; Barber e al., 1994).

Il contesto familiare

- **La mancanza di amici in età evolutiva è un fattore di rischio** perché avere amici si è dimostrato un fattore protettivo (Bukowski, Laursen, Hoza, 2010)
- **Essere stato vittima di bullismo** è correlati in molte ricerche ad alto rischio di sofferenza depressiva (Taylor,Sullivan, Kliewer, 2013) **ma anche aver ricoperto il ruolo di bullo** è predittivo di futuro stato depressivo (kaltiala-Heino, Frojd, Marttunen, 2010)
- **Tra le cause di autolesionismo** vi è un forte stress legato alla scuola ed all'**essere stato vittima di bullismo** associato ad un'eccessiva insicurezza e forte autocritica (Ougrin et al., 2012)
- **Gli adolescenti con problematiche di bullismo e depressione hanno esiti peggiori**, a 4 anni distanza dal primo episodio depressivo, dei coetanei depressi senza bullismo (Pdditzi et al. 2014)

Relazioni con i coetanei

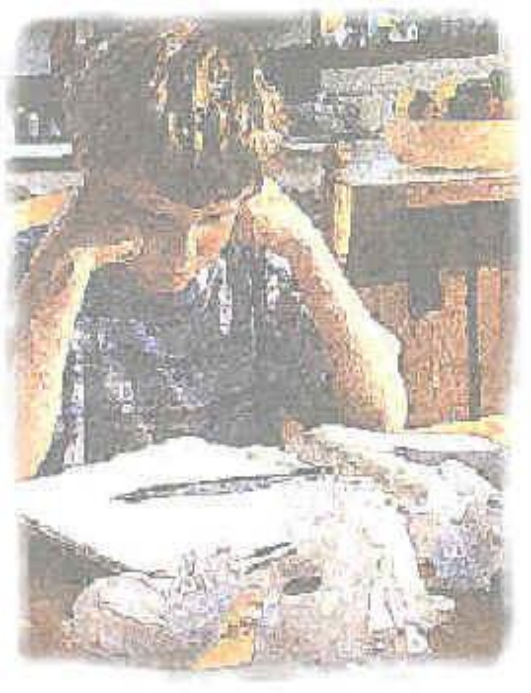
DEPRESSIONE IN ETA' EVOLUTIVA

- I criteri diagnostici sono quelli desunti dai manuali diagnostici psichiatrici dell'adulto e riportati dal DSM con relativi **pochi adattamenti al bambino** (valorizzazione del sintomo irritabilità e dimezzamento del criterio temporale) e un solo disturbo riconosciuto tipico dell'età evolutiva nel DSM 5.

- **Non è stato formulato un quadro per l'età 0-6 anni**, ne è chiaro se i bambini sperimentino una consistente durata dell'alterazione dell'umore per la maggior parte del giorno e per almeno 2 settimane nell'episodio depressivo maggiore (Luby, 2007).

- E' stata proposta una recente descrizione per l'età 0-5 anni (**CD: 0-5 TM, 2018)** che enfatizza la marcata **diminuzione del piacere e dell'interesse** in quasi tutte le attività (Luby, 2007) ed i **temi negativi del gioco.**

DEPRESSIONE INFANTILE



- Le manifestazioni fondamentali della depressione infantile sono simili a quelle presenti negli adulti ma sono correlate a preoccupazioni tipiche dei bambini, come **i compiti e il gioco.**
- Sono abbastanza comuni accessi di **irritabilità e aggressività, rabbia** piuttosto che uno stato d'animo depresso.
- **Svalutazione di sé e bassa autostima** piuttosto che sensi di colpa ed autoaccusa
- Comuni sono i **sintomi somatici**, la difficoltà di concentrazione ed il calo delle prestazioni scolastiche, le preoccupazioni per la propria ed altrui salute, stanchezza, apatia, noia, perdita di appetito, turbe del sonno, cefalea ed altri disturbi in comorbilità **("depressione sottosoglia" o anche "depressione mascherata", "equivalente depressivo")**

Manifestazioni cliniche della depressione

sintomi emozionali:
umore depresso e melanconia, noia
umore collerico o irritabile, rabbia immotivata
Anedonia e mancanza di piacere nelle attività
tendenza al pianto, perdita di allegria
non sentirsi amato, commiserazione
paure immotivate, ansia di separazione
mancanza di speranza e senso di inutilità

sintomi cognitivi:
autosvalutazione e perdita di autostima
senso di colpa e autoaccusa,
disperazione, pessimismo, idee di rovina
difficoltà di attenzione e concentrazione
indecisione, inibizione, lentezza ideativa
ideazione vischiosa, ossessiva, idee di morte
perdita della temporalità, assenza di prospettiva

sintomi comportamentali
chiusura o isolamento sociale, turbe relazionali
condotte oppositive o aggressive, fughe, furti
docilità e passività eccessiva
aspetto trascurato nell'igene o abbigliamento
turbe del compotamento alimentare
ideazione e il comportamento suicidario
peggioramento delle prestazioni scolastiche

sintomi psicosomatici
affaticamento e astenia, malessere diffuso
cambiamento dell'appetito e/o del peso
dolori e i malesseri aspecifici e indistinti
disturbi del sonno (insonnia/ipersonnia)
rallentamento o agitazione psicomotoria
cefalea o emicrania, vertigini
disturbi digestivi, alopecia, disturbi immunitari

