

**XVII Congresso Nazionale Società  
Italiana Pediatria Preventiva e Sociale  
(SIPPS)**

**Parma 25 – 27 novembre 2005**

**QUANDO PENSARE ALLA  
DEPRESSIONE**

**G. Baracchini Muratorio - Pisa**

# Depressione in età evolutiva

## ■ Prima del 1980

Non presente nell'infanzia, solo ricerche su infanzia di adulti depressi;  
Descritti equivalenti depressivi (disturbi somatici, scolastici, comportamentali)

## ■ DSM III - 1980

Descrizione sintomi analoghi nell'adulto,  
potenzialmente invalidanti,  
precursori di quadri psicopatologici complessi in età adulta,  
alta prevalenza

## ■ Anni '90 DSM IV

Prevalenza elevata

Definizione clinica

Strumenti diagnostici

Strategie terapeutiche

## ■ 2003

**Research Diagnostic Criteria Preschool Age (RDC PA 2003):** proposta di modifiche del DSM IV per l'età prescolare

# Depressione Normale

Stato emozionale caratterizzato da un  
abbassamento del tono dell'umore,  
fa parte della dinamica affettiva dello  
sviluppo,  
è transitorio e adattativo  
e promuove la crescita

# Disturbo d'Adattamento con Umore Depresso (Depressione Reattiva)

Stato d'animo di demoralizzazione che  
consegue all'esposizione ad uno stress  
acuto o cronico  
per lo più transitorio e meno intenso

- ❑ rischio: sottovalutare
- ❑ allarme per intensità, durata e interferenza funzionale

# Classificazione da DSM IV TR

## Sottotipi

### Disturbi Depressivi

- Depr. Maggiore (DDM)
- Distimico (DD)
- Depr. NAS

### Disturbi Bipolari

- Bipolare I (DB I)
- Bipolare II (DB II)
- Bipolare NAS
- Ciclotimico (DC)

# Prevalenza

- 2% bambini
- 4-8% adolescenti
- negli ultimi decenni: > frequenza forme a esordio precoce
- rapporto M/F:           1:1 bambini  
                                  1:2 adolescenti

# Prevalenza

- | <b>DDM</b>            | <b>DD</b>      |
|-----------------------|----------------|
| 1.8-2.5% b.no         | 0.6-4.6% b.no  |
| 2.9-4.7% adol.        | 1.6-8.0% adol. |
| life-time in adol 20% |                |
- rapporto M/F: 1:1 b.no, 1:2 adol;
  - 50% adulti depressi riferisce 1° episodio prima dei 18 aa;
  - negli ultimi anni incremento delle forme più lievi e a esordio precoce



# Prevalenza: motivi dell'incremento

- maggior consapevolezza del problema
- abbassamento soglia richiesta visita
- maggior sensibilità diagnostica
- maggior attenzione sanitaria
- abitudini e stili di vita attuali maggiormente in grado di slatentizzare vulnerabilità depressiva

# Comorbidità

- Oltre il 50% dei bambini ha almeno due diagnosi:  
il disturbo depressivo inizia spesso dopo un altro disturbo psichiatrico sottovalutato
- Disturbi d'ansia (di separazione, panico, fobia sociale) 40%
- ADHD 15-30%
- Disturbi del comportamento (oppositivo-provocatorio, esplosivo intermittente, della condotta, dell'alimentazione) 30-60%
- Disturbo da abuso di sostanze 20-30% (*successivo*)
- Disturbi di apprendimento 30%
- Enuresi, Encopresi 15%

# Comorbidity

- Frequent association with DB spontaneous or pharmacologically induced that deposes for elevated bipolar potential of the depression infantile
- Frequent “Doppia Depressione”:  
DD e DDM

# Fattori associati all'esordio e/o all'evoluzione

## ■ Fattori Genetici

- **figli di depressi:** rischio 3 volte maggiore per DDM,  
7 volte maggiore per DD
- **concordanza gemelli omozigoti:** 76%
- **concordanza gemelli dizigoti:** 19%

# Fattori associati all'esordio e/o all'evoluzione

## ■ Fattori Neurobiologici

Deficit Funzionale Amine Biogene (serotonina, adrenalina, dopamina)

## ■ Vulnerabilità Temperamentale

Temperamento affettivo: stili interpretativi negativi, bassa autostima, alta autocritica, convinzione di non avere controllo sugli eventi vitali

