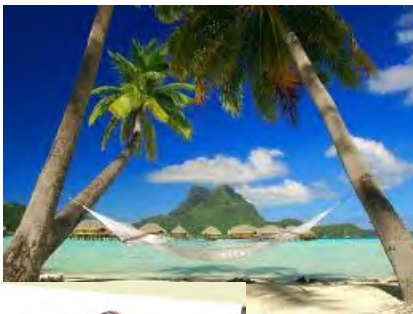


La Depressione



Dott. Enrico Tedeschini

Il nostro umore.....



Tono dell'umore

tempo



Pinco Pallino 4° B
Pagella 1°
quadrimestre

Italiano 8
Matematica 8
Inglese 8
....

Pinco Pallino 4° B
Pagella 2°
quadrimestre

Italiano 3
Matematica 6
Inglese 4
.....



Cos'è la depressione?



| | |
|--|------------|
| <i>Debolezza nervosa</i> | <i>71%</i> |
| <i>Cattivo comportamento dei genitori</i> | <i>65%</i> |
| <i>Colpa del soggetto, mancanza di volontà</i> | <i>45%</i> |
| <i>Una malattia mentale incurabile</i> | <i>45%</i> |
| <i>Conseguenza di un cattivo comportamento</i> | <i>35%</i> |
| <i>Una patologia cerebrale, con base biologica</i> | <i>10%</i> |



I disturbi dell'umore

- Umore: “stato emozionale interno”
- Alterabile sia verso il basso (deflessione dell'umore – depressione) che verso l'alto (esaltazione – mania, ipomania)
- Tono dell'umore: fisiologiche oscillazioni in base a stimoli interni o esterni
- Continuità qualitativa tra normale e patologico?