Età < 3 anni	Età 3-5 anni
Pianto eccessivo	Alterazioni del tono dell'umore (tristezza, irritabilita`, appiattimento dell'affettivita`); il bambino apparire amimico, eccessivamente capriccioso, scontroso, imbronciato; l'irritabilita` puo` manifestarsi con atteggiamenti provocatori di sfida, oppositivita`, disubbidienza, scatti di collera, aggressivita`, pianto immotivato
Irritabilità	Anedonia, ovvero riduzione o perdita di interesse e/o piacere nel gioco o per altre attivita` risultate prima piacevoli.
Disturbi del sonno	Lamentele somatiche (vomito, asma, dermatite, allergie, dolori addominali, cefalea, alopecia)

Espressione clinica dei Disturbi dell'Umore

Età < 3 anni	Età 3-5 anni
Alterazioni delle abitudini alimentari	Mondo immaginativo e giochi di fantasia caratterizzati da contenuti di fallimento, dolore, distruzione gioco monotono e ripetitivo
Alterazioni della motricita` (rallentamento o irrequietezza)	Comportamenti auto/eteroaggressivi con facilita` agli acting-out, esposizione ai pericoli e facile tendenza agli incidenti
Ritardo o regressione psicomotoria	Dipendenza e ansia: spesso si instaura un legame molto stretto con la madre, evidenziando atteggiamenti tipo piagnucolare o aggrapparsi in modo adesivo o con sintomi tipici di un disturbo d'ansia da separazione
Disturbi psicosomatici (vomito, diarrea, asma, dermatite, alopecia, ecc)	Sentimenti di inadeguatezza e di inferiorita`, insicurezza, con bassa tollAlterazioni delle abitudini alimentari eranza alle frustrazioni, tendenza a ritirarsi dinanzi alle difficolta` e necessita` di rassicurazioni e gratificazioni
Difficolta` a raggiungere il peso previsto per l'eta`	Tendenza a richiedere scuse per minime infrazioni, difficolta` di socializzazione con progressivo evitamento sociale: il piccolo appare timido, chiuso, imbarazzato, preferisce stare da solo o con gli adulti

Espressione clinica dei Disturbi dell'Umore

6-11 anni	12-11 anni
Tendenza ad esprimere l'umore depresso nei giochi, nei sogni e nei disegni: emergono fantasie di morte, bassa autosima, sentimenti di perdita e di abbandono, sensi di colpa, sentimenti di non essere amato o di essere rifiutato dagli altri	Alterazioni del tono dell'umore. Le fisiologiche fluttuazioni dell'umore, tipiche di questa età, possono rendere più difficile la diagnosi, tuttavia sono più intense; in questa fascia di età le maggiori capacità introspettive e la consapevolezza di sé permettono una maggiore espressione verbale dei propri stati d'animo
Tendenza ad annoiarsi in attività piacevoli per l'età o risultate precedentemente piacevoli (es. attività sportive, in gruppi, videogames, etc)	Anedonia
Difficoltà relazionali con i coetanei e resistenza a nuove esperienze, con tendenza all'isolamento sociale	Passività sia motoria sia ideativa, sino all'apragmatismo: scarsa iniziativa, perdita degli interessi, calo del rendimento scolastico, disorganizzazione delle funzioni cognitive (ritardo o perdita delle capacità astrattive)
Problemi comportamentali: protesta, aggressività, oppositività, iperattività, impulsività, bullismo, tendenza alla menzogna, messa in atto di fughe	Sentimenti di inferiorità: bassa autostima, sensi di colpa, sentimenti di incomprensione, di sfiducia e di perdita di speranza

Espressione clinica dei Disturbi dell'Umore

6-11 anni	12-18 anni
Rallentamento e goffaggine	Preoccupazioni per l'aspetto fisico
Difficoltà scolastiche: il rendimento scolastico può calare per instabilità attentiva, difficoltà di concentrazione e facile stancabilità,	Isolamento sociale con cambi frequenti di amicizie
Lamentele somatiche (vomito, asma, dermatite, alopecia, dolori addominali, cefalea, dolori diffusi, ecc)	Disturbi somatici (cefalea, dolori diffusi, ritardo della pubertà, disturbi neurovegetativi, etc)
Pensieri di morte. Possono essere presenti, anche se raramente, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio	Perdita di energia, stanchezza Sentimenti di onnipotenza che portano a reazioni aggressive e a passaggi all'atto: fughe da casa o da scuola, comportamenti antisociali Abuso di alcool o droghe Pensieri di morte, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio

Espressione clinica dei Disturbi dell'Umore

ESPRESSIVITA' CLINICA IN RELAZIONE ALL'ETA'

- **0-3 ANNI**
  - pianto eccessivo, irritabilità
  - riduzione dell'appetito e/o del peso corporeo, disturbi psicosomatici (vomito, diarrea, alopecia)
  - disturbi del sonno (riduzione, aumento, inversione del ritmo)
  - alterazioni della motricità (inibizione, irrequietezza)
  - ritardi o regressioni in diversi ambiti (linguaggio, motricità, controllo degli sfinteri)
  - repertorio povero di interazioni ed iniziative sociali, scarso contatto visivo, scarsa mimica facciale
- **3-5 ANNI**
  - rallentamento psicomotorio, apatia, riduzione di interesse per il gioco
  - appiattimento affettivo, ansia di separazione, scarsa comunicazione verbale
  - tendenza all'evitamento sociale, comportamenti auto-eteroaggressivi
- **ETA' SCOLARE**
  - maggiore capacità di verbalizzare il proprio stato d'animo (fantasie di morte, sentimenti di perdita)
  - isolamento sociale e difficoltà relazionali con i coetanei
  - instabilità attentiva, difficoltà di concentrazione e facile stancabilità
  - disturbi comportamentali (aggressività, oppositività, iperattività, impulsività)
  - calo del rendimento scolastico e lamentele somatiche (cefalea, dolori addominali, dolori diffusi)
- **ADOLESCENZA**
  - anedonia e passività sia motoria che ideativa, astenia
  - sentimenti di inferiorità, impotenza e di inefficienza
  - condotte antisociali (auto ed eteroaggressività), abuso di sostanze
  - sintomi psicotici (deliri, allucinazioni), idee/tentativi di suicidio

