

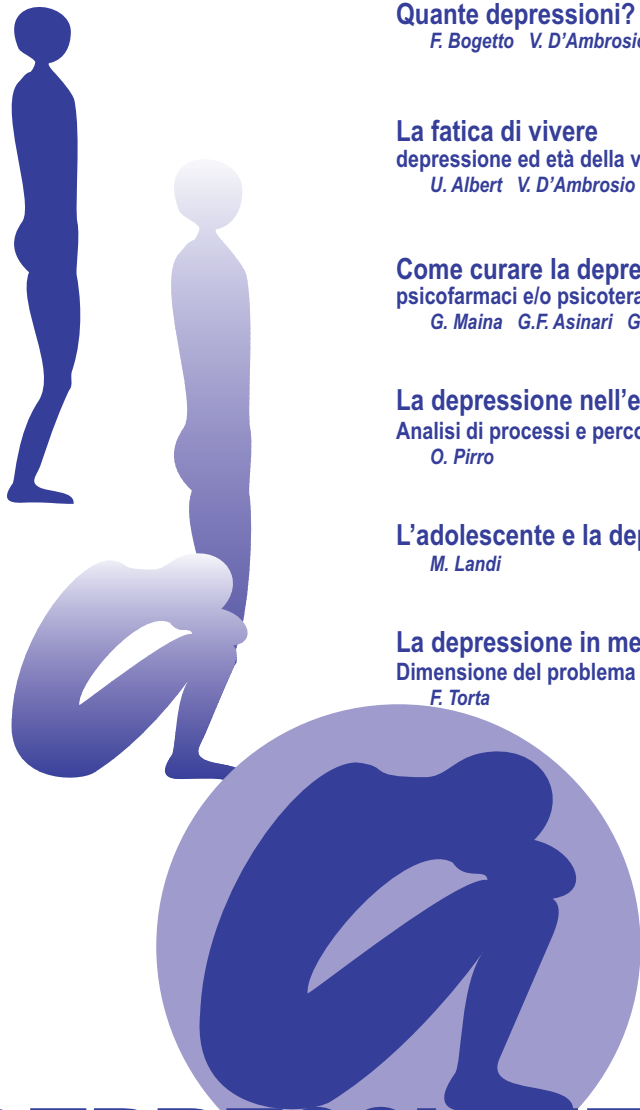


DEPRESSIONE

Spazio Anziani
via Candiolo 79



CITTA' DI TORINO
CIRCOSCRIZIONE 10
MIRAFIORI SUD



Quali depressioni? Quante depressioni?

F. Bogetto V. D'Ambrosio

La fatica di vivere depressione ed età della vita

U. Albert V. D'Ambrosio G. Maina F. Bogetto

Come curare la depressione psicofarmaci e/o psicoterapia?

G. Maina G.F. Asinari G. Dimitriou

La depressione nell'età evolutiva

Analisi di processi e percorsi di trattamento integrati

O. Pirro

L'adolescente e la depressione

M. Landi

La depressione in medicina generale

Dimensione del problema

F. Torta

Grafica e Impaginazione SM 08
ufficio Immagine CircoScrizione 10

DEPRESSIONE

Spazio Anziani
via Candiolo 79

Il quadro epidemiologico e, purtroppo, le notizie di cronaca evidenziano come la depressione assuma valenza di malattia sociale e registrano il diffondersi di malessere e di disagio psichico.

Accanto a tutte le azioni che attengono al sistema sanitario in termini di sviluppi organizzativi e potenziamento degli interventi, si è ritenuto importante affrontare in modo sistematico i temi della promozione della salute mentale e della prevenzione, agendo non solo sull'individuo ma anche sulla famiglia e sul gruppo allargato, attraverso strategie a lungo termine, nelle strutture della comunità (luoghi di lavoro, scuole, luoghi di aggregazione).

In questo ampio quadro di riferimento la Circoscrizione 10, sulla base della fattiva collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale TO 1 ha proposto, in collaborazione con il Centro di Salute Mentale distrettuale, il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, la Clinica Psichiatrica Universitaria di Torino, i Medici di Famiglia e i Pediatri del Distretto 10, alcune conferenze a partecipazione libera e gratuita tenute da professionisti sul tema della depressione.

Questi appuntamenti si sono rivelati occasione di informazione, sensibilizzazione e approfondimento per la cittadinanza interessata.

Per tale motivazione, e per non disperdere l'insieme di utili informazioni emerse in queste conferenze, si è ritenuto fosse importante raccogliere in una pubblicazione gli interventi esposti durante le conferenze stesse.

Il Coordinatore IV Commissione
Giovanni BARROCU

Il Presidente della Circoscrizione 10
Maurizio TROMBOTTO

Tra i compiti istituzionali previsti all'interno delle attività svolte da una Azienda Sanitaria, quelli relativi alla prevenzione rappresentano e costituiscono una parte rilevante e significativa, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

Ciò si realizza anche attraverso opere di informazione e formazione alla popolazione, che vedano impegnate in prima persona gli stessi sanitari che sono poi deputati alla cura ed all'assistenza dei loro pazienti.

L'Azienda Sanitaria TO1, nata dalla aggregazione delle ex-ASL 1 e 2 di Torino, si propone tali obiettivi come prioritari ed essenziali, in linea sia con le pregresse attività svolte singolarmente dalle precedenti aziende, sia con le vigenti indicazioni nazionali e regionali, ove con particolare forza viene sottolineata l'importanza di razionalizzare ed integrare le prestazioni offerte alla cittadinanza congiuntamente dal servizio sanitario e da quello sociale.

Salutiamo quindi con particolare favore l'iniziativa attivata presso la Circostrizione 10, resa possibile grazie alla fattiva collaborazione che questa ASL ed i Servizi Psichiatrici territoriali hanno da tempo attivato con la locale amministrazione.

La bontà di tale esperienza sta non solo nell'aver affrontato un tema così sentito come quello della depressione, nei suoi vari aspetti epidemiologici, sanitari ed assistenziali, ma anche nell'aver coinvolto le varie strutture sanitarie impegnate nel percorso di cura, da quelle universitarie a quelle territoriali della Psichiatria e della Neuropsichiatria Infantile, passando dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, rafforzando in ultima analisi quel sistema di rete che sta alla base di un Servizio Sanitario moderno ed efficiente.

Il Direttore Generale - ASL TO 1
Dr. Ferruccio Massa

Una grande Azienda Ospedaliero-Universitaria quale è l'AOU San Giovanni Battista di Torino è, in relazione al grande numero di pazienti che vi afferiscono e all'elevato numero di professionisti del mondo sanitario che in essa operano, un punto di osservazione per certi versi privilegiato per la comprensione di un fenomeno di così grande impatto sociale quale la depressione, argomento del quale spesso si parla non del tutto a proposito ma che al contempo è frequentemente sottovalutato.

Da una parte, infatti, l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale persegue la tutela e la cura della salute mentale dei cittadini mediante l'integrazione delle attività delle Aziende Sanitarie con quelle territoriali. In questo ambito i reparti di Psichiatria che operano all'interno delle Molinette sono in "rete", mediante il Dipartimento di Salute Mentale, con la realtà territoriale, con una trasmissione biunivoca di informazioni e di cultura.

Sull'altro versante è noto come la sindrome da "burnout", che può esitare in forme di depressione anche grave, colpisca in particolare le "helping professions", tra le quali rientrano medici e infermieri. Uno studio effettuato recentemente nel nostro Ospedale, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia del Lavoro dell'Università di Torino, ha confermato il dato, identificando alcuni gruppi di operatori particolarmente a rischio di burnout, con conseguenze non solo sull'operatore ma anche sull'ambiente circostante e, almeno potenzialmente, sul rapporto con i pazienti.

Per far fronte a queste problematiche di disagio è stata creata una rete di supporto psicologico per i dipendenti, che prevede vari livelli di intervento di tipo psicologico-clinico e di counselling per prevenire e curare operatori con problemi psicologici e relazionali. Aumentare il benessere dei dipendenti consente sicuramente di perseguire con successo l'obiettivo primario di un grande ospedale come il nostro che è quello di finalizzare il lavoro alla cura e al benessere del paziente.

