

La continuità del disturbo depressivo tra l'infanzia e l'età adulta

Carlo Calzone

Giovanni Valeri

Convegno: La cura della depressione nella comunità
Matera, 6/11/2009

Psichiatria dell'età evolutiva

- Modello bio-psico-sociale
- Approccio evolutivo
- Specificità delle fasi evolutive

Fonti di riferimento

NICE 2005

Depression in children and young people
Identification and management in primary,
community and secondary care.

AACAP 2007

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

Depressione prima dell'adolescenza

- E' lo stesso disturbo?
- Prevalenza sui 12 mesi: **1%**
- Sintomi somatici in età scolare (cefalea, dolori addominali, etc.)
- Casi descritti in età prescolare caratterizzati da anedonia ed inibizione
- Stile cognitivo depressivo
- Uguale distribuzione tra i generi

Depressione in comorbidità prima dell'adolescenza

Abbassamento dell'autostima legato a
fallimento scolastico o difficoltà con i pari

- Disturbi specifici di apprendimento
- Deficit d'attenzione con iperattività
- Sindrome di Asperger
- Emarginazione sociale

In adolescenza

- Turmoil adolescenziale
- Prevalenza 12 mesi: **3%**
- Genere: rapporto 2/1 femmine/maschi
- Comportamenti autolesivi
- Studi retrospettivi su adulti con DDM:
frequente primo episodio depressivo in
adolescenza
- Modificazioni a livello cerebrale

Aspetti biologici:

- Produzione o eliminazione di **sinapsi**
- **Mielinizzazione** di fibre nervose
- Variazione della concentrazione di **neurotrasmettitori** e dei sistemi della loro neutralizzazione
- Variazione del numero dei **recettori** dei differenti neurotrasmettitori

Aspetti psico-sociali

- Adolescenza lunga
- Ridotto conflitto intergenerazionale
- Assenza di modelli adulti

Depressione in adolescenza

- Sovrastima o sottostima

	Disturbo depressivo	Non disturbo
Trattamento	A) Depresso trattato	B) Sano trattato
Non trattamento	C) Depresso non trattato	D) Sano non trattato

Problemi nel riconoscimento e nel trattamento della depressione in adolescenza

- Passaggio dal PLS al MMG
- Sottostima del disturbo da parte della famiglia
- Difficoltà ad agganciare l'adolescente
- Problemi collegati all'uso dei farmaci
- Scarsità di servizi di riferimento

Segnali di rischio

- Familiarità per disturbi dell'umore
- Disturbi neuropsichiatrici nell'infanzia
- Lutti o eventi stressanti (bullismo o abuso)
- Fallimento scolastico
- Modificazioni del sonno e/o dell'alimentazione
- Uso di sostanze o alcool
- Comportamenti autolesionistici

Fasi e modelli teorico-clinici della depressione in età evolutiva

- 1) Controversia sull'esistenza dei disturbi depressivi nei bambini
- DSM II: un unico disturbo per l'età evolutiva "disturbo del comportamento"

- 2) Fase della “*depressione mascherata*”:
- Forme depressive che si presentano con sintomi non specifici, quali lamentele somatiche, enuresi, problemi comportamentali, disturbi di apprendimento.
- Ha contribuito ad una maggiore comprensione dei disturbi emozionali nei bambini, ma ha accentuato una vaghezza diagnostica.

- 3) Fase caratterizzata dall'interesse verso la *fenomenologia clinica* e l'attendibilità della *diagnosi*, con il riconoscimento dell'esistenza della depressione anche nell'età prepubere, che può presentare, oltre i *sintomi nucleari della depressione*, altri sintomi, quali le lamentele somatiche, il ritiro sociale, disturbi della condotta e aggressività.

- 4) Fase del completo *isomorfismo* tra depressione dell'infanzia e dell'adolescenza e quella dell'adulto, in accordo ai criteri diagnostici del DSM-III (1980).

- 5) Fase della *critica al completo isomorfismo*, considerando i cambiamenti cognitivi, linguistici e comportamentali che caratterizzano lo sviluppo e che si riflettono sull'espressione del quadro clinico.

Fattori metodologici ed Evoluzione storica

- 1) Sviluppo di *interviste strutturate con i bambini e l'approccio fenomenologico alla diagnosi*;
- 2) *Follow-up sistematici a lungo termine*, hanno evidenziato che le sindromi depressive con esordio in adolescenza sono associate con un importante incremento del rischio di disturbi dell'umore nell'età adulta, e NON genericamente di altri disturbi psichiatrici (Harrington et al., 1990).

- Di conseguenza la diagnosi di disturbi depressivi in età evolutiva è diventata più frequente, e c'è stato un notevole interesse per il trattamento dei disturbi depressivi ad esordio precoce

- - La continuità con i disturbi affettivi maggiori diagnosticati in età adulta aveva fatto ipotizzare una simile efficacia degli antidepressivi.
- Invece le ricerche hanno evidenziato una scarsa efficacia dei farmaci **triciclici** in età evolutiva.

- - Parallelo sviluppo di trattamenti psicologici (cognitivi e interpersonali).
- Studi sull'efficacia degli **SSRI** (studio TADS), e possibile maggior similitudine nelle procedure terapeutiche in età evolutiva ed età adulta.

- - Eterogeneità dei disturbi depressivi:
- L'umore depresso è parte della condizione umana, risposta adattiva a certi tipi di stress, sintomo di disturbo psichiatrico.
- L'umore depresso è sia un indicatore aspecifico di disfunzione psicologica, sia un indicatore specifico per particolari diagnosi psichiatriche.