TABELLA 1

DSM-IV E DSM-5: TUTTE LE DIAGNOSI DEL DISTURBO DEPRESSIVO

DSM-IV	DSM-5
Disturbo depressivo maggiore (episodio singolo o ricorrente)	**Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente**
Disturbo distimico	**Disturbo depressivo maggiore**
Disturbo depressivo non altrimenti specificato (Disturbo disforico premestruale, Disturbo depressivo minore, Disturbo depressivo breve ricorrente, Disturbo depressivo post-psicotico della Schizofrenia, etc.)	**Disturbo depressivo persistente** (Distimia)
	Disturbo disforico premestruale
	Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
	Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
	Disturbo depressivo con altra specificazione
	Disturbo depressivo senza specificazione
Disturbo dell'adattamento con umore depresso	**Disturbo dell'adattamento con umore depresso**

Disturbo depressivo

Secondo i criteri pubblicati nel DSM 5, la diagnosi di depressione richiede che il bambino o l'adolescente soddisfi, per almeno 2 settimane, almeno 5 dei seguenti 9 criteri:

- ***Umore depresso o irritabile quasi ogni giorno e per la maggior parte della giornata (tristezza, rabbia, pianto, capricciosita', frustrabilita', lamentosita')***
- ***Marcata riduzione dell'interesse o del piacere in attività che in precedenza suscitavano interesse o piacere.***
- ***Aumento o calo ponderale (iperfagia o inappetenza).***
- ***Modificazione dei pattern del sonno (aumento o diminuzione della quantità di tempo spesa dormendo).***
- ***Agitazione o ritardo psicomotorio (agitazione, iperattività, ipoattività)***
- ***Facile faticabilità o perdita delle energie (stanchezza, noia, spossatezza)***
- ***Sensazioni di inutilità o sensazioni di colpa inappropriate o eccessive (scarsa autostima, insicurezza, sensi di colpa, solitudine, sentimenti di inferiorità e autosvalutazione, vuoto, sensazione di non essere amato)***
- ***Indecisione o diminuzione della capacità di concentrazione (scarso rendimento scolastico)***
- ***Pensieri ricorrenti di morte.***

Adulti	Bambini e adolescenti
A. Almeno 5 dei seguenti sintomi si sono verificati nello stesso periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento precedente; almeno 1 dei sintomi deve essere 1) umore depresso o 2) perdita di interesse/piacere	E' stata suggerita una riduzione del numero dei criteri a 4 e non 5 e di riduzione ad 1 settimana dei criteri temporali.
1) Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (triste, vuoto) o da un osservatore esterno (appare piangente)	L'umore può essere depresso o irritabile. <6 aa: lamentele fisiche vaghe, espressione facciale triste e/o scarso contatto oculare. L'umore irritabile potrebbe manifestarsi tramite: -agiti e comportamenti pericolosi -comportamenti oppositivi e/o ostili -interazioni aggressive
2) Marcata riduzione dell'interesse o del piacere in tutte o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno come indicato dal soggetto o dall'osservazione degl'altri.	La perdita di interesse o di piacere può riguardare il gioco solitario, il gioco con i pari e le attività scolastiche.
3) Significativa perdita od incremento di peso (cambiamento maggiore al 5% del peso in un mese) o decremento/incremento dell'appetito quasi ogni giorno	I bambini possono non avere l'incremento ponderale atteso per la loro età secondo le curve di crescita piuttosto che perdere peso

Criteri diagnostici della Depressione Maggiore DSM 5

Adulti	Bambini e adolescenti
4) Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno	Come negli adulti
5)Rallentamento od agitazione psicomotoria quasi ogni giorno (osservabile dagl'altri e non solo una sensazione soggettiva di non riuscire a stare fermo o di essere rallentato)	Iperattività associata a cambiamenti dell'umore
6) Facile affaticabilità o mancaza di energia quasi ogni giorno	La facile affaticabilità può manifestarsi con una riduzione/assenza del gioco con i pari, rifiuto della scuola o frequenti assenze scolastiche
7) Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi ed inappropriati (che potrebbero essere deliranti) quasi ogni giorno (non sensi di colpa per essere malato)	Sentimenti di autosvalutazione: "sono scemo", "sono un ritardato"
8) Ridotta capacità di pensare o difficoltà di concentrazione o indecisione quasi ogni giorno	I problemi di concentrazione possono essere più evidenti in ambito scolastico esprimendosi come difficoltà comportamentali o di rendimento scolastico.
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	Possono manifestarsi comportamenti non verbali quali dare via i propri giocattoli preferiti, le proprie collezioni, i propri CD o videogiochi.