Pertanto l'iniziativa di affrontare temi relativi alla promozione della salute mentale coinvolgendo i diversi ambiti della vita dei cittadini, quali i luoghi di lavoro e le scuole appare particolarmente lodevole, in particolare per la sensibilizzazione che ne può discendere per un precoce riconoscimento dei sintomi depressivi.

AOU San Giovanni Battista

Dr. Giuseppe Galanzino
Direttore Generale

Dr. Ottavio Davini
Direttore Sanitario

Di depressione si parla molto, forse addirittura troppo: sui giornali, in televisione, per strada. Purtroppo però il più delle volte se ne parla a sproposito, preferendo gli aspetti scandalistici a quelli informativi, tanto che dire "sono depresso" è divenuta ormai una terminologia di "tendenza" nel mondo occidentale.

Si tratta in realtà di una patologia di primaria importanza, con enormi ricadute sociali, esistenziali e culturali, oltre che costi, personali e collettivi, estremamente elevati.

Non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità indica la depressione come la seconda causa al mondo di invalidità permanente, né va dimenticato come la spesa pubblica per i farmaci antidepressivi risulti in concorrenza per il primo posto con quelli usati per le patologie cardiovascolari, superando categorie farmaceutiche come gli antiinfiammatori e gli antibiotici. Dato reso ancor più eclatante se si considera che, secondo i dati forniti dalla Federazione Mondiale per la Salute Mentale, complessivamente meno di un terzo delle persone affette da depressione riceverebbero una diagnosi ed un trattamento adeguato.

E' chiaro che per potere affrontare tale problema complesso occorre il concorso di tutte le agenzie sanitarie e sociali, da quelle accademiche universitarie a quelle specialistiche territoriali, passando obbligatoriamente per i Servizi Sociali e per i Medici di medicina generale, osservatori primari e sovente privilegiati del disturbo, nonché principali prescrittori dei farmaci antidepressivi, rinforzando in ultima analisi quel sistema operativo "in rete" che è alla base di un Servizio Sanitario efficiente.

Dott. Giampiero De Marzi
*Responsabile Centro di Salute Mentale
distretto 10 ASL TO 1*

La depressione è una malattia che riguarda il corpo e l'anima.
Mette in gioco il senso della vita e della morte, per questo la psicoterapia integra la cura farmacologica, assai spesso necessaria.
La visione psico-dinamica del processo terapeutico consente di rilevare quanto sia mobile il contenuto psichico del depresso, spesso esteriormente bloccato, chiuso, cieco.
Alcuni strumenti per interpretare il linguaggio inconscio e nascosto del paziente sono il sogno e la lettera dei simboli che il sogno propone.
Come nel sogno di un paziente in cui lo spartito dell'opera di fronte a lui, contiene solo note sotto il rigo musicale.
La depressione non consente di raggiungere il livello della vita, né di sentirne il suono.
L'accompagnamento terapeutico può far parlare il malessere con un linguaggio che via via mostra possibilità e scenari alternativi in grado di sollecitare il paziente verso l'individuazione del Sé e forse anche verso l'accettazione del senso della sofferenza, inalienabile da ogni esperienza umana.

Dr.ssa Agnese Pianarosa
Psicologa e Psicoterapeuta
convenzionata ASL TO 1

QUALI DEPRESSIONI? QUANTE DEPRESSIONI ?

Filippo Bogetto, Virginia D'Ambrosio

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Il tono dell'umore rappresenta il correlato emotivo di fondo di tutte le nostre attività mentali. Nella vita quotidiana, infatti, capita di sentirsi di buono o di cattivo umore e questi stati emotivi possono alternarsi con un ritmo estremamente variabile (ore, giorni o mesi). E' inoltre riconosciuto come il tono dell'umore subisca fisiologicamente delle oscillazioni ampie e talvolta durature nel tempo, in conseguenza di avvenimenti tristi o allegri.

E' pertanto fondamentale distinguere nettamente in quest'ambito la normalità dalla patologia: si può dunque essere fisiologicamente tristi oppure patologicamente depressi, tenendo in considerazione l'esistenza di vari gradi di intensità per entrambe le condizioni.

La tristezza può essere descritta come uno stato d'animo dolente, correlato a vissuti di perdita – antica o recente, reale o simbolica – sovente intrecciato alla nostalgia. E' un vissuto penoso, ma il soggetto lo esperisce come naturale e, in linea di massima, non coinvolge tutti gli aspetti dell'esistenza. La percezione che la tristezza sia un sentimento naturale dell'esperienza di vita insieme al fatto che la stessa riguardi, comunemente, solo uno o specifici aspetti della vita quotidiana, sono i due elementi che maggiormente la distinguono dall'umore depresso in maniera patologica.

Il tono dell'umore si può alterare patologicamente per la presenza di una alterazione biologica a livello di alcuni sistemi neurotrasmettitoriali coinvolgenti la serotonina, la noradrenalina e la dopamina. A questo va aggiunta la presenza di fattori psicosociali stressanti (perdita di una persona significativa, distacco dal proprio ambito sociale, mancanza del lavoro, ambiente familiare disturbato, impegno gravoso nell'educazione dei figli) che possono essere concausa della depressione in alcuni casi.

Il modello eziologico più recente per la depressione è quello che vede strettamente connessi e implicati la componente di predisposizione eredo-costituzionale (alterazione dei meccanismi neurotrasmettitoriali) ovvero genetica e la componente ambientale che include gli eventi di vita stressanti. Tali componenti si combinano tra loro con un maggior peso dell'uno o dell'altra ogni volta variabile ma comunque sempre sufficienti a determinare in questo modo la comparsa di una depressione patologica dell'umore.

Ancora più nello specifico, il rischio di ammalarsi di depressione in seguito ad un evento di vita stressante è maggiore se in un individuo vi è una certa predisposizione genetica. Tale modello

di interazione gene-ambiente è stato sviluppato di recente in seguito alle ricerche di Avshalom Caspi sulla risposta del sistema serotoninergico (implicato nella depressione) allo stress. La serotonina regola nel nostro organismo, insieme ad altre importanti funzioni, il tono dell'umore: si ritiene che nella depressione la serotonina possa essere insufficiente a livello delle sinapsi dei neuroni del Sistema Nervoso Centrale (SNC).

I farmaci antidepressivi serotoninergici (SSRI), estremamente efficaci nel trattamento della depressione maggiore, agiscono bloccando selettivamente il fisiologico meccanismo di reuptake della serotonina all'interno della sinapsi (attraverso il blocco del trasportatore) determinandone un aumento della concentrazione nello spazio sinaptico con il risultato finale di rendere disponibile una maggiore concentrazione di serotonina nella sinapsi per l'azione sui recettori postsinaptici. In questo modo la trasmissione serotoninergica sarebbe complessivamente incrementata con i benefici effetti conseguenti sul tono dell'umore e su altre funzioni ad esso connesse come il ritmo sonno-veglia, l'attività sessuale, l'appetito. Il ruolo patogenetico dell'ambiente nella genesi della depressione si esplicherebbe qualora un individuo abbia un corredo genetico che lo predispone ad ammalarsi.

Attualmente si conosce una variante genetica del trasportatore della serotonina che è proprio responsabile, in alcuni soggetti, della comparsa di depressione in condizioni ambientali favorevoli, ovvero stressanti, come viene suggerito da alcuni studi effettuati sugli scimpanzè privati dell'accudimento materno (Caspi et al., 2003).

Secondo gli studi epidemiologici americani la prevalenza dei disturbi dell'umore va dal 9 al 16% e in Italia risulta essere sostanzialmente sovrapponibile con tassi pari al 10% per la depressione maggiore, più elevati nel sesso femminile (Robins et al., 1984; Kessler et al., 1994; Kessler et al., 2003; De Girolamo et al., 2006).

Secondo uno studio recente condotto dal gruppo di Fava e collaboratori, circa un terzo degli individui colpiti da depressione giungono all'osservazione del medico e di questi, solo la metà viene correttamente diagnosticata; infine, appena la metà dei casi diagnosticati dal medico ricevono un trattamento adeguato (Fava et al., 2003).

Questi dati sono sorprendenti se si considera che una delle complicanze più gravi della depressione è il comportamento suicidario, soprattutto per quanto riguarda le fasce adolescenziali (Guaiana et al., 2005): è di fondamentale importanza dunque riconoscere e diagnosticare correttamente una sindrome depressiva, al fine di ridurre l'impatto che la malattia stessa ha sul funzionamento sociale e sulla qualità di vita dei pazienti.