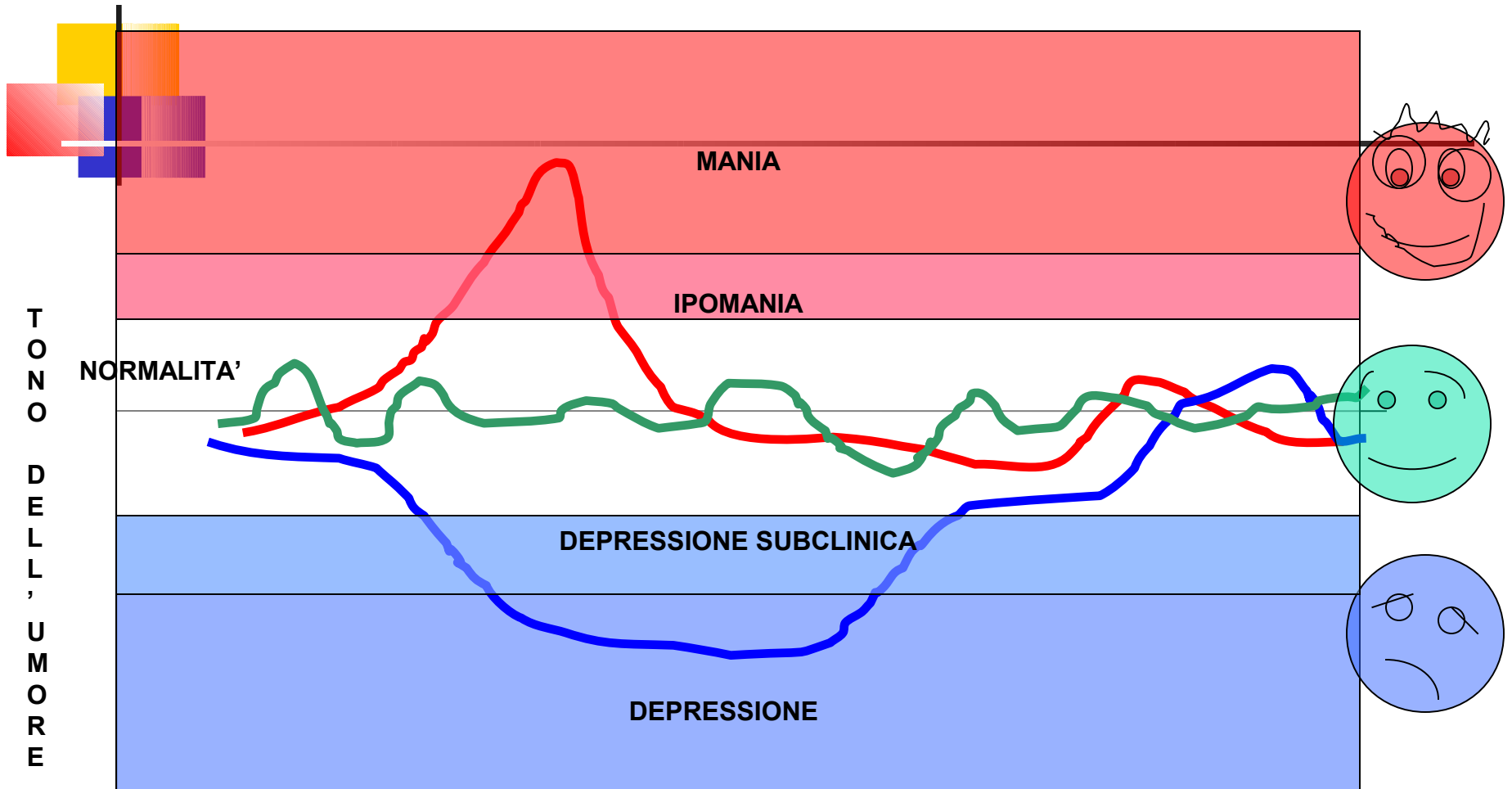
I disturbi dell'umore

IL TONO DELL'UMORE COME MECCANISMO ADATTATIVO

La modificazione dell'umore (al pari dell'ansia o del dolore fisico) è un'esperienza emotiva universale, connaturata all'essere umano e rappresenta una delle modalità con cui l'uomo si relaziona col mondo esterno e permette all'uomo, nelle difficoltà, di fermarsi e di riadattare e riorganizzare i propri comportamenti per superare le frustrazioni, le delusioni e le perdite oppure, nelle situazioni felici, di attivarsi per sfruttare al meglio le occasioni.

Vivere significa affrontare costantemente dei cambiamenti e quindi è sempre presente il rischio di passare da adattamenti dell'umore fisiologici alla depressione patologica.

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELL'ANDAMENTO DELL'UMORE



UMORE NORMALE

EPISODIO MANIACALE

DEPRESSIONE MAGGIORE

TEMPO

LA DEFINIZIONE ATTUALE DI DEPRESSIONE



in termini clinici per DEPRESSIONE si intende una **irregolarità del tono dell'umore**,
protratta nel tempo per un periodo di **almeno due settimane**,
associato a **sensibili modificazioni del pensiero, del comportamento e delle funzioni fisiologiche**,
con disagio significativo o significativa **compromissione del funzionamento** sociale, lavorativo, relazionale ecc.



DEPRESSIONE

- * Malattia cronica ricorrente con alta comorbidità
- * Malattia molto democratica, assai diffusa.
(prevalenza 15-20%)
- * Colpisce tutti i ceti sociali, (ricchi e poveri)
tutte le età (giovani e vecchi), entrambi i sessi
(donne / uomini = 2/1), indipendentemente
dalla cultura o struttura sociale.
- * Malattia con alto rischio vitale (15-20%)
- * Provoca un elevato grado di invalidità
- * Sotto-riconosciuta, sotto-diagnosticata,
non curata o curata in modo non appropriato.
- * Stigmatizzazione elevata.



DEPRESSIONE

Secondo recenti (2001 , 2002 e 2005) rapporti della WHO, World Bank e Commissione Europea:

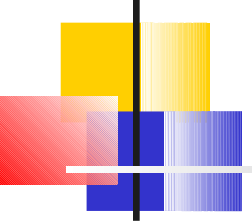
- * La Depressione, nel 2020, sarà la seconda causa di invalidità a livello mondiale (e forse la prima nella donna)
- * Ha costi indiretti elevatissimi per la collettività
- * Induce un' alta percentuale di disoccupazione
- * E' causa di esclusione ed emarginazione per persone che hanno possono dare un valido contributo alla collettività.