Criteri diagnostici della Depressione Maggiore DSM 5

Adulti	Bambini e adolescenti
B. I sintomi non soddisfano i criteri per un disturbo bipolare misto	Come negli adulti
C. I sintomi causano un distress o un deterioramento clinicamente significativo a livello lavorativo, sociale o di altre aree del funzionamento	Deterioramneto clinicamente significativo a livello sociale o scolastico.
D.I sintomi non sono causati da un effetto fisiologico dovuto ad uso di sostanze (droghe o farmaci) o ad una condizione medica generale.	Simile agli adulti
E. I sintomi non sono causati da lutto es. dopo la perdita di una persona cara, i sintomi persistono per più di 2 mesi o sono caratterizzati da un marcato deterioramento funzionale, da autosvalutazione , ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio	I sintomi psicotici se presenti sono prevalentemente allucinazioni uditive (che criticano il paziente) piuttosto che deliri.

Criteri diagnostici della Depressione Maggiore DSM 5

Adulti	Bambini e adolescenti
A. Umore depresso per la maggior parte del giorno quasi tutti i giorni per almeno 2 anni come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri	Per i bambini e gli adolescenti basta 1 anno
B. Presenza, quando è depresso di 2 o più dei seguenti sintomi: 2) Scarso appetito o iperfagia 3) Insonnia o ipersonnia 4) Scarsa energia o astenia 5) Bassa autostima 6) Difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni 7) Sentimenti di disperazione	
C. Durante i 2 anni di malattia la persona non è mai stata priva dei sintomi riportati in A e B per più di 2 mesi alla volta	Durante 1 anno di malattia la persona non è mai stata priva dei sintomi riportati in A e B per più di 2 mesi alla volta
D. Durante i primi 2 anni di malattia non è stato presente un Episodio Depressivo Maggiore (a meno che non ci sia stata una completa remissione dell'episodio	Durante il primo anno di malattia non è stato presente un Episodio Depressivo Maggiore (a meno che non ci sia stata una completa remissione dell'episodio)

Criteri diagnostici del Disturbo Distimico DSM 5

Adulti	Bambini e adolescenti
E. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale, Misto o Ipomaniacale né sono stati mai soddisfatti i criteri per il Disturbo Ciclotimico	
F. La malattia non si manifesta esclusivamente durante il corso di un Disturbo Psicotico cronico, come Schizofrenia o Disturbo Delirante	
G. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale	
H. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del fuynzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti	

Criteri diagnostici del Disturbo Distimico DSM 5

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Negli ultimi anni di fronte all'aumento della diagnosi di disturbo bipolare l'attenzione si è focalizzata proprio sull'**irritabilità** e si è concluso che questo sintomo, quando rappresentato da frequenti scoppi d'ira in risposta ad eventi stressanti, non è rappresentativo di uno specifico disturbo bipolare ma potrebbe rappresentare l'espressione di una nuova categoria diagnostica conosciuta come disturbo da disregolazione dirompente dell'umore.

Mentre **il disturbo bipolare in età evolutiva** è caratterizzato da sintomi di grandiosità ed umore espanso, questa nuova categoria diagnostica è rappresentata da frequenti crisi di rabbia severe e ricorrenti, in risposta a stimoli stressanti comuni e umore persistentemente negativo (irritabile, arrabbiato e/o triste).

L'evoluzione clinica sembrerebbe essere verso la depressione unipolare e la distimia piuttosto che verso un disturbo bipolare vero e proprio.

F1000Prime Rep. 2014; 6: 111.
Published online 2014 Dec 1. doi: 10.12703/P6-111
PMCID: PMC4251413
PMID: 25580265

Is bipolar always bipolar? Understanding the controversy on bipolar disorder in children

Il drastico aumento della prevalenza del disturbo bipolare nei bambini e negli adolescenti negli Stati Uniti ha suscitato **polemiche sui confini dei sintomi tipici del disturbo bipolare nella psichiatria infantile e adolescenziale.** Il grave impatto di questo dibattito sul trattamento dei bambini affetti si riflette nel concomitante aumento delle percentuali di prescrizione di farmaci antipsicotici.

Finora, la maggior parte dei risultati suggerisce che i sintomi sospetti, in particolare **l'irritabilità cronica non episodica non costituiscono una presentazione evolutiva del disturbo bipolare dell'infanzia**.

Con l'introduzione del Disturbo da Disregolazione dell'umore dirompente come nuova categoria, è stata sottolineata **la delimitazione tra irritabilità cronica e disturbo bipolare.** Ciononostante rimangono aperte le domande relative alla validità della nuova diagnosi. Solo studi longitudinali dimostreranno in modo conclusivo se i bambini con questi sintomi soffrono davvero di una nuova condizione o se soffrono di forme gravi di disturbi psichiatrici ampiamente conosciuti, come ADHD, Disturbo Oppositivo, Disturbi della condotta, o loro combinazioni.

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è stato descritto per la prima volta all'interno del DSM-5 nella categoria dei disturbi depressivi. È **caratterizzato da scoppi di collera espressi verbalmente o da un punto di vista comportamentale e da un umore cronicamente irritabile o arrabbiato** (APA, 2013).

Il disturbo è specifico per l'età infantile e si distingue dal disturbo bipolare in quanto non sono presenti sintomi maniacali o ipomaniacali; la **caratteristica centrale è la condizione di irritabilità cronica che si manifesta con comportamenti rabbiosi o aggressivi**

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Incidenza	Età di esordio	Decorso	Prognosi
Il 2-5% degli accessi ai servizi di NPI è per un disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.	6-18 anni	Possibile evoluzione in disturbi dell'umore e/o in disturbi d'ansia. Rara l'evoluzione in DBP.	Dipende dal grado di compromissione delle relazioni familiari ed amicali, dal rendimento scolastico, dai comportamenti suicidari o di grave aggressività con necessità di ricovero ospedaliero.