La diagnosi di depressione si fonda sulla presenza di alcuni criteri diagnostici fondamentali e necessari per distinguere l'umore alterato in senso patologico: l'inadeguatezza dell'umore agli eventi e alle situazioni, il numero e la gravità dei sintomi, la qualità dell'umore (il vissuto del paziente non è quello di tristezza comunemente esperita ma è un sentimento diverso, al di fuori della esperienza umana usuale) e la presenza di una compromissione del funzionamento del paziente.

Accanto a questi fondamentali ve ne sono altri accessori, ma che sono utili come complemento alla diagnosi: i precedenti anamnestici (la storia clinica precedente), le scale di valutazione psicometriche, i correlati biologici (la presenza di alterazioni organiche concomitanti).

La diagnosi in psichiatria è innanzitutto una diagnosi trasversale, si fonda cioè sulla ricerca di criteri che definiscano l'episodio in corso.

Per effettuare la diagnosi di depressione maggiore (che è una diagnosi longitudinale) è importante innanzitutto partire con la definizione di episodio depressivo maggiore (diagnosi trasversale). Quest'ultimo si definisce come un periodo circoscritto di tempo durante il quale l'umore è persistentemente depresso in modo grave con un netto cambiamento rispetto al tono dell'umore che il soggetto ha abitualmente.

Tuttavia, per umore depresso non si intende soltanto il vissuto soggettivo del paziente: accanto a questo, nella depressione, vi è il coinvolgimento di molte funzioni dell'intero organismo (sonno, motricità, appetito).

A seconda delle funzioni compromesse, si distinguono nella depressione maggiore diversi tipi di raggruppamenti sintomatologici o "cluster": il *cluster emotivo-affettivo*, *cognitivo-percettivo*, *psicomotorio*, *somatovegetativo* e *cronobiologico*.

L'umore depresso rientra nel *cluster emotivo-affettivo*: il soggetto si sente fortemente angosciato e avvilito; i sentimenti esperiti non hanno le caratteristiche di un sentimento di tristezza esperito comunemente, talvolta viene descritto dal paziente come una "oppressione", una "morte interiore", altre volte, soprattutto negli adolescenti, si può manifestare sotto forma di irritabilità. Accanto all'umore depresso vi è un altro sintomo primario: l'anedonia, l'incapacità a provare piacere e gioia in qualunque situazione o comunque in circostanze precedentemente considerate piacevoli.

Nel *cluster emotivo-affettivo* rientra anche l'ansia che è un sintomo frequente ma non essenziale per la diagnosi di depressione in quanto, in alcuni casi, può essere completamente assente.

Nel *cluster sintomatologico cognitivo-percettivo* vengono annoverati i disturbi che interessano le funzioni cognitive (riduzione della capacità di concentrazione, riduzione della memoria), il pensiero (presenza di idee e vissuti a tematica depressiva di colpa, di inadeguatezza, di scarsa autostima, di morte fino alla comparsa di deliri) e la percezione (allucinazioni, più frequentemente visive).

Il *cluster psicomotorio* è caratterizzato dal rallentamento del pensiero, avvertito dal paziente come una particolare difficoltà o lentezza nel pensare che successivamente si manifesta anche sul piano fisico con marcato rallentamento motorio. Il rallentamento si può anche manifestare a livello mimico-gestuale, con riduzione dell'attività verbale. Viceversa, in alcuni casi possono prevalere l'ansia o l'inquietudine e si può avere agitazione psicomotoria: il paziente è continuamente in movimento e non può trovare quiete.

Il *cluster dei sintomi somatovegetativi* comprende le variazioni dell'appetito, del peso, l'astenia, l'alterazione del ritmo sonno-veglia e il calo della libido. Il paziente depresso non si alimenta regolarmente: l'appetito generalmente si riduce (in alcuni casi può aumentare), non vi è neppure il piacere della soddisfazione alimentare, di conseguenza si può avere calo ponderale (o incremento nel caso contrario dell'iperfagia). È caratteristico di questo *cluster* anche lo stato di profonda spossatezza, l'astenia, che il paziente avverte come un senso di pesantezza psicofisica o intorpidimento. Il sonno è alterato sia nella durata che nelle sue caratteristiche qualitative: tipico del soggetto melanconico è il risveglio precoce al mattino (insonnia tardiva) dopo un

sonno durato poche ore che lascia la sensazione di non aver riposato per nulla. Infine, nel soggetto depresso vi sono sintomi a carico della sfera sessuale: calo del desiderio e/o dell'efficienza sessuale.

Il *cluster dei sintomi cronobiologici* comprende tutti quegli elementi clinici che si manifestano con un'oscillazione ricorrente. Oltre all'insonnia tardiva, è possibile che tutto il complesso di sintomi accusati dal paziente depresso si presenti con una fluttuazione circadiana. Tipica delle depressioni gravi è la riduzione della sofferenza depressiva verso le ore serali e l'accentuazione nelle prime ore del mattino. Un altro sintomo che rientra in questo *cluster* è la stagionalità con cui una forma depressiva può ripresentarsi in maniera ricorrente.

Tutti i sintomi appena descritti si possono ritrovare, combinati tra loro, per descrivere vari sottotipi clinici di depressione maggiore: la depressione melanconica, psicotica, atipica, catatonica.

La depressione melanconica è caratterizzata dalla presenza di una grave anedonia che rappresenta una frattura psicologica netta del paziente, il quale non si riconosce più nella propria capacità di percepire soggettivamente gli eventi, si sente come "inibito", "bloccato", "stanco", poco o per nulla reattivo agli avvenimenti circostanti. Inoltre, la depressione melanconica si caratterizza per un'accentuazione dei sintomi cronobiologici (fluttuazione circadiana dei sintomi, insonnia tardiva) e psicomotori (rallentamento).

Nella depressione psicotica prevalgono i sintomi del *cluster cognitivo-percettivo*, con la presenza di deliri e allucinazioni. I deliri tipici del paziente depresso sono i deliri di colpa, di rovina economica, ipocondriaci, o negativistici. Vi possono essere anche dei deliri incongrui con il tono dell'umore: deliri persecutori e/o di riferimento.

La depressione atipica rappresenta una forma di depressione in cui sono prevalenti i sintomi somatovegetativi e gli stessi si presentano nella forma più insolita: ipersonnia al posto che insonnia, iperfagia al posto della diminuzione dell'apporto alimentare; inoltre, il paziente è abnormemente reattivo nei confronti degli eventi e degli altri e anche questo contrasta con la più usuale diminuzione della reattività del depresso. La depressione catatonica ha come sintomi prevalenti quelli del cluster psico-motorio: dal rallentamento fino al quadro di stupor con arresto psicomotorio.

I quadri clinici descritti rappresentano le varie manifestazioni sintomatologiche della depressione maggiore ed è importante, una volta individuata la presenza di una condizione patologica di alterazione dell'umore, escludere innanzitutto che si tratti di una depressione conseguente ad una condizione organica.

È di fondamentale importanza, per un approccio corretto e finalizzato ad un trattamento adeguato, poter differenziare una depressione organica da una depressione funzionale.

La depressione organica può essere conseguente ad una condizione medica generale (per esempio alcune malattie del Sistema Nervoso Centrale come la demenza o il morbo di Parkinson, malattie endocrine come l'ipotiroidismo o il morbo di Cushing, le neoplasie e alcune malattie autoimmuni), all'uso di determinati farmaci (antiipertensivi, antipsicotici, antiulcera, cortisonici e interferone) e di sostanze psicoattive (nei quadri clinici dell'abuso e della dipendenza).

La depressione organica si cura partendo dalla causa che l'ha determinata, trattando la pato-

logia medica sottostante, sospendendo i farmaci eventualmente responsabili e l'uso delle sostanze psicoattive. Qualora questi interventi non fossero sufficienti a far regredire il quadro depressivo è possibile eventualmente associare anche un trattamento antidepressivo specifico. La diagnosi di episodio depressivo maggiore (una volta accertato che si tratti di una forma funzionale) deve necessariamente essere completata con una diagnosi longitudinale, attraverso una accurata raccolta della storia clinica precedente. Un episodio depressivo maggiore può essere l'unico nella vita del paziente.