IL FUTURO: Proiezione WHO sulle cause di disabilità nel 2020



Somma degli anni vissuti con disabilità o persi per morte prematura (x10⁶)

| | |
|------------------------------|-------------|
| Cardiopatie ischemiche | 82.3 |
| Depressione unipolare | 78.7 |
| Incidenti della strada | 71,2 |
| Malattie cerebrovascolari | 61.4 |
| Pneumopatie ostruttive | 57.6 |
| Infezioni respiratorie | 42.7 |
| Tubercolosi | 42.5 |
| Danni fisici delle guerre | 41.3 |
| Malattie intestinali | 37.1 |
| HIV | 36.3 |



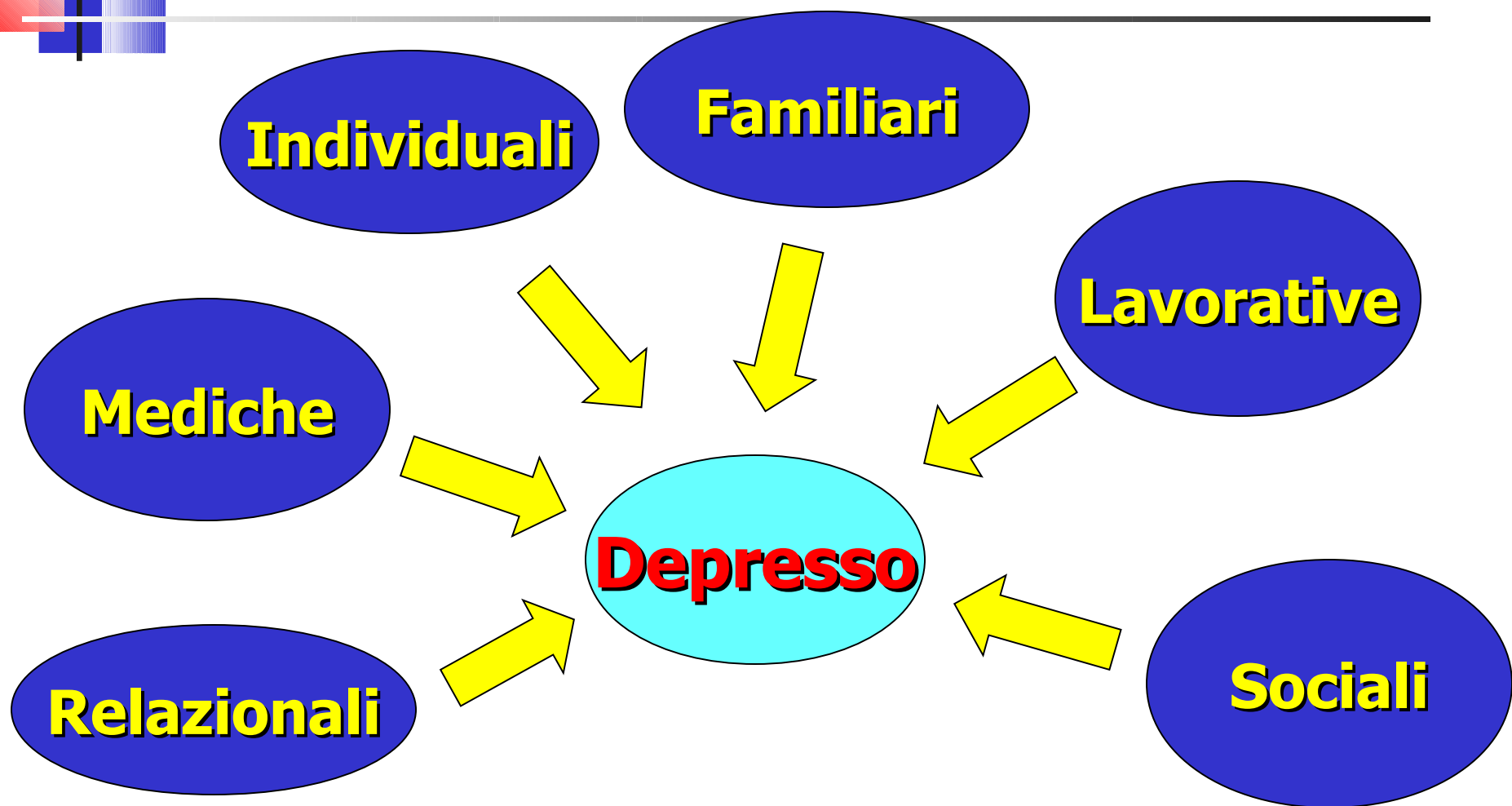
Questo stato di cose genera un
vero *problema sociale* a livello