Gravi e ricorrenti **esplosioni di rabbia** manifestate verbalmente (ad es. urla, grida e pianti) e fisicamente (ad es. aggressioni fisiche a persone o a oggetti) che sono decisamente sproporzionate sia come durata che come intensità rispetto alla situazione o alla provocazione.
Le esplosioni di rabbia sono **incoerenti** rispetto all'età dello sviluppo.
Le **esplosioni di rabbia** si manifestano, in media, tre o più volte a settimana.
L'umore tra una crisi e l'altra è persistentemente **irritabile** o **arrabbiato** per la gran parte della giornata, quasi ogni giorno, ed è osservabile dall'esterno (ad es. genitori, insegnanti e amici).
La **diagnosi** non dovrebbe essere fatta prima dei 6 anni e dopo i 18 anni di età. I comportamento non si manifestano esclusivamente durante un episodio di **depressione maggiore** e non sono meglio spiegati da un'altro disturbo mentale (per es. disturbi dello spettro psicotico, disturbo post traumatico, disturbo d'ansia da separazione, disturbo depressivo persistente).

Criteri diagnostici Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Irritabilità cronica

Diagnosi differenziale con il disturbo bipolare

Nel DBP le alterazioni dell'umore sono EPISODICHE e non croniche e si accompagnano a sintomi di tipo cognitivo e fisico:

- Autostima ipertrofica e grandiosità;
- Diminuito bisogno di sonno;
- Maggiore loquacità;
- Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
- Distraibilità;
- Aumento dell'attività;
- Eccessivo coinvolgimento in attività potenzialmente dannose.

Disturbo depressivo dell'infanzia(DC:0-5TM)

A) **Umore depresso o irritabile (o anche collera**) in ogni attività per la maggior parte dei giorni per almeno 2 settimane

B) **Diminuzione marcata del piacere o dell'interesse** in tutte o quasi attività

C) **Due o più sintomi** quali cambiamento di appetito, insonnia/ipersonnia, apatia/agitazione, perdita di enrgia, sensazione di non valere, difficoltà di concentrazione, ricorrenti temi di morte o suicidio.

D) **I sintomi o l'adattamento dei cargiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia** causando sofferenza e interferendo nello sviluppo, nelle relazioni e nella partecipazione ad attività quotidiane

Diagnosi da porre con **cautela sotto i 2 anni**

Prevalenza 0,5-2%, comorbilità per ansia, ADHD, disturbi dell'attaccamento

Familiarità per depressione o presenza di eventi stressanti precoci

Alto rischio di sviluppo di disturbi mentali successivi (ansia, depressione)

Disturbo da disregolazione della rabbia e dell'aggressività dell'infanzia (DC:0-5TM)

A) persistente (per almeno 3 mesi) **disregolazione dell'umore e del comportamento con rabbia considerevole e temperamento disregolato con:**

1. difficoltà a calmarsi, irritabilità pervasiva, collera, aggressività
2. mancanza di collaborazione e di rispetto delle regole (discute, sfidante, non segue o infrange le regole quotidianamente, prende le cose degli altri)
3. Aggressività reattiva (colpi morsi, calci al caregiver o coetanei più di una volta a settimana) o proattiva (intimorisce fisicamente, minaccia, offende, controlla o è coercitivo almeno una volta a settimana)

B) I **sintomi sono presenti in più contesti o in più relazioni**

C) I sintomi non sono spiegati da altri disturbi in asse I

D) I sintomi o l'adattamento dei cargiver ai sintomi, **compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia** causando sofferenza e interferendo nello sviluppo, nelle relazioni e nella partecipazione ad attività quotidiane

Prevalenza 4-9% dei bambini tra 2 e 5 anni (+maltrattamenti, stili genitoriali coercitivi)

Rischio di depressione, ansia e disturbi della condotta in età successive

BAMBINI CON DISTURBO DEPRESSIVO: sottogruppi clinici in età prescolare (Levi, 2007)

Sono stati evidenziati **tre sottogruppi** che si pongono come tre specifiche modalità di presentazione della depressione in età prescolare la cui conoscenza può facilitare l'identificazione precoce del disturbo e prevenirne la stabilizzazione e la cronicizzazione:

- **i depressi "agitati"** arrivano ad una consultazione diagnostica per i loro comportamenti provocatori e di rottura delle regole,
- **i depressi "rallentati"** sono segnalati per il fallimento rispetto all'inserimento sociale e la difficoltà di integrazione nel gruppo,
- **i depressi "controllati",** più silenti nell'ambito del contesto sociale, vengono portati dai genitori per difficoltà di gestione di certe routine in ambito familiare (difficoltà di alimentazione)

SOTTOTIPO RALLENTATI

COMPORTAMENTO

devitalizzazione, apatia, inibizione, mancanza di energia, comportamento rinunciatario, rallentamento psicomotorio, sottoutilizzazione globale

INTERAZIONE ADULTO

riservatezza, ripiegamento su se', scarso coinvolgimento, distanziamento dalla relazione, non attiva spontaneamente la relazione, nell'interazione si passivizza