Più spesso accade che il paziente abbia nella vita più episodi depressivi maggiori che si manifestano con una ricorrenza variabile. Entrambi i casi definiscono la diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore. Se la depressione maggiore non è individuata, diagnosticata e trattata adeguatamente, si possono verificare delle complicanze anche gravi che peggiorano la prognosi e riducono l'efficacia dei trattamenti (cronicizzazione, abuso di alcol e sostanze psicoattive, suicidio, resistenza ai trattamenti). Il Disturbo Depressivo Maggiore rientra tra i disturbi dell'umore "unipolari", assieme alla Distimia che è una forma di depressione minore ovvero caratterizzata da sintomi più attenuati in termini di intensità presenti cronicamente e non ad intervalli ricorrenti, con periodi liberi da sintomi molto brevi se non assenti.

Un episodio depressivo maggiore può rientrare all'interno di un Disturbo Depressivo Maggiore ma anche all'interno di una categoria di disturbi dell'umore che sono i Disturbi Bipolari: il Disturbo Bipolare I, il Disturbo Bipolare II e la Ciclotimia.

Il Disturbo Bipolare I è un disturbo in cui, nel corso della vita del paziente, si presentano sia episodi depressivi maggiori che episodi maniacali, ipomaniacali o misti alternati a periodi di benessere. Per la diagnosi è essenziale che vi sia la presenza di un episodio maniacale (o misto) che si configura come un quadro patologico di espansione dell'umore con sintomi che si collocano all'estremo opposto rispetto ai sintomi depressivi: umore euforico, incremento delle energie e della capacità di provare piacere, iperattività, accelerazione ideica con contenuti di pensieri positivi (idee megalomane) e logorrea, riduzione del bisogno di sonno. Possono comparire anche sintomi psicotici (deliri e allucinazioni) che definiscono nello specifico la diagnosi di un episodio maniacale, differenziando così l'ipomania in cui i sintomi psicotici non compaiono pur essendo presente il restante quadro di elevazione dell'umore. Il Disturbo Bipolare II, infatti, si caratterizza per la presenza nel corso della vita dei pazienti sia di episodi depressivi maggiori sia di episodi ipomaniacali, alternati ad intervalli liberi da sintomi. L'episodio ipomaniacale è quindi un episodio di elevazione dell'umore che non raggiunge le caratteristiche di gravità dell'episodio maniacale: non vi sono sintomi psicotici e il quadro clinico non necessita di un intervento terapeutico in regime di ricovero ospedaliero come talvolta accade per gli episodi maniacali o misti. La Ciclotimia o Disturbo Ciclotimico è un disturbo dell'umore di tipo bipolare caratterizzato da un alternarsi continuo di periodi in cui il paziente soffre di sintomatologia depressiva e ipomaniacale attenuate rispetto ai quadri clinici degli episodi maggiori prima descritti e con un minimo intervallo libero da sintomi.

Quando ci si trova di fronte ad un episodio depressivo maggiore è importante definire se si tratti di una forma unipolare o bipolare: l'episodio depressivo maggiore, infatti, si presenta sempre con le stesse caratteristiche sia che si tratti di una forma unipolare sia che si tratti di

una depressione bipolare.

Nel percorso diagnostico da effettuare nel caso di un paziente con depressione, è importante valutare la presenza di pregressi episodi di elevazione del tono dell'umore; in secondo luogo è utile indagare la presenza di alcune caratteristiche che rendono più probabile la diagnosi di una forma bipolare e che per questo vengono chiamati "indicatori di bipolarità": l'età d'esordio precoce dei sintomi depressivi (in adolescenza o tra i 20 e i 30 anni), la presenza di un temperamento ciclotimico o ipertimico, un elevato numero di episodi pregressi, l'esordio nel post-partum, una storia personale di numerosi e bruschi cambiamenti lavorativi, separazioni o divorzi, comportamenti impulsivi.

La descrizione delle diagnosi longitudinali (Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbi Bipolari) è fondamentale per orientare il trattamento: nelle forme unipolari il trattamento farmacologico si avvale degli antidepressivi, per le forme bipolari si utilizzano farmaci detti stabilizzatori dell'umore, eventualmente associati agli antidepressivi a farmaci antipsicotici.

LA FATICA DI VIVERE DEPRESSIONE ED ETÀ DELLA VITA

Umberto Albert, Virginia D'Ambrosio, Giuseppe Maina, Filippo Bogetto
Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Il rischio di ammalare di depressione è compreso tra il 10% e il 16%, con una netta prevalenza per il sesso femminile (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 2003). La maggior parte dei disturbi depressivi esordisce tra i 20 e i 30 anni, sebbene l'esordio possa avvenire a qualsiasi età (Zisook et al., 2007).

L'esordio precoce della depressione, in adolescenza o addirittura nell'infanzia, è possibile ed è suggestivo di una forma bipolare di disturbo dell'umore: il Disturbo Bipolare I, ad esempio, esordisce più frequentemente tra i 15 e i 30 anni. Il Disturbo Depressivo Maggiore esordisce più frequentemente tra i 30 e i 50 anni, tuttavia, alcune forme possono esordire tardivamente, anche in età senile, evenienza rara per il Disturbo Bipolare (fanno eccezione le forme organiche). L'eziologia della depressione è multifattoriale, risultano implicati fattori biologici, psicologici e sociali che concorrono, combinandosi tra loro, a determinare quadri clinici eterogenei a seconda del peso maggiore o minore che ciascun fattore assume sugli altri. Vi sono, infatti, età della vita in cui l'esordio depressivo risponde a particolari modificazioni dell'intero organismo e richiede pertanto un intervento più delicato e mirato, sia in termini diagnostici sia terapeutici. A tal proposito è di particolare interesse la presentazione e la gestione di una forma depressiva che insorge nel post-partum o nel climaterio e della depressione nel paziente anziano.

Depressione nel post-partum e nella menopausa

L'opinione largamente condivisa in passato che la gravidanza fosse protettiva nei confronti dell'esordio di disturbi psichici maggiori (Zajicek, 2000; Kendell et al., 1976) è stata recentemente messa in discussione da alcuni autori. A favore dell'opinione tradizionale, vi sono i dati epidemiologici sul suicidio: i tassi di suicidio scendono all'1% in gravidanza, per salire al 5% nel puerperio (Appleby, 1991).

A mettere in discussione l'ipotesi che la gravidanza sia un fattore protettivo nei confronti dei disturbi psichici maggiori, vi sono gli studi che hanno riportato tassi di depressione maggiore in gravidanza del 10%: si tratta di una prevalenza sovrapponibile a quella riscontrata in donne non gravide (Gotlib et al., 1989; O'Hara 1986).

Osservando i dati emersi da una recente revisione sulla prevalenza e incidenza della depressione in donne in epoca perinatale (Gavin et al., 2005), si apprende che la prevalenza puntuale della depressione maggiore non differisce in gravidanza, immediato post-partum o sei mesi dopo il parto.

Questi dati suggeriscono come la gravidanza e il post-partum non rappresentino né un fattore protettivo né un rischio per l'esordio di depressione nelle donne sane in quanto le percentuali di prevalenza risultano sovrapponibili a quelle riscontrate nella popolazione generale.

Se da una parte la gravidanza e il post-partum non aumentano il rischio di sviluppare *ab initio* un disturbo depressivo maggiore, d'altra parte è elevato il rischio di ricadute o recidive di donne in precedenza affette da depressione.

In uno studio condotto da Verkerk e collaboratori (2005) è stato evidenziato come il rischio di avere una depressione nei primi tre mesi dal parto è quadruplicato per le donne che hanno una storia precedente di depressione.

Da un'indagine condotta presso il nostro Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia è emerso che il Disturbo Bipolare è quello che più frequentemente si associa alle ricadute nel periodo puerperale.

È essenziale operare una accurata distinzione tra la depressione maggiore post-partum e il "*maternity blues*": quest'ultima è una condizione depressiva parafisiologica, che insorge da due a cinque giorni dopo il parto, ha una durata di circa una settimana e si risolve spontaneamente e conseguentemente alla riorganizzazione progressiva dell'omeostasi ormonale (Lanczik & Brockington, 1999).

Il "*maternity blues*" si presenta con un quadro sintomatologico simile alla depressione vera e propria: umore depresso, labilità emotiva con crisi di pianto, irritabilità e ansia.