# Fattori associati all'esordio e/o all'evoluzione

## ■ Eventi Vitali Negativi

lutti, malattie, abbandoni, maltrattamenti, divorzi, insuccessi scolastici etc

## ■ Ambiente Familiare

conflittualità, ostilità, scarsa espressione di affetti, modelli di riferimento negativi

# Quadro Clinico 1

**Umore depresso (tristezza, più spesso rabbia e irritabilità)**

**Marcata diminuzione interesse o piacere per la maggior parte delle attività (gioco)**

- Appiattimento affettivo fino all'anedonia
- Scarsa mimica facciale, scarso contatto visivo
- Scarsa comunicazione verbale
- Disturbi dell'appetito/sonno
- Apatia, affaticabilità, mancanza di energia, rallentamento
- Eccessiva quantità di movimento, agitazione
- Lamentele somatiche
- Sentimenti di autosvalutazione, inutilità o colpa
- Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi
- Pianto
- Aggressività
- Pensieri ricorrenti di morte o persistente impegno in attività o giochi con tematiche di morte

**sec. DSM IV : per fare diagnosi di DDM devono essere presenti 5 o + sintomi per almeno 2 settimane con almeno uno dei primi due sintomi**

# Quadro Clinico 2

## ➤ i sintomi:

- causano disagio significativo con compromissione del funzionamento generale;
- non dipendono da fattori organici o malattie;
- non sono giustificati da lutti o da altri eventi



# Quadro clinico 0-3 aa

- pianto eccessivo, irritabilità
- riduzione appetito e/o peso corporeo
- disturbi del sonno
- alterazioni motricità
- ritardi e/o regressione in vari ambiti
- disturbi psicosomatici
- repertorio povero di interazioni e iniziative sociali
- scarso contatto visivo, scarsa mimica facciale

# Quadro clinico 3-5 aa

- rallentamento psicomotorio
- ipobulia, riduzione interesse per il gioco
- appiattimento affettivo
- scarsa comunicazione verbale
- tendenza all' evitamento sociale
- comportamenti auto ed eteroaggressivi

# Quadro clinico 6-10 aa

- **maggiore capacità di verbalizzare stati d'animo depressivi** (fantasie, disistima, sentimenti vuoto e abbandono)
- **isolamento sociale e difficoltà relazionali con coetanei**
- **instabilità attentiva, difficoltà di concentrazione, facile stancabilità con calo del rendimento scolastico**
- **disturbi comportamento** (aggressività, oppositività, iperattività, impulsività)
- **lamentele somatiche** (cefalee, algie addominali e/o diffuse)

# Quadro clinico adolescenza

- anedonia e passività ideo-motoria
- sentimenti di inferiorità
- condotte antisociali
- disturbi dell'alimentazione (AN, BN)
- abuso sostanze
- sintomi psicotici (deliri e allucinazioni)
- Idee e/o tentativi di suicidio

# Rischio di viraggio (ipo)maniacale:

- dal 6 al 35% - triplo rispetto adulti
- **Fattori di rischio:**
  - esordio precoce
  - familiarità per disturbo bipolare
  - rallentamento psicomotorio
  - disturbi multipli d'ansia ( in particolare panico)
  - disinibizione comportamentale da antidepressivi
  - sintomi psicotici

# Evoluzione

- regressione dell'episodio depressivo: 75% nel 1°a,  
90% entro 2 aa
- cronicizzazione 10%
- possibilità di ricadute: 30% entro due anni,  
50% entro 5 anni  
(influenza di: fattori ambientali, età di esordio, gravità, episodi precedenti, comorbidità, compliance)
- possibile sviluppo di un disturbo bipolare 20-40%
- disturbo distimico: durata fino a 3-4 aa

# Disturbo Bipolare pre-puberale

- andamento subcontinuo (meno spesso episodico)
- irritabilità, ostilità, aggressività verbale o fisica
- affettività disforica o mista, “tempeste affettive”
- impulsività ed iperattività
- disturbo attentivo
- Ideorrea, logorrea, tono concitato
- rara insonnia
- grandiosità (intolleranza a regole o autorità)
- piccoli atti dissociali, vittimizzazione, condotte a rischio
- ipersessualità
- improvvisi momenti di ruminazione depressiva, autosvalutazione, ansie abbandoniche