INTERAZIONE COETANEI

scarso piacere nell'interazione, ritiro, passivita', imitazione adesiva,difficolta' a difendersi, viene spesso dimenticato

ATTIVITA' DI GIOCO

riduzione di interesse e iniziativa, sequenze ripetitive, statiche, brevi, monotone (manipolazione, allineamento), esaurabilità, scarsa originalita', scarsa attivazione su proposta, gioco parallelo, difficoltà di espressione simbolica

SENTIMENTI

incapacita', indecisione, insicurezza, mancanza di piacere, vuoto, immutabilità,

IMMAGINE DI SE'

senza energie, coartata, senza desideri, poco amata

SOTTOTIPO AGITATO

COMPORTAMENTO
irrequietezza, instabilità, iperattività, agitazione psicomotoria, difficolta' di attenzione e concentrazione, irritabilità, capricciosità
INTERAZIONE ADULTO
oppositorietà, intolleranza a regole e frustrazioni, dipendenza, richiesta di aiuto e rassicurazione, ricerca di gratificazione e approvazione, critica e rivendicazioni verso l'adulto, con successivi tentativi di riparazione e recupero della relazione
INTERAZIONE COETANEI
ricerca continua di contatto, bisogno di essere accettato, apprezzato, necessità di primeggiare, difficoltà di integrazione per comportamenti aggressivi, gelosia
ATTIVITA' DI GIOCO
labilità, frammentarietà e discontinuità delle attività, sequenze brevi e veloci, repentine variazioni di gioco, richiesta di condivisione e partecipazione al gioco, difficoltà di espressione simbolica, espressione di tematiche depressive intense
SENTIMENTI
rabbia, sentirsi cattivo e non amato, autosvalutazione, colpa, solitudine, esclusione
IMMAGINE DI SE'
cattivo, debole, vulnerabile, guastafeste

SOTTOTIPO CONTROLLATO

COMPORTAMENTO

adultomorfo, adattabile compiacente,controllato, meticoloso, linguaggio iperinvestito

INTERAZIONE ADULTO

tenta di stabilire subito la relazione, ostenta familiarità direttivo, controllante, prende iniziative allo scopo di dimostrare le proprie capacità, tenta di evitare le proposte dell'adulto che vive sempre come valutative, non si mostra affettuoso

INTERAZIONE COETANEI

permaloso, ostenta superiorita',poco spontaneo, non viene cercato, risulta antipatico, preferisce giocare da solo per non condividere i suoi giochi

ATTIVITA' DI GIOCO

lunghe sequenze preparatorie, organizzazione meticolosa del gioco con intolleranza alle variazioni del materiale o del contesto, tendenza alla ripetitività, accesso simbolico non immediato, ma possibile

SENTIMENTI

rabbia nelle situazioni di frustrazione, coartazione affettiva, inadeguatezza, incapacità, autosvalutazione e svalutazione dell'altro, paura di non essere amato e di essere lasciato

IMMAGINE DI SE'

poco spontaneo, non può chiedere aiuto, oscilla tra ostentazione di bravura e senso di incapacità, non gli piacciono le cose da bambino

Diagnosi dei disturbi dell'umore nel bambino

In età evolutiva la diagnosi non è agevole:

- il bambino non è sempre in grado di verbalizzare i propri stati d'animo;
- le caratteristiche sintomatologiche si discostano da quelle dell'adulto;
- le manifestazioni maniacali sono molto rare nel bambino ed iniziano a comparire nell'adolescente;
- è frequente l'associazione con altri disturbi che mascherano il disturbo
- sono indispensabili più fonti di informazione(genitori, insegnanti, parenti)

- L'Iter diagnostico prevede: *ANAMNESI, OSSERVAZIONE DIRETTA O COLLOQUIO DEL BAMBINO, DISEGNO, GIOCO, REATTIVI PROIETTIVI ed INTERVISTE STANDARDIZZATE*

- **K-SADS-PL** (1997) intervista clinica a genitori o ragazzi per la valutazione dei disturbi psicopatologici tra 6 e 18 anni
- **CDI** (1992) scala di autovalutazione dei disturbi dell'umore per soggetti tra 8 e 17 anni
- **CBCL 6-18** (2001) questionario di screening dei disturbi esternalizzanti o internalizzanti (YSR per ragazzi tra 11 e 18 anni)
- **SAFA** (1999) questionario autosomministrato per disturbi emorivi e comportamentali per fasce di età 8-10, 11-13, 14-18.
- **Children Depression Scale** (1998) test di autovalutazione tra 9 e 16 anni
- **Test TAD** (1994) scale per ansia e depressione da usare tra 6 e 19 anni da compilare da alunni, specialisti e genitori
- **Q-Pad** (2011) questionario per la valutazione del livello di adattamento e benessere degli adolescenti tra 14 e 19 anni

Strumenti per la valutazione della depressione in età evolutiva

PCDC: Preschool Children Depression Checklist
Child Psychiatry and Human Development
(2001, 32 -1)