La depressione maggiore post-partum insorge entro un mese dal parto, ha una durata superiore a una settimana (può durare fino a sei mesi o cronicizzare), ed è caratterizzata dal quadro clinico completo della depressione maggiore con i sintomi già descritti per il "*maternity blues*" a cui si associano anedonia, rallentamento psico-motorio, astenia intensa, vissuti di colpa e ideazione suicidaria. Il quadro del "*maternity blues*" non necessita di trattamento, la risoluzione è spontanea e non lascia reliquati, mentre la depressione maggiore post-partum necessita di un trattamento farmacologico specifico e tempestivo al fine di ridurre l'elevato rischio di suicidio che può insorgere come complicanza.

Riconoscere e trattare la depressione maggiore nel periodo perinatale è di fondamentale importanza per i rischi che comporta sia per la madre che per il feto. Con la depressione aumenta ad esempio il rischio di parti pretermine e di nascita di figli piccoli per età gestazionale (Burt e Stein, 2002); non è chiaro tuttavia quanto tali effetti siano da ascrivere alla depressione *per se* piuttosto che ai comportamenti a rischio secondari alla depressione, quali il ridotto apporto alimentare, l'abuso di alcool, il fumo eccessivo o l'uso di sostanze, la scarsa aderenza ai controlli ginecologici (Zuckerman et al., 1989).

Per quanto concerne la depressione nel periodo peri/post-menopausale, è utile sapere che essa ha in comune molti sintomi e segni che già si presentano nelle donne nel periodo climaterico anche se non necessariamente depresse: disturbi del sonno, stanchezza, variazioni del peso

corporeo, riduzione della capacità di concentrazione.

Accanto a questi sintomi, devono essere altrettanto presenti per la diagnosi di depressione, elementi clinici quali anedonia, autosvalutazione, pensieri di morte, umore depresso o irritabilità.

La depressione nel periodo post-menopausale si presenta con una frequenza pari al 16% dei casi e, anche in questo caso, vi sono dei fattori di rischio per l'insorgenza: una precedente storia di depressione, una sindrome premestruale severa in anamnesi e la presenza di progressivi disturbi del sonno (Freeman et al., 2004; Cohen et al., 2006).

Depressione nell'anziano

La prevalenza di depressione maggiore nel paziente anziano (>65 anni) si colloca tra il 2% e il 4% (la prevalenza lifetime è del 26.5%) tuttavia solo il 10% circa di questi pazienti riceve un trattamento specifico (Blazer et al., 2003).

La depressione nel paziente anziano si presenta con il medesimo quadro sintomatologico con cui si presenta negli adulti, ma risultano essere più frequenti sintomi "atipici" come irritabilità piuttosto che deflessione dell'umore, ritiro sociale e sintomi fisici (dolore, sintomi somatici) (Alexopoulos, 2005).

Il rischio di suicidio in corso di depressione è presente nel paziente anziano ed è sovrapponibile a quello della popolazione generale, ma gli studi presentano tassi estremamente variabili da paese a paese (Odds ratio compresi tra 0 e 5) (Pritchard & Baldwin, 2002).

Secondo uno studio condotto da Pavia e collaboratori (2005), in Italia il tasso di suicidio nel paziente anziano depresso è pari a 67 suicidi per milione di abitanti; i tassi aumentano progressivamente per il sesso maschile mentre si riducono con l'età per il sesso femminile.

In uno studio condotto su una popolazione svedese (Waern et al., 2003) sono stati confrontati 85 pazienti anziani suicidi (>75 anni) con 153 controlli sani ed è stato evidenziato che fattori predittivi di suicidio sono stati la presenza di depressione maggiore, conflitti familiari, la presenza di patologie mediche gravi e la solitudine. Nel paziente anziano infatti, gli eventi di vita avversi agiscono su un terreno biologico sofferente a causa di alcune modificazioni cerebrali dovute all'età (anormalità fronto-striatali, amigdaloidi e ippocampali) e della compresenza di malattie età-correlate (aterosclerosi, ipertensione, alterazioni endocrino-metaboliche) determinando la comparsa di depressione dell'umore (Alexopoulos et al., 2005).

I dati emersi da un recente report dello STAR-D (Husain et al., 2005) mostrano che la depressione senile ha mediamente una durata maggiore degli episodi e si manifesta frequentemente in comorbidità con condizioni mediche generali.

La depressione nel paziente anziano è frequentemente secondaria ad una condizione medica generale, insorge cioè come complicanza della stessa; in alcuni casi rappresenta il primo sintomo di una patologia organica a carico di diversi organi e apparati (morbo di Parkinson, ictus, patologie endocrine, neoplasie), in altri casi può essere conseguente all'uso di farmaci (antipertensivi, antiulcera, antineoplastici, cortisonici, interferone) o all'abuso/dipendenza da alcol. Nel paziente anziano la compresenza di depressione e malattie mediche croniche è responsabile di un peggioramento della qualità di vita se si considera che la depressione determina un peggioramento della prognosi delle patologie mediche sottostanti e viceversa il decorso croni-

co e la disabilità causata da una malattia cronica favoriscono e sostengono la presenza di una sindrome depressiva.

Le patologie cardiovascolari sono frequentemente associate a depressione: in uno studio effettuato su pazienti affetti da coronaropatia condotto da Bankier e collaboratori (2004) vi è una prevalenza di comorbidità con disturbi psichiatrici elevata, che va dal 20% al 30%, particolarmente elevata per la depressione maggiore ricorrente; in questo campione, il 31% dei pazienti coronaropatici presentava un episodio depressivo in corso.

Una metanalisi recente dimostra come la presenza di depressione maggiore incrementa la mortalità per patologia cardiovascolare a medio e breve termine, raddoppiandone il rischio di comparsa (Barth et al., 2004).

La depressione peggiora la prognosi delle malattie cardiache attraverso molteplici fattori concomitanti: il paziente anziano depresso ha usualmente poca cura per la propria salute fisica, di conseguenza si possono avere una ridotta aderenza alle terapie e ai controlli specialistici per la malattia di base.

La depressione inoltre, può influenzare la funzionalità cardiovascolare con un'azione indiretta attraverso l'aumento del tono simpatico e l'iperattivazione del sistema ipotalamo-ipofisario con incremento dei livelli di colesterolo e conseguente facilitazione della progressione della malattia aterosclerotica (McEwen et al., 2003).

Un posto di rilievo nella patologia geriatrica è rappresentato dalla depressione che insorge in un paziente affetto da vasculopatia cerebrale cronica, denominata da alcuni autori "depressione vascolare".

Essa è caratterizzata dalla presenza di elementi clinici peculiari: rallentamento psicomotorio, alterazioni cognitive, mancanza di insight, aumento di disabilità, assenza di familiarità per disturbi dell'umore. Nei pazienti con depressione vascolare appare quindi meno prevalente tra i sintomi l'umore depresso mentre, al contrario, l'anedonia è particolarmente intensa e i sintomi psicotici sono solitamente meno frequenti (Salloway et al, 1996; Alexopoulos et al, 1997; Krishnan et al, 1997; Hickie et al, 2001; Alexopoulos et al., 2002).

Un ambito interessante riveste attualmente la depressione in corso di malattia di Alzheimer: attualmente tale comorbidità non ha una sua precisa definizione diagnostica, i sintomi depressivi spesso si confondono con quelli dovuti al decadimento delle funzioni cognitive come l'apatia, le difficoltà mnesiche e il ritiro sociale. Si possono infatti riconoscere diverse modalità attraverso cui la comorbidità tra depressione e malattia di Alzheimer può esprimersi: è infatti attualmente controverso se la depressione sia una conseguenza della demenza, sia un prodromo della demenza o sia un fattore di rischio per la comparsa di demenza.

Infine, la presenza di deficit cognitivi in un paziente anziano è talvolta il sintomo più evidente di una sindrome depressiva "pura" che può richiedere una diagnosi differenziale con una demenza e che per questo viene denominata "pseudodemenza depressiva".

COME CURARE LA DEPRESSIONE PSICOFARMACIE/O PSICOTERAPIA?