*dell'Individuo

*della Famiglia

*della Collettività

Conseguenze e problematiche cui il depresso è confrontato



I disturbi dell'umore nel DSM-IV

- Disturbi depressivi
 - Disturbo depressivo maggiore (episodio singolo o ricorrente)
 - Disturbo distimico
 - Disturbo depressivo NAS
- Disturbi bipolari
 - Disturbo bipolare I (episodio maniacale singolo, più recente episodio ipomaniacale, maniacale, misto, depressivo)
 - Disturbo bipolare II (attuale episodio ipomaniacale o depressivo, più recente episodio ipomaniacale o depressivo)
 - Disturbo ciclotimico
 - NAS



I disturbi dell'umore nel DSM-IV

- Disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale
- Disturbo dell'umore indotto da sostanze
- Disturbo dell'umore NAS

Eziologia della depressione



condizioni relative alle fasi più importanti dello sviluppo (0-3 anni, attaccamento e reciprocità, vissuti di perdita e abbandono)

eventi di vita stressanti/supporto affettivo

diminuzione di neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina) in specifiche aree cortico-cerebrali

Fattori genetici

condizioni predisponenti di base (geneticamente determinate)

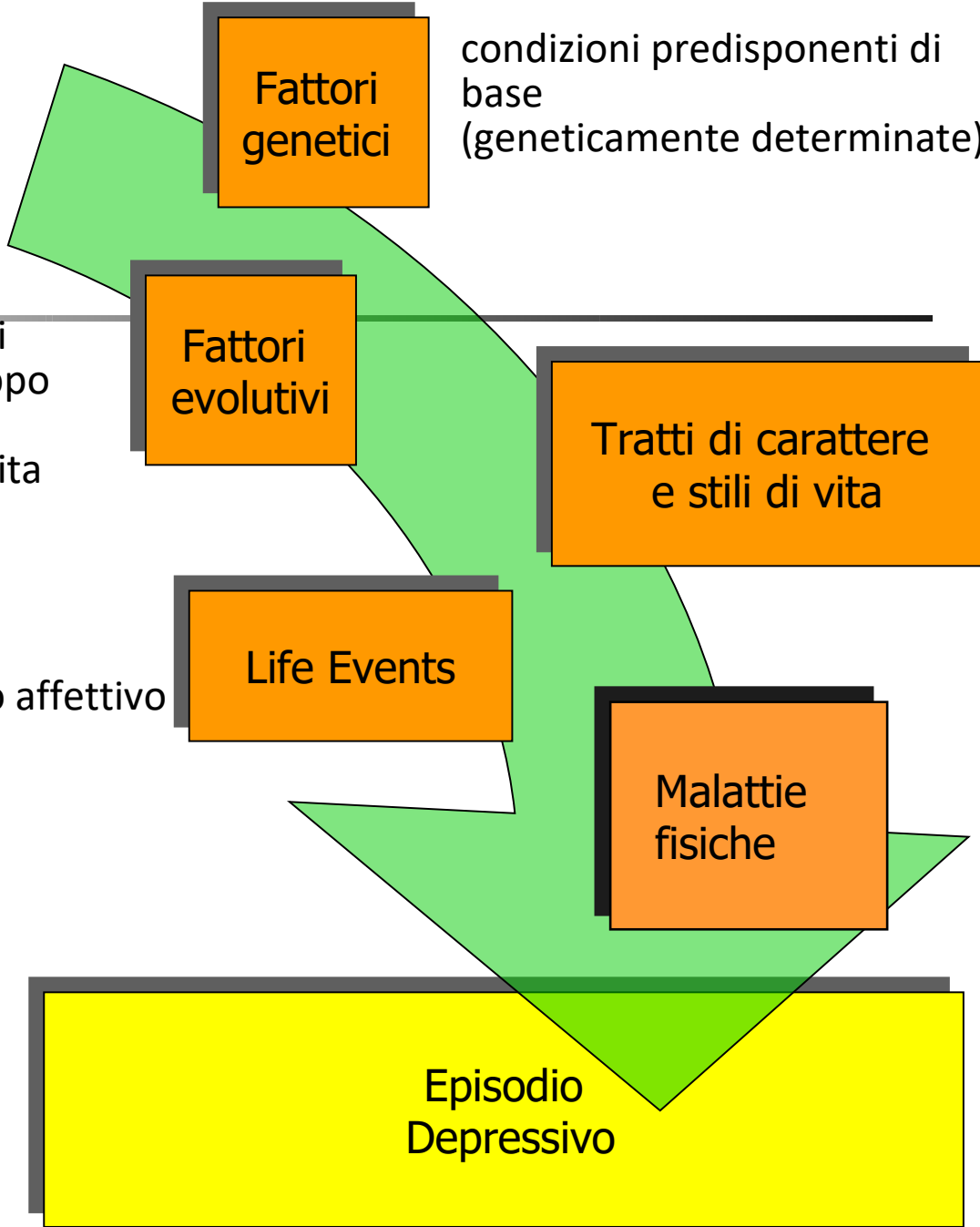
Fattori evolutivi

Tratti di carattere e stili di vita

Life Events

Malattie fisiche

Episodio Depressivo



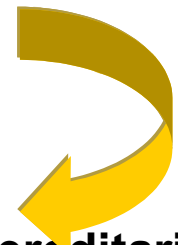
Tasso di concordanza in gemelli monozigoti



Depressione maggiore $\leq 50\%$

Disturbo bipolare $\approx 80\%$

Maggiore componente ereditaria





Il DSM-IVTR “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” dell’American Psychiatric Association, descrive i criteri per la diagnosi di Depressione Maggiore

Episodio Depressivo maggiore