⇒ 32 items

caratteristiche del gioco, delle prestazioni e del comportamento

modalità di interazione con i coetanei e l'adulto

sintomi somatici-somatomorfi

⇒ scala di gravità da 0 a 4

⇒ periodo minimo di osservazione di 2 mesi

⇒ genitori-insegnanti-terapisti

- 1 Sembra più piccolo della sua età
- 2 Parla poco
- 3 Si muove poco / lentamente
- 4 Si muove troppo
- 5 Si stanca facilmente
- 6 Tende a rinunciare di fronte alle difficoltà
- 7 Reagisce male al rimprovero o all'insuccesso
- 8 Ha difficoltà in situazioni non sperimentate / paura delle novità
- 9 Ha difficoltà di socializzazione / si trova meglio in piccoli gruppi
- 10 Si sente escluso dal gruppo
- 11 Ha difficoltà di separazione
- 12 Ha bisogno di rassicurazioni / ricerca gratificazioni
- 13 Dice di sentirsi solo /dice che nessuno gli vuol bene
- 14 Si sente inadeguato - incapace
- 15 Sembra indeciso - ha difficoltà a scegliere
- 16 Mostra scarso interesse per attività, oggetti, situazioni
- 17 Ha un gioco monotono, ripetitivo, con contenuti descrittivi e formali
- 18 Preferisce stare con gli adulti
- 19 Migliora se stimolato
- 20 E' poco esplorativo, poco curioso
- 21 Per concludere un gioco o andare via ha bisogno di rassicurazioni
- 22 Ha scarsa iniziativa, è passivo
- 23 Ha difficoltà ad esprimere desideri-esigenze / a chiedere aiuto
- 24 Piange spesso
- 25 Ha ansie, preoccupazioni ricorrenti
- 26 Ha pensieri di morte
- 27 E' di cattivo umore, imbronciato, irritabile
- 28 E' triste, cupo
- 29 Si arrabbia - ha scatti di aggressività
- 30 E' timido - chiuso - vergognoso
- 31 Lamenta dolori fisici
- 32 Ha difficoltà nell'alimentazione

TRATTAMENTO

- **Intervento educativo con bambino e famiglia (parent training)**
  Spiegazione del significato dei sintomi, conseguenze, ipotesi di trattamento, obiettivi del trattamento. Migliorare le competenze genitoriali nell'accudimento dei bambini in età prescolare

- **Psicoterapia individuale e/o familiare**
  Sempre consigliata ma indispensabile in caso di gravità della depressione, associazione con disturbo della condotta, patologia familiare, conflitti familiari, eventi vitali stressanti.

- **Terapia farmacologica**
  Farmaci antidepressivi (fluoxetina) e stabilizzatori dell'umore.
  Durata della terapia 6-12 mesi, con controlli periodici.
  Dopo due episodi, con esordio precoce, familiarità, gravità, rischio suicidario (depressione medio-grave)
  Mai prima dei 8 anni di età.

- **Efficacia di interventi psicoterapeutici a diverso orientamento**, sia in fase acuta che in mantenimento in particolare **nelle forme meno gravi**, senza sintomi psicotici e bipolari, in tutte le fasce di età (Harrinton et al. 1998; Mufson et al.. 2004, Ryan 2005, TADS TEAM 2004-2006)

- **La terapia cognitivo-comportamentale ed a orientamento psicodinamico** risultano gli approcci con maggiore efficacia, in particolare per bambini ed adolescenti con buone capacità verbali (Harrinton et al. 1998; Mufson et al. 2004

Psicoterapie

Farmacoterapia

- **Fluoxetina**: migliore del placebo in tre studi controllati in età evolutiva (Emslie et al. 1997, 2002, treatment for adolescents whith depression study team , 2004)
- **Escitalopram**: migliore del placebo in due studi controllati in età evolutiva Emslie et al. 2009; Findling et al. 2013) non in un altro studio salvo negli adolescenti (Wagner et al. 2006)
- **Citalopram:** migliore del placebo in uno studio controllato in età evolutiva (Wagner et al. 2004) non in altro studio (Von Knorring et al. 2006)
- **Sertralina**: non miglioramenti significativi rispetto al placebo in due studi controllati in età evolutiva Wagner et al. 2003)
- **Paroxetina:** non miglioramenti significativi rispetto al placebo in due studi controllati in età evolutiva (Berard et al. 2006; Emslie et al. 2006)
- **Fluvoxamina:** non studi controllati in età evolutiva

INTERVENTI DI SUPPORTO E PSICOEDUCAZIONALI NEI DISTURBI DELL'UMORE

(Applicabili nelle forme più lievi; Linee Guida NICE, 2005)

Implementazione della capacità di auto-aiuto:
psicoeducazione sul disturbo, consigli sullo stile di vita (igiene del sonno, dieta, esclusione alcolici e droghe, esercizio fisico); attivazione di spazi di socializzazione più o meno protetti e guidati

Supporto/educazione familiare:
interventi considerati efficaci, sia di supporto, terapia familiare e trattamento dei genitori affetti (depressione, conflittualità, lutti e abbandoni) nel prevenire e migliorare disturbi depressivi in bambini e adolescenti

Interventi socio-ambientali:
agire con programmi di prevenzione ad ampio spettro che pongano attenzione a particolari fattori di stress (contesti discriminatori per razza, orientamento sessuale, mancata integrazione nel gruppo dei pari, bullismo)

Parent e Teacher Training

- Mostrare disponibilità all'ascolto
- Aiutare al dialogo ed alla comunicazione
- Partecipare al dolore con empatia
- Non essere critici e non colpevolizzare
- Mostrarsi comprensivi rispetto agli errori
- Essere rassicuranti e calorosi
- Mostrare fiducia nelle loro capacità
- Aiutare ad assumere un comportamento positivo e propositivo
- Aiutare a formulare progetti per il futuro con ottimismo
- Favorire la ripresa dei rapporti sociali
- Distrarre e far divertire

Programma 2 "A scuola ... di salute" - Azione n.6
U.C.O. di Neuropsichiatria - Pescara