DISTURBI DEPRESSIVI NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

- I disturbi depressivi nell'infanzia e nell'adolescenza
- - **DDM**: Disturbo Depressivo Maggiore
- - **DD**: Disturbo Distimico
- sono disturbi frequenti, ricorrenti, familiari, che tendono a persistere in età adulta, frequentemente in comorbidità
- associati ad un negativo funzionamento sociale e scolastico, e aumentano il rischio per l'abuso di sostanze, disturbo bipolare e suicidio.

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalenza per dist depressivi:
 - - Prepuberi: **1-2%**
 - - Adolescenti: **3 - 8%**
- Prevalenza totale dalla nascita alla fine dell'adolescenza: **circa 20%**

- **“Secular increase”** (aumento nell’arco del secolo scorso): nel corso del XX secolo sembra esserci stato un incremento dei disturbi depressivi nell’infanzia e nell’adolescenza, con un rischio aumentato di ammalarsi nei soggetti nati nelle ultime decadi del secolo: rischio maggiore di sviluppare disturbi dell’umore, e di svilupparli ad un’età più precoce.
- Attualmente controversie su questa ipotesi

- Ipotesi che l'incremento possa esser dovuto alla interazione tra fattori genetici e ambientali.
- Ipotesi dell'interazione tra pubertà ad età più precoce, aumento dei conflitti familiari, esperienza di formazione e rottura dei legami intimi ad un'età più precoce.

- Il tasso di depressione sembra essere aumentato in coorti successive, con un più precoce età di esordio.
- Effetto di bias, ma anche consistente con concomitante aumento nel tasso di suicidi nei giovani tra il 1950 e i primi anni del 1990.

- La **depressione preadolescenziale** sembra essere un'entità nosografica differente dalla depressione adolescenziale e dell'età adulta:
- meno probabile l'esito in depressione in età adulta;
- maggior sovrapposizione con altri disturbi;
- minor prevalenza;
- sex ratio: lievemente più frequente nei maschi;
- maggiormente associata a disfunzioni familiari.

- **Depressione prepuberale** di due tipi:
- 1) la più comune è in comorbilità con problemi comportamentali, disturbi di personalità dei genitori (con abuso di sostanze), discordia familiare.
- Decorso simile al disturbo della condotta, senza aumentato rischio specifico di ricorrenza per disturbi dell'umore nell'età adulta.

- 2) secondo tipo: maggior familiarità (multigenerazionale) per depressione, ansia e disturbo bipolare

DEPRESSIONE: Continuità

- Dati longitudinali da campioni clinici e di comunità mostrano che il **40-70%** degli adolescenti depressi presenterà un Disturbo Depressivo Maggiore in età adulta.
- Confrontati con controlli non depressi, il rischio è di 2-7 volte aumentato.
- Anche dopo aver controllato per fattori di confondimento (come avversità sociali, QI, nevroticismo, comorbidità), il legame resta significativo, suggerendo un rischio diretto di associazione tra DDM in adolescenza e in età adulta.

- - Si sta iniziando ad identificare i meccanismi che possono MEDIARE il legame tra depressione precoce e depressione in età adulta.

- *Influenza genetica*
- *Esperienze di vita negative*
- *Distorsioni cognitive*

Importanza *dell'influenza genetica* (studi sulla storia familiare e sui gemelli)

- Weissman: figli di genitori depressi, 20 anni dopo.
- In famiglie con depressione in tre generazioni, la trasmissione familiare è associata a una più precoce età di esordio, un maggior rischio di ricorrenza per DDM, maggiore compromissione associata.

- Gli studi sui *gemelli* indicano che l'*ereditabilità* della depressione è bassa nell'infanzia, tende a crescere nell'adolescenza fino a livelli medi, con stime che restano abbastanza stabili per tutta l'età adulta.

- L'aumento dell'ereditabilità per le depressione in adolescenza può essere spiegato, in parte, con un aumentato nella correlazione gene-ambiente (rGE) che implica gli eventi di vita.

Le *esperienze di vita negative* nell'infanzia e nell'età adulta aumentano il rischio di depressione in vari modi

- persone depresse presentano comportamenti che aumentano la probabilità di stressor interpersonali, che possono a loro volta provocare nuovi episodi depressivi.
- Ruolo dei maltrattamenti in età infantile e di stressor associati nel provocare il primo esordio depressivo, e minor effetto sugli episodi depressivi successivi: effetto "Kindling" ed effetto "Scarring"

- L'influenza delle esperienze avverse è correlato con la vulnerabilità genetica, es. polimorfismo gene trasportatore della serotonina 5-HTT (Caspi et al. 2003).
- L'esperienza di avversità precoci può comportare un impatto duraturo sulla reattività ai futuri stress, tramite l'asse ipotalamo-ipofisi-surreni e sullo sviluppo cerebrale.

- Ruolo mediatore delle *distorsioni cognitive* nella vulnerabilità alla depressione.
- Studi sulle origini infantili di tali distorsioni.
Già a **5 anni** possono essere presenti distorsioni cognitive depressogene, come la tendenza verso uno stile attribuzionale negativo o il ricordo di memorie negative.

Nei bambini l'esperienze depressive e lo stile attribuzionale negativo (pessimistico) sembrano avere una influenza bidirezionale:

le esperienze depressive attivano uno stile pessimistico, che però persiste anche dopo la remissione sintomatologica;

inoltre lo stile pessimistico predice la sintomatologia depressiva in età successive.

- Distorsioni cognitive connesse alla vulnerabilità per la depressione sono moderatamente stabili nel tempo e sembrano concorrere al disturbo depressivo ricorrente.