- 5 o più dei seguenti sintomi devono essere presenti durante lo stesso periodo di due settimane e rappresentare un cambiamento rispetto alla funzionalità precedente; almeno uno dei sintomi deve essere l'umore depresso o la perdita di interesse o di piacere.
- 1) **Umore depresso** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come indicato sia da un'osservazione soggettiva (sentirsi tristi o vuoti), sia osservato da altri (apparire piangente)
N.B.: In bambini o adolescenti può essere osservata irritabilità
- 2) **Marcata perdita di interesse o di piacere** in tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come indicato sia da un'osservazione soggettiva, sia osservato da altri)
- 3) **Significativa perdita di peso** (quando non a dieta) o aumento di peso (per esempio un cambiamento di più del 5% di peso corporeo in un mese), o diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno
N.B.: In bambini considerare anche il mancato aumento ponderale atteso
- 4) **Insonnia** o ipersonnia quasi ogni giorno
- 5) **Agitazione o rallentamento psicomotorio** quasi ogni giorno (osservabile da altri, non sensazioni meramente soggettive di incapacità di rimanere fermo o di essere rallentati)

Episodio Depressivo maggiore (seguito)



- 6) **Perdita di energia o stanchezza** quasi ogni giorno
- 7) **Sentimenti di mancanza di valore o di colpa eccessiva o inappropriata** (che può essere delusionale) quasi ogni giorno (non meramente auto-punitivi o sul fatto di essere malati)
- 8) **Diminuita capacità di riflettere e concentrarsi**, o indecisione, quasi ogni giorno (sia sensazioni soggettive, sia osservabili da altri)
- 9) **Pensieri ricorrenti di morte** (non solo paura di morire), ricorrenti ideazioni di suicidio senza un piano specifico o tentativi di suicidio o piani specifici di suicidio