PROGETTO DI PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE: WELL-BEING IS WELL-DOING

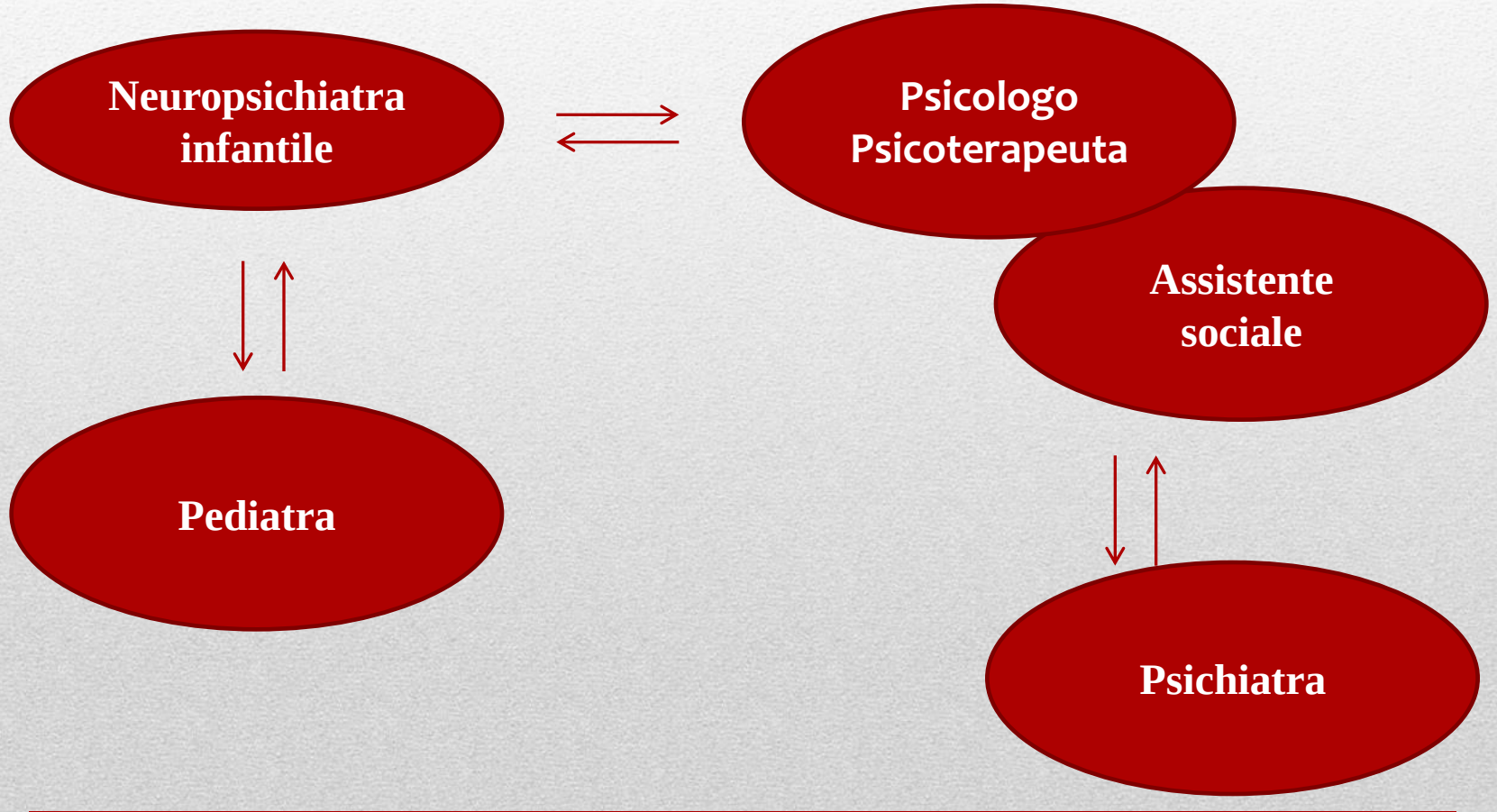
Obiettivi e Modalità operative

SVILUPPARE LA RESILIENZA INDIVIDUALE

(capacità di far fronte ad una situazione avversa associata alla capacità di continuare a svilupparsi e di aumentare le proprie competenze nonostante condizioni sfavorevoli)

- Stima di sé e autoapprezzamento delle proprie competenze
- Percezione di autoefficacia
- Speranza appresa e percezione di controllabilità degli eventi
- Pensiero positivo operativo (ottimismo)
- Capacità di fare un'analisi critica del proprio ambiente sociale
- L'abilità di sviluppare strategie di azione e di coltivare risorse per raggiungere i propri scopi
- Capacità di agire in modo efficace in collaborazione con gli altri
- Tendenza a interpretare i risultati delle proprie azioni come effetto dei propri comportamenti
- Capacità di adattamento e di far fronte agli eventi stressanti
- Capacità di far fronte ad un sostegno sociale
- Capacità di risoluzione razionale dei problemi
- Capacità di rivalutare in modo positivo una situazione
- Sentimento di una base affettiva sicura interna
- Sentimento di efficacia personale

La continuità della presa in carico dall'infanzia all'età adulta



La depressione in età evolutiva è un problema di salute mentale comune, debilitante, gravoso che può diventare cronico influenzando profondamente la crescita, le performance scolastiche, le relazioni con i coetanei e con i familiari e la qualità della vita futura

Grazie