Giuseppe Maina, Giovanni Francesco Asinari, Georgios Dimitriou
Dipartimento di Neuroscienze, Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Università di Torino

Il trattamento della depressione, e degli episodi di depressione maggiore in particolare, deve essere tempestivo e adeguato per alleviare la profonda sofferenza del paziente, per evitare il rischio di morte per suicidio e per risolvere la compromissione sociale. Il trattamento della depressione, grazie al quale si possono ottenere dei risultati positivi nell'85-90% dei casi, è fondato sull'impiego di psicofarmaci e sugli interventi psicoterapeutici.

La scelta del farmaco

Gli psicofarmaci indicati nel trattamento della depressione maggiore rientrano nelle classi degli antidepressivi e degli stabilizzatori dell'umore. Per la giusta scelta del farmaco è necessario distinguere in quale disturbo dell'umore si inquadra l'episodio depressivo di fronte al quale ci si trova, bisogna cioè distinguere tra una "depressione unipolare" e una "depressione bipolare". Tale procedimento diagnostico avviene prima di tutto con l'analisi della storia clinica del paziente, con lo scopo di stabilire se nell'arco della sua vita si siano mai manifestati episodi di espansione dell'umore, che vanno sotto il nome di episodi maniacali o ipomaniacali. La presenza di tali episodi in anamnesi orientano la diagnosi da "depressione maggiore unipolare" a "disturbo bipolare". Per "espansione del tono dell'umore" si intende un umore abnormemente e persistentemente espansivo o irritabile, con sintomi quali aumentata autostima, diminuito bisogno di sonno, maggiore loquacità del normale, facile distraibilità e fuga delle idee (un avvicinarsi molto veloce dei pensieri nella testa del paziente), aumento dell'attività finalizzata, eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconvolgente, investimenti in affari avventati).

Esiste un'ulteriore distinzione tra i pazienti bipolari in bipolari di tipo I e di tipo II. I pazienti bipolari di tipo I presentano nella loro storia clinica almeno un "episodio maniacale": si verificano cioè, nel corso del periodo in cui il tono dell'umore è espanso o irritabile, manifestazioni psicotiche, cioè deliri ed allucinazioni: il quadro clinico è grave e causa una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali e richiede di nor-

ma il ricovero ospedaliero. Nei pazienti bipolari di tipo II sono presenti gli "episodi ipomaniacali" nei quali sono assenti manifestazioni psicotiche e la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo non è tale da richiedere un trattamento in regime di ricovero. Si può verificare il caso che nello stesso individuo siano presenti contemporaneamente i sintomi di un episodio maniacale e depressivo maggiore: è questo il caso dello "stato misto" e la sua presenza nella vita di un individuo indirizza verso una diagnosi di disturbo bipolare di tipo I.

Semplificando molto l'informazione, si può dire che i farmaci indicati nel trattamento della depressione unipolare sono gli antidepressivi, mentre nel caso del disturbo bipolare la terapia di scelta è rappresentata dagli stabilizzatori dell'umore.

I farmaci antidepressivi

Esistono diverse classi di farmaci antidepressivi. Tra i primi ad essere stati scoperti si annoverano gli inibitori delle monoaminossidasi (IMAO), oggi raramente usati. I farmaci di prima scelta sono attualmente gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e i cosiddetti "duali", cioè per la ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI). Altri farmaci usati contro la depressione sono gli antidepressivi triciclici, farmaci più datati e con maggiori effetti collaterali, ancora in uso come terapie di seconda scelta.

I farmaci stabilizzatori dell'umore

Il farmaco stabilizzatore dell'umore maggiormente studiato è il carbonato di litio, ad oggi ritenuto tra i più efficaci in uso. Un altro farmaco ritenuto di efficacia comparabile è l'acido valproico, un principio attivo in origine utilizzato per la terapia delle epilessie e in un secondo tempo rivelatosi utile anche nel trattamento del disturbo bipolare. Questi sono i farmaci di prima scelta nel trattamento del disturbo bipolare. Altri antiepilettici indicati sono la lamotrigina e la carbamazepina. Alcuni principi attivi appartenenti alla classe degli antipsicotici si sono rivelati anche buoni stabilizzatori del tono dell'umore.

Le psicoterapie

Diversi tipi di psicoterapie sono indicati nel trattamento dei disturbi depressivi. Differiscono tra loro per le diverse teorie psicopatologiche su cui si basano e per le diverse tecniche psicoterapiche impiegate.

Le Psicoterapie Psicodinamiche, il cui materiale di analisi è ampio (la storia personale, i vissuti e i sogni del soggetto), sono volte alla ricerca di un conflitto inconscio, considerato il nucleo psicopatologico da cui originano i sintomi.

La Psicoterapia Cognitiva considera come nucleo psicopatologico primario l'insieme di convincimenti illogici, di pensieri irrazionali o di pregiudizi soggettivi anormali. La Psicoterapia Comportamentale considera il disturbo mentale, o più precisamente il sintomo psicopatologico, il risultato di un errore di apprendimento o di un mancato apprendimento.

La Psicoterapia Interpersonale è una tecnica di intervento terapeutico che ha come nucleo la visione dell'uomo come risultato delle sue relazioni interpersonali.

Le Psicoterapie Relazionali e Sistemiche hanno come unità di osservazione per comprendere

il disturbo psichico non tanto l'individuo, quanto l'interazione tra gli individui, con una realizzazione clinico-pratica nella psicoterapia della famiglia.

Infine seguono le Psicoterapie di gruppo, in cui i pazienti, accuratamente selezionati, sono riuniti in un gruppo guidato da un terapeuta professionista per aiutarsi l'un l'altro a conseguire un miglioramento della sintomatologia. Il terapeuta usa le interazioni tra i membri del gruppo per ottenere tale miglioramento.

Efficacia delle terapie antidepressive

Nel trattamento di un episodio depressivo è più efficace una psicoterapia o una farmacoterapia? Quale tipo di psicoterapia scegliere? Quali sono i ruoli dei due diversi approcci terapeutici al paziente? Per rispondere a tali domande sono stati effettuati diversi studi clinici allo scopo di confrontare l'efficacia dei due approcci e di definirne i ruoli.

Ad esempio, in uno studio effettuato dal nostro gruppo di lavoro si sono confrontate tra di loro due diversi tipi di psicoterapia. A tale scopo sono stati presi in esame due campioni di pazienti depressi, uno posto in trattamento con una psicoterapia psicodinamica breve, l'altro seguito con una psicoterapia di supporto. Al termine della terapia, si è valutato che i due gruppi di pazienti erano migliorati in modo simile, dando l'impressione che la psicoterapia dinamica equivallesse alla psicoterapia di supporto. Ad una rivalutazione dei due gruppi di pazienti dopo un periodo di tempo dalla fine della psicoterapia (*follow-up*), si è rilevato che, mentre i pazienti trattati con una terapia di supporto avevano mantenuto un tono dell'umore stabile, i pazienti trattati con la psicoterapia dinamica breve avevano proceduto nel loro miglioramento anche dopo la sospensione delle sedute (Maina et al, 2005).

Conclusioni

Ad oggi sono disponibili delle cure efficaci contro la depressione. Esistono due approcci terapeutici di cui ci si può avvalere: le farmacoterapie e le tecniche psicoterapiche. La scelta del trattamento si basa sul tipo di disturbo dell'umore e su determinate caratteristiche del paziente. Tali terapie, tuttavia, non si escludono l'un l'altra e non sono in competizione tra loro. Esiste anzi la possibilità di effettuare una terapia combinata, in cui si prevede di curare il paziente depresso sia con farmaci che con un intervento psicoterapeutico con un vantaggio considerevole nell'efficacia, la quale risulta più netta e più durevole nel tempo.

Bibliografia

Maina G, Forner F, Bogetto F. *Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2005; 74: 43-50.

Bogetto F., Maina G. *Elementi di Psichiatria, II edizione*. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2006.

LA DEPRESSIONE NELL'ETA' EVOLUTIVA ANALISI DI PROCESSI E PERCORSI DI TRATTAMENTI INTEGRATI

Orazio Pirro

Direttore S.C. NeuroPsichiatria Infantile – ASL TO 1

Negli ultimi venti anni l'interesse e l'attenzione, non solo scientifica ma anche sociale, verso la depressione in età evolutiva è aumentata considerevolmente.

Secondo qualche autore si potrebbero distinguere, storicamente, cinque fasi dal punto di vista storico.