- I sintomi **causano un disagio clinicamente significativo o senso di inferiorità nella vita sociale**, nel lavoro e in altre aree importanti
- I sintomi **non devono essere dovuti a effetti psicologici di una sostanza** (ad esempio un medicamento, una droga) **o a una condizione patologica generale** (per esempio ipertiroidismo)

Disturbo depressivo maggiore: SOTTOTIPI

- 1) DEPRESSIONE MELANCONICA
- 2) DEPRESSIONE ATIPICA
- 3) DISTURBO AFFETTIVO STAGIONALE
- 4) DEPRESSIONE POST-PARTUM

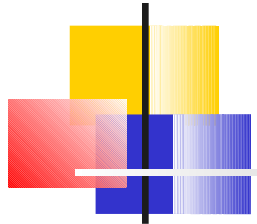
Disturbo depressivo maggiore: SOTTOTIPI

- Depressione di tipo melancolico
 - Marcata anedonia, marcata inibizione psico-motoria
 - Peggioramento mattutino della depressione, risvegli precoci
 - Intenso senso di colpa
 - Prevalenza della sintomatologia vegetativa
 - Familiarità

Disturbo depressivo maggiore: SOTTOTIPI

- **Depressione atipica**
 - Sintomi vegetativi-somatici opposti al consueto: iperfagia, aumento ponderale, ipersonnia
- **Depressione Catatonica**
- **Depressione Post-Partum**

DEPRESSIONI POST-PARTUM



EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE, con esordio nel post-partum (4 settimane)
CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV (APA 1994)

ESORDIO anche oltre i 9 mesi: Depressioni da svezzamento

INCIDENZA: dal 8 al 37 %, a seconda degli strumenti utilizzati

TRATTAMENTO:

- Visite domiciliari
- Interventi psicoeducazionali
- Comunicazione adeguata al partner
- Supporto del partner
- Terapia interpersonale
- Terapia cognitivo-comportamentale (individuale e di gruppo)

DECORSO LONGITUDINALE



Disturbo stagionale

- Relazione regolare tra la comparsa degli episodi clinici e una predefinita stagione annuale
 - Tipicamente depressione invernale
- Ipotesi prevalente: cambiamenti numero di ore di luce diurna