# Disturbo Bipolare adolescenziale

- andamento più frequentemente episodico
- maggiore evidenza di sintomi affettivi
- condotte a rischio
- dipendenza da sostanze d'abuso
- elevato rischio suicidario
- frequenti sintomi psicotici
- vita caotica e tempestosa, fortemente instabile (DB II)



# Conclusioni

- I disturbi depressivi rappresentano disturbi ben definiti, comuni e ricorrenti in età evolutiva che richiedono una attenzione immediata del clinico (pediatra e neuropsichiatra infantile)
- La possibilità di TS fa parte del quadro del DDM e del DB, e può persistere fino ad una significativa remissione dei sintomi

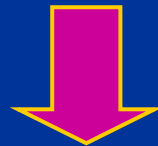
# Rischio suicidario

- ▣ **quadruplicato dal 1950 ad oggi, raddoppiato negli ultimi 20 anni**
- ▣ **12% mortalità in adolescenza (2° causa di morte fra 14-25 aa)**
- ▣ **fattori di rischio:**
  - associazione con disturbo d'ansia
  - associazione con disturbo della condotta
  - disturbo bipolare
  - dipendenza da sostanze
  - calo scolastico
  - familiarità (suicidio)
  - famiglie violente, impulsive, abuso
  - relazioni patologiche (grado di comunicazione).

# Linee-guida suggerite per il pediatra:

## 1. Riconoscimento dei soggetti a rischio

- familiarità per disturbi dell'umore o altri disturbi psicopatologici
- vulnerabilità temperamentale
- eventi vitali negativi
- deprivazione socioambientale



## 2. Individuazione di sintomi e segni

valutazione di durata, intensità, interferenza funzionale

- Se depressione normale o d. adattamento depressivo  rassicurazione e controlli ravvicinati
- Se depressione patologica  invio allo specialista

follow-up

valutazione della compliance e di eventuali effetti collaterali in caso di terapia farmacologica

# mancato riconoscimento e trattamento:

- rischio di cronicizzazione e resistenza al trattamento (kindling)
- talvolta remissione spontanea copre passaggio a forme subcliniche (interferenza funzionale)
- disturbi depressivi non trattati determinano interferenza sullo sviluppo successivo (individuale, sociale, familiare) e aumentano la vulnerabilità psicopatologica.

# 1. Tipi di intervento

## □ Intervento psicoeducativo

- supporto psicologico al bambino e alla famiglia: rinforzo dell'autostima e del ruolo genitoriale
- 25-30% miglioramenti

## □ Psicoterapie

- intervento su autostima, funzionamento sociale, rapporto coi genitori, educazione emozionale...
- supporto alla famiglia
- prevenzione ricadute
- efficacia del 45-60%

## 2. Tipi di intervento

### □ Criteri per l'opzione farmacologica

- resistenza-indisponibilità psicoterapia
- gravità clinica
- rischio suicidario
- familiarità positiva
- forme ricorrenti
- forme croniche
- comorbidità
- condizioni psicosociali negative

### 3. Tipi di intervento:

- sono pochi i trattamenti sicuri ed efficaci disponibili
- il trattamento di prima scelta è la psicoterapia
- disturbi depressivi non adeguatamente trattati hanno > probabilità di cronicizzare ed avere interferenze sullo sviluppo successivo.

Pertanto in caso di resistenza o indisponibilità alla psicoterapia deve essere considerata la possibilità della farmacoterapia



## 4. Tipi di intervento:

- gli antidepressivi devono essere usati con cautela in età pediatrica
- la prescrizione del farmaco deve iniziare con la minima quantità compatibile con una buona compliance
- i farmaci non devono essere sospesi bruscamente e senza il consenso dello specialista

## 5. Tipi di intervento:

- Gli SSRI hanno > efficacia rispetto al placebo.  
In base al rapporto rischi-benefici, il migliore è la fluoxetina.  
La sertralina è la seconda scelta
- I dati in età evolutiva sono talmente scarsi che implicano molta cautela nell'uso degli SSRI e dovrebbero essere usati solo in condizioni di sicurezza e da mani esperte
- I nuovi antidepressivi (venlafaxina e nefazodone) non hanno ancora dati di efficacia e sicurezza in e.e. e devono essere limitati a quadri chiaramente resistenti ad altri farmaci

**data la complessità della  
patologia, indispensabile  
continua collaborazione fra  
pediatra e neuropsichiatra**