La prima fase metteva in dubbio l'esistenza stessa della depressione come entità nosografica; la seconda introduceva il tema della depressione mascherata; nella terza fase veniva riconosciuta la depressione anche in epoca pre-pubere; nella quarta fase veniva proposta una visione adultomorfa ed isomorfa rispetto alla depressione in età adulta; ed infine più recentemente vengono introdotti ed utilizzati sistemi di classificazione internazionali specifici per l'età evolutiva quale l'ICD10 in una dimensione non solo multiassiale ma anche psicosociale e dimensionale.

Sotto il profilo epidemiologico la depressione non è rilevante nei bambini ed equamente distribuita fra maschi e femmine in questo periodo, ma aumenta in epoca adolescenziale dove si verifica una prevalenza ed incidenza doppia nelle femmine rispetto ai maschi.

Le sindromi affettive in età evolutiva, come già richiamato nelle splendide relazioni precedenti, possono secondo l'ICD10 comprendere l'episodio maniacale le sindromi affettive bipolari, gli episodi depressivi con o senza sintomo psicotico di grado lieve, moderato o grave. In tutti i casi, nel tentativo di operare una classificazione, la depressione può presentarsi con o senza sintomi "biologici". In tutti i casi oltre la tristezza debbono essere presenti modificazioni ed interferenze significative sul funzionamento personale e sociale del minore e nei casi più gravi possono essere presenti ideazioni suicidarie oltre a sentimenti di autoripiegamento difensivo, di chiusura di isolamento con netto calo di interessi e piacere per tutte le attività, ecc. ecc. . Occorre precisare che nella nostra esperienza clinica le forme più frequenti e diffuse sono quelle nelle quali la depressione si associa (comorbidità) ad altri sintomi di altre condizioni cliniche quali: il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, le sindromi ansiose, la tendenza

all'uso/abuso di sostanze (cioè quadri tossicofili), ma soprattutto i disturbi del comportamento e della condotta.

Purtroppo in qualche caso la depressione può presentarsi come quadro clinico con esordio acuto di grave rottura del processo evolutivo caratterizzato da stati di angoscia acuta con ritiro, tentativi di suicidio o gravi minacce suicidarie, gravi passaggi all'atto con situazioni di rischio per il paziente che necessitano di trattamenti immediati e delicati.

L'esordio acuto spesso è connesso a gravi disfunzioni nelle relazioni familiari ad incapacità di tollerare e gestire la sofferenza per problematiche psicosociali.

In età evolutiva risulta, praticamente, impossibile immaginare e programmare qualsiasi intervento clinico senza la collaborazione (fatta eccezioni per le fasi acute di urgenza psichiatrica) dei servizi sociali ed educativi del territorio.

La depressione negli adolescenti può essere affrontata non solo in termini di tempestività e di organizzazione dei servizi ma anche in termini di metodo, non dimenticando che il focus non è solo il paziente ma anche la sua famiglia ed i contesti di vita.

Bisogna anzitutto fare diagnosi e soprattutto precoce ed io invoco la cittadinanza a non aspettare ad inviarmi i loro figli, a superare i pregiudizi, a pensare che la precocità può aiutare a realizzare interventi più efficaci ed efficienti e soprattutto a favorire la realizzazione di una rete di servizi in grado di definire meglio non solo la sintomatologia, ma il funzionamento globale di quel soggetto in quel contesto.

Nella nostra pratica clinica quotidiana, l'utilizzo di psicofarmaci è sempre preceduto da una presa in carico globale del minore e della sua famiglia, da una attenta ed accurata fase, fatta eccezione per le urgenze, di raccolta e di osservazioni finalizzate a formulare una diagnosi in grado di cogliere il funzionamento mentale individuale e familiare e di comprendere i meccanismi che hanno reso possibile la crisi.

E' inoltre nostro obiettivo cogliere e rappresentare tutti i fattori di protezione e di rischio. Solo in questo contesto ed in questa dimensione olistica si può immaginare e programmare un intervento farmacologico sempre successivo, fatta eccezione per le urgenze, al trattamento psicoterapico anche breve.

Tutti i trattamenti ed i progetti individualizzati di intervento sono fortemente condizionati dalle risorse organizzative e professionali dei servizi e dal grado di partecipazione e collaborazione dei pazienti e delle loro famiglie.

La farmacoterapia ha anzitutto l'obiettivo di interrompere la catena patogena e molto pericolosa di esperienze che alterano e distorcono i processi operativi e di sviluppo degli adolescenti ma, ripeto, solo all'interno di una relazione terapeutica che si propone di riprendere e di ricostruire un legame. In altri termini la psicofarmacologia, che non va idealizzata ma neppure demonizzata, deve integrarsi ed armonizzarsi in una strategia relazionale e di intervento più complessiva.

La prescrizione degli psicofarmaci presuppone la collaborazione-accettazione del minore e l'acquisizione del consenso informato dei familiari. Occorre, inoltre, tenere in debito conto la "compliance" da parte del ragazzo e dei genitori per poter monitorare la eventuale comparsa di effetti collaterali ed indesiderati. Insomma, la prescrizione di un farmaco deve avvenire in condizioni di reale collaborazione della famiglia del minore per avere garanzie non solo in termini di efficacia ma anche di sicurezza.

In definitiva la depressione può essere affrontata solo attraverso un approccio sistemico ed integrato di cure che vedano co-protagonisti i servizi sociali ed educativi del territorio e prevedano gli interventi psicofarmacologici solo successivi a quelli psicoterapici e comunque, in ogni caso, all'interno di una dimensione di presa in carico e di sostegno al funzionamento globale del soggetto che può avvenire solo attraverso un lavoro di "rete" paziente e non certo puntiforme.

Riferimenti bibliografici

P. Pancheri, P. Pfanner, *Psicofarmacoterapia nei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza* Scientific press s.r.l. Firenze 1999: capitolo *La depressione* di P. Rocca pag 75-153.
CD10 *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente* Masson editore 1997

Anna Peloso cattedra NPI OIRM Torino *Esperienze cliniche e psicofarmacologiche con adolescenti infraquattordicenni con disturbi psicopatologici e DCA nel corso presso ASL 1 To*, ottobre 2007.

L'ADOLESCENTE E LA DEPRESSIONE

Massimo Landi

Pediatra di libera scelta convenzionato ASL TO 1

La prevalenza è valutata intorno al 3-8% ma è probabilmente sottostimata.

Può essere una manifestazione fisiologica importante nella maturazione della personalità e nell'acquisizione del senso di sé dipanando ciò che è reale e ciò che è sogno oppure una *manifestazione patologica* che può interferire fino ad arrestare le potenzialità evolutive con ripercussioni sull'intero ciclo di vita.

Compito del medico e del pediatra è quello di intercettare il disturbo il più precocemente possibile. L'eziopatogenesi dei disturbi mentali in genere prevede fattori biologici, psicologici e sociali.

Fattori biologici: alterazioni funzionali SNC, anomalie dei neurotrasmettitori, alterazioni strutturali SNC (macroscopiche o microscopiche), fattori genetici, noxae infettive (precoci) fattori perinatali endocrinopatie, abuso di sostanze.

Fattori psicologici: relazione madre - figlio problematica, ambiente familiare disturbato, esperienze precoci di perdita o di separazione dalle figure genitoriali, abuso fisico/sexuale, eventi di vita (lutto, malattia, disabilità).

Fattori sociali: classe socio-economica, urbanizzazione, emigrazione.

In genere il *paziente si caratterizza per:*

- personalità incerta e indefinita
- tendenza ad evitare confronti emotivi
- senso di inadeguatezza e fallimento per ogni iniziativa personale
- incapacità di rendere reale un desiderio di perfezione interna

Le sensazioni più frequenti:

- Nulla ha più significato
- Sentirsi isolati
- Sentirsi attaccati, traditi

- Non riuscire a dimostrare qualcosa
- Avere timore di sbagliare
- Sentire di avere deluso
- Sentirsi anonimi, diversi, fuori luogo
- Sentirsi impotenti
- Avere paura di perdersi
- Sentire sfuggire la vita
- Temere di rimanere isolati
- Sentirsi confusi
- Attaccarsi a qualcuno fortemente
- Guardare gli altri che fanno le cose
- Sentirsi impotenti
- Sentire di non avercela di nuovo fatta
- Cercare di toccare il fondo per risalire
- Vedersi in un tunnel
- Aver paura di affezionarsi
- Cercare di non chiedere nulla a nessuno
- Cercare di diventare insensibili
- Ritenerne inconcepibile fare qualcosa per se stessi
- Cercare di sopportare il dolore finché non è sostenibile
- Sentirsi un manichino imperfetto
- Sentire di aver tradito le promesse
- Non provare piacere per non fare accadere cose irreparabili
- Dover rimuovere con rituali ogni pensiero negativo

Cosa fare?