Depressione nell'anziano

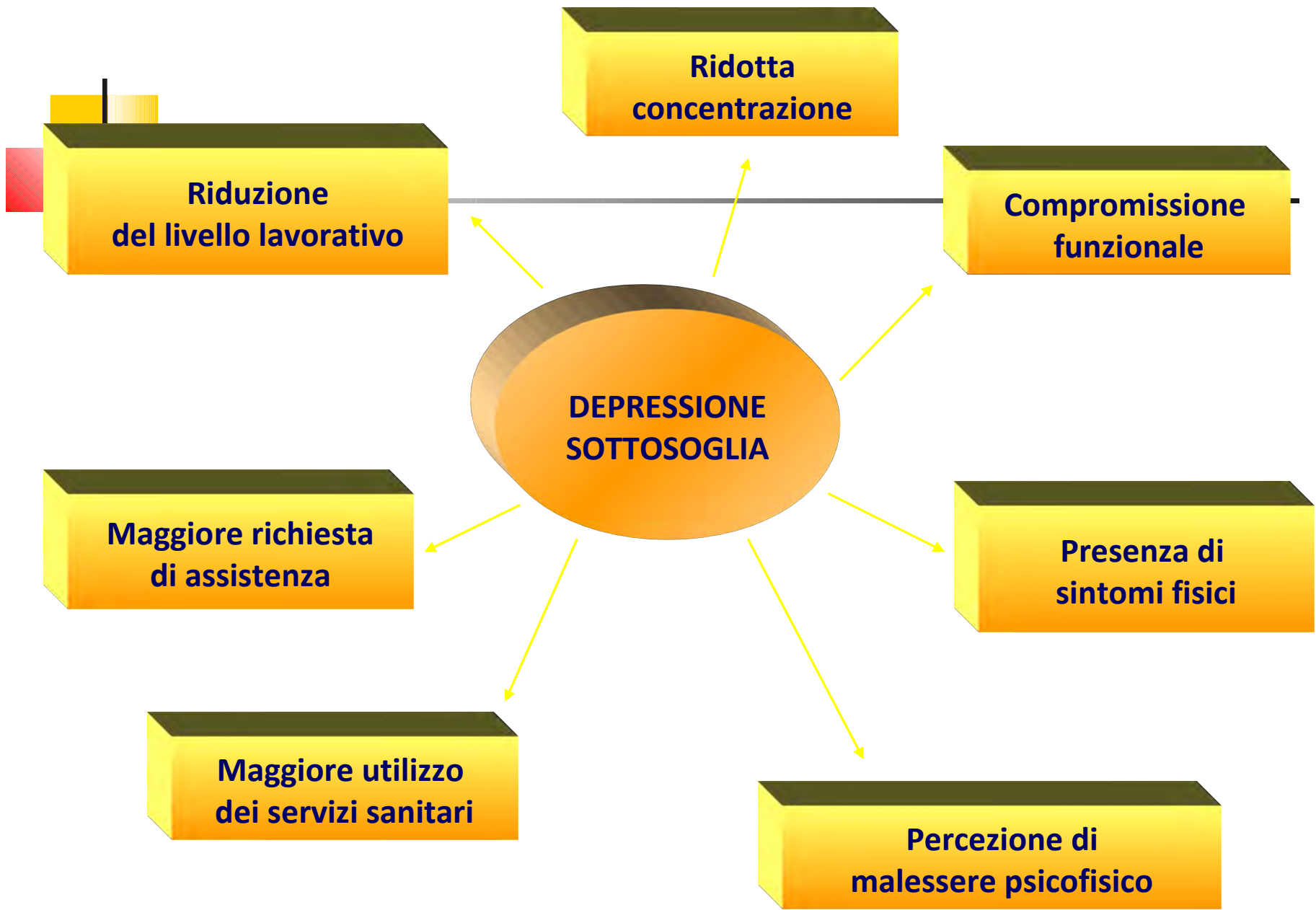
- La prevalenza della depressione nell'anziano è paragonabile a quella dei pazienti più giovani.
- Mentre nei giovani i fattori di rischio sono prevalentemente di ordine psicosociale, nell'anziano le malattie fisiche giocano un ruolo importante
- Le malattie fisiche possono indurre depressione attraverso
 - Meccanismi biologici (es. ipotiroidismo, farmaci antipertensivi)
 - Meccanismi psicologici (demoralizzazione)
 - Disabilità e limitazioni
- La depressione nell'anziano è più disabilitante che nel giovane
- Più spesso è necessario protrarre la durata del trattamento

DEPRESSIONE SOTTOSOGLIA

Qual è la soglia inferiore, il confine che separa la depressione da condizioni normali quali possono la demoralizzazione, normali fluttuazioni dell'umore, il lutto, reazioni a eventi stressanti e a situazioni avverse?

Le differenze sono prevalentemente di tipo qualitativo o quantitativo?

Se attualmente si tende a prediligere l'utilizzo di parametri quantitativi probabilmente per questioni legate all'affidabilità, nelle condizioni sottosoglia, in cui sofferenza e compromissione psicosociale possono non differire di molto da condizioni normali legate a difficoltà esistenziali, i criteri quantitativi mostrano dei limiti



DEPRESSIONE SOTTOSOGLIA

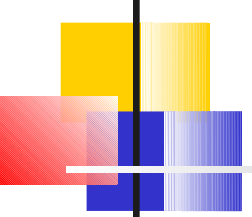


Le manifestazioni sintomatiche sopra e sottosoglia sono differenti facce del medesimo processo di malattia.

Sintomi depressivi subsindromici, depressione minore, distimia ed episodi depressivi maggiori rappresentano un continuum di gravità sintomatologica della depressione unipolare, in cui ogni livello è associato a un incremento graduale nel disadattamento psicosociale.

Anche quando i sintomi depressivi sono al di sotto della soglia per la depressione minore vi è un piccolo ma significativo incremento nella disabilità in paragone ai periodi in cui la stessa persona è asintomatica.