- Valutare la situazione familiare del paziente
 - I parenti si rendono conto del problema del paziente?
 - Lo incoraggiano a curarsi o remano contro?
 - Ci sono situazioni familiari e non, che mantengono lo stato di stress del paziente
- Ascoltare il paziente, trasmettendogli interesse e comprensione, anche rimanendo in silenzio.
 - *Validare la sofferenza del paziente*
 - La depressione è una malattia ormai ben conosciuta e ben studiata
 - La depressione non è segno di debolezza, di scarsa volontà, di pazzia
 - *Incoraggiare il paziente dando una ragionevole speranza*
 - Le cure per la depressione sono efficaci, la situazione migliorerà con il tempo

Avere un atteggiamento più positivo ed aderente ai tempi che stiamo vivendo:
la depressione è una malattia o è "normale" infelicità?

LA DEPRESSIONE IN MEDICINA GENERALE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

Franco Torta

Medico di Medicina Generale convenzionato ASL TO 1

La Depressione è un disturbo che colpisce molte persone; pare che in Italia siano 5 milioni i pazienti affetti da tale malattia, e che i costi per la cura ammontino a 15 miliardi di Euro l'anno (considerando non solo i farmaci e i ricoveri ma anche i costi relativi alle giornate di lavoro perse, e i costi assistenziali).

La prevalenza (cioè la percentuale di persone malate) nella popolazione è del 3-5 per cento; detto in altri termini significa che 5 italiani su 100 ne soffrono, e di questi soprattutto le donne con una percentuale doppia rispetto agli uomini.

Un grosso problema collegato a questa malattia è che aumenta notevolmente il rischio di suicidio: si calcola che tra tutti i suicidi il 70% sia affetto da depressione.

Il rischio è almeno otto volte più elevato di quello che si riscontra nella popolazione non malata. Se poi consideriamo le persone di età superiore ai 65 anni, la percentuale di malati sale fino al 42%, cioè 42 su cento persone con una età maggiore di 65 anni è depressa.

Questa indagine è stata condotta Dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Padova.

Le gestanti soffrono di depressione in misura variabile dal 4 al 15%, ma nella fase di puerperio (i mesi successivi al parto) la percentuale aumenta fino al 20%. Queste pazienti inoltre, rispondono più lentamente ai farmaci per la cura della depressione.

Un altro dato importante è che soltanto il 40% dei pazienti viene sottoposto a un trattamento farmacologico o vengono inviati agli specialisti per un trattamento psicoterapeutico (secondo uno studio del 2002) dai medici di famiglia, anche quando riconoscono il problema. Le cause sono molteplici, tra queste la difficoltà dei pazienti di sottoporsi a terapie che hanno durata in media superiori ad un anno.

Spesso l'assunzione dei farmaci è sporadica e la terapia non viene assunta secondo gli schemi indicati dagli specialisti.

Solo il 60% dei pazienti assume correttamente i farmaci per almeno sei mesi.

Un Medico di Famiglia con 1.000 assistiti conta in genere tra i suoi pazienti almeno 40 persone affette da depressione, di queste oltre la metà sono donne e i 2/3 sono anziani, soprattutto ricoverati in strutture per lungodegenza.

Sono stati condotti degli studi tra i medici di famiglia per valutare il grado di preparazione

rispetto a questa malattia e la conoscenza da parte dei pazienti, nonché la qualità della vita e il rischio di ammalarsi dei soggetti ancora sani

Altri studi si sono occupati dell'impegno e di come vivono la relazione con i malati i familiari o le persone che vivono a contatto con persone depresse, il problema dell'isolamento, il senso di colpa, e in alcuni casi nell'anziano i disturbi dovuti alle allucinazioni. Si è stabilito che molto importante sono le condizioni ambientali e i rapporti con le famiglie. Elemento scatenante di un disturbo depressivo può essere ad esempio la perdita di un congiunto.

In questo contesto la medicina di famiglia che ha come elemento centrale la relazione Medico - Paziente e che si avvale di strumenti di "lavoro" come la "relazione di aiuto" ha una collocazione importante nella gestione dei pazienti depressi.

Gli elementi che rendono la medicina di famiglia centrale nel riconoscimento e nella gestione del problema sono legati al fatto che i pazienti frequentano ripetutamente lo studio del proprio medico, dal quale sono seguiti nel tempo, e il rapporto di fiducia che favorisce la possibilità da parte del paziente di esprimere il proprio disagio.

Negli ultimi anni i medici sono diventati più attenti a cogliere i segnali di un iniziale stato depressivo, ma il numero dei pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di depressione è ancora inferiore a quello che si pensa sia realmente.

Riguardo la Relazione d'aiuto o di sostegno piuttosto che il trattamento di psicoterapia condotto da uno specialista, si è visto che il paziente si fida di più del medico di famiglia. Questo non vuol dire che il medico si sostituisce allo psicoterapeuta, ma che ha la possibilità di conoscere le persone che ha in cura e che riesce spesso a valutare meglio le necessità del proprio paziente.

In genere la psicoterapia è consigliabile nel giovane e nell'adulto; l'anziano per alcune caratteristiche legate all'età si presta meno ad un trattamento psicoterapico e i risultati sono meno evidenti. Generalmente l'anziano va trattato con farmaci anche se qualche volta può risultare utile un trattamento combinato anche con brevi psicoterapie.

Nel trattamento della depressione dell'anziano, la collettività ha un ruolo prominente quando il malato non ha più parenti capaci di provvedere al supporto e sostegno necessari. È importante che chi è solo sia stimolato da contatti quotidiani o regolari con altre persone. Assistenti sociali ed assistenti per persone anziane possono essere persone chiave per queste situazioni. Il ritardo nella diagnosi e la difficoltà di riconoscere la depressione specie nel soggetto anziano dipendono dal fatto che i sintomi possono essere attenuati o aspecifici e interessare più aspetti dell'affettività dei pazienti rendendo più complicato il riconoscimento della malattia stessa. A complicare ulteriormente la questione interviene il fatto che alcune malattie fisiche (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, endocrinologiche, articolari, nutrizionali ecc..) possono essere causa di depressione. Da un lato ciò può ritardare il riconoscimento della depressione, dall'altro induce spesso i familiari, quando si tratta di persone molto anziane a considerare il fatto "normale" e come tale da non curare. Occorre in questo caso far opera di educazione nei confronti di coloro che assistono gli anziani.

Nel giovane la depressione si presenta con sintomi psichici più evidenti (il problema nel giovane è che la diagnosi può essere ritardata dal fatto che non si confida, ha "vergogna di dire").

L'anziano al contrario del giovane manifesta spesso sintomi di depressione avendo come disturbo prevalente il dolore articolare: anche questo elemento può confondere e ritardare la diagnosi. In tali situazioni molto utili sono dei questionari appositamente preparati che facilitano il riconoscimento di sintomi "nascosti".

Per concludere occorre ricordare che la depressione è una malattia che provoca una intensa sofferenza morale e fisica e che va trattata precocemente per ridurre la sofferenza dei malati ed evitare eventuali rischi legati al desiderio di morte.

I sintomi principali della depressione nell'anziano consistono in umore moderatamente depresso, visione pessimistica e negativa del mondo di sé e del futuro, marcata diminuzione o scomparsa di interesse o di piacere per tutte o quasi le attività della vita.

Ma anche significativa variazione nell'appetito e nel peso, disturbi del sonno, ansia ed agitazione immotivate o rallentamento dell'attività psicomotoria, riduzione della memoria o deficit dei processi mentali associato spesso a deliri, affaticabilità estrema e mancanza di energia quasi ogni giorno, sentimenti di auto-svalutazione e di colpa eccessivi ed inappropriati, pensieri ricorrenti di morte.