DEPRESSIONE SOTTOSOGLIA



I pazienti con Depressione Subclinica Sintomatica rispetto ai soggetti asintomatici:

- a. ricorrono in maniera più significativa al servizio sanitario
- b. necessitano maggiormente di assistenza pubblica
- c. hanno maggiori limitazioni nel funzionamento socio - lavorativo
- d. trascorrono più giorni a letto
- e. sono più irritabili
- f. si assentano maggiormente dal lavoro
- g. hanno idee suicidarie

E' stata inoltre rilevata un'associazione con la diagnosi di Dipendenza Alcoolica, la cui natura non è stata specificata. Gli autori sottolineano come questo aspetto clinico venga frequentemente ignorato perché i pazienti non incontrano i criteri diagnostici standardizzati per i disturbi dell'umore

DISTURBO DISTIMICO



- Un tempo denominata nevrosi depressiva o depressione cronica
- Perdurare della sintomatologia depressiva per almeno due anni, senza episodi depressivi maggiori o episodi maniacali
- Esordio più precoce
- Minore gravità clinica
- Maggiore cronicità

EVOLUZIONE DELL' EPISODIO DEPRESSIVO SINGOLO



- IL 50-60 % PUO' SVILUPPARE UN 2° EPISODIO
- I SOGG. CON 2° EPISODIO HANNO IL 70 % DI POSSIB. DI SVILUPPARE UN 3° EPISODIO
- I SOGG. CON 3 EPISODI PRESENTANO IL 90% DI PROBAB. DI SVILUPPARE UN 4° EPISODIO

**NEL CORSO DEGLI ANNI, GLI INTERVALLI
LIBERI DA SINTOMI TENDONO A RIDURSI**

Solo il 10-15 % dei pazienti ha un
“recupero ottimale”

con un completo ritorno ad un

“funzionamento sociale” normale

In circa il 60% dei casi, a causa di

stigma, pregiudizi, ignoranza,

carenza di informazione ed

attitudine negativa dei familiari,

persistono effetti residui che interferiscono
pesantemente con un

“funzionamento sociale” accettabile,

COMPLICANZE DEI DISTURBI DEPRESSIVI



- COMPLICANZE ORGANICHE
- COMPORTAMENTI AUTOLESIVI
- ABUSO DI ALCOOL E SOST.STUPEFACENTI
- COMPROMISS. DEL FUNZIONAMENTO LAVORATIVO, SOCIALE ED AFFETTIVO

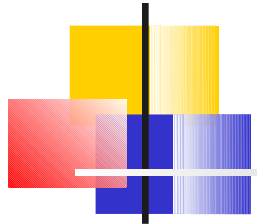
SUICIDIO



- **IN CHI SOFFRE DI DEPRESSIONE IL RISCHIO DI SUICIDIO E' TRE VOLTE SUPERIORE A QUELLO DEI NON-DEPRESSI**
- **NEI BIPOLARI IL RISCHIO E' DI 5 VOLTE MAGGIORE**

IL Li+ PUO' RIDURRE IL NUMERO DEI SUICIDI (-5 / 1000 Pazienti /anno)

QUANDO RICHIEDERE L'INTERVENTO DI UNO SPECIALISTA



-
- ELEVATO RISCHIO DI SUICIDIO (EVENTUALE TSO)
 - PRESENZA DI SINTOMI PSICOTICI
 - CONDIZIONI DI COMORBIDITA' CHE RENDONO PROBLEMATICAMENTE LA GESTIONE
 - NECESSITA' DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO (Disturbo bipolare, Sali di Litio) E TERAPEUTICO (Fallimenti con un prec. Antidepressivo, modifiche della posologia)



OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

- REMISSIONE COMPLETA DEI SEGNI O SINTOMI DELLA S. DEPRESSIVA
- RIPRISTINO DEI LIVELLI DI FUNZIONAM. SOCIALE E LAVORATIVO PRECEDENTI
- RIDUZIONE DEL RISCHIO DI RIPRESA DELLA SINTOMATOLOGIA