

## NOTAZIONI SU UN MALE SOCIALE: LA DEPRESSIONE. DAL "LIBRO VERDE" DELL'UNIONE EUROPEA ALLA SITUAZIONE ITALIANA

*Di: PAOLO ROBERTI*

La depressione è stata identificata come una malattia sin dalla antichità greca ed è stata variamente definita nel corso dei secoli fino a giungere ai tentativi contemporanei di definire univocamente il concetto di malattia depressiva. La possibilità di definire chi sia un caso, intendendosi così un soggetto affetto da un disturbo o da una malattia affettiva, non è però così semplice come sembrerebbe potersi desumere da una affrettata lettura dei dati clinici. Le più innovative tendenze scientifiche si orientano verso l'integrazione di parametri biologici, genetici con elementi psicopatologici attinenti alla malattia depressiva.

I sintomi della malattia depressiva rientrano nell'ambito di: umore, processi cognitivi, funzioni somatiche e comportamenti

**Umore:** Sensazione di tristezza, preoccupazione, depressione; Perdita di interesse e di piacere nelle cose; Perdita di energia, vitalità, speranza, progettualità; La depressione dell'umore è di solito insensibile a fatti positivi

**Processi cognitivi:** Pensieri negativi circa se stessi, il presente ed il futuro; Ruminazioni depressive: pensieri pessimistici ricorrenti; Scarsa concentrazione, perdita di memoria, difficoltà a prendere decisioni; Sensazione che possa accadere qualcosa di pericoloso e paure esagerate; Disperazione; Pensieri di morte e idee di suicidio; Pensieri irreali di colpa, malattia, povertà

**Funzioni somatiche:** Disturbi del sonno; Disturbi dell'appetito; Affaticabilità e diminuzione dell'energia; Perdita di interesse in numerose attività, compreso il sesso; Sintomi gastrointestinali, come bocca secca, nausea, costipazione; Dolori inspiegabili; Alterazioni neuroendocrine

**Comportamenti:** Espressione triste, pianto; Rallentamento dei movimenti e della parola; Movimenti agitati ed irrequieti

**Limitazioni causate dalla depressione:** Attività fisicamente impegnative; Attività lavorativa; Compiti e doveri familiari; Rapporti con amici ed altre persone; Cura di se e della salute

**Complicazioni della depressione:** Cronicizzazione; Sintomi psicotici; Alcol e sostanze; Idee di suicidio; Non risposta ai trattamenti

Più del 10% degli italiani soffre di depressione mentre secondo recenti studi internazionali la prevalenza della depressione nella popolazione generale è del 37%.

Il rapporto donne/uomini nella popolazione generale per la prevalenza di depressione maggiore è circa il 1,5-2%.

Donne e depressione, i sintomi fisici spesso "nascondono" la malattia - Parto e menopausa i momenti più critici

La depressione è donna (la probabilità di ammalarsi è doppia rispetto all'uomo), ma solo l'1% se ne accorge perché i sintomi sono soprattutto fisici. I momenti cui la depressione può insorgere coincidono con i momenti topici della vita di una donna: nel periodo pre-mestruale (in oltre il 20% dei casi); nel primo trimestre dopo il parto (nel 10-22% delle neomamme); dopo la menopausa nel 15-10 % delle donne.

La causa risiede nella caduta degli estrogeni che si verifica in queste fasi dell'esistenza e rende più vulnerabile alla depressione la psiche femminile. Questi ormoni infatti, molto più abbondanti nel sesso femminile che in quello maschile, hanno numerosi recettori cerebrali localizzati soprattutto a livello dell'ipotalamo e favoriscono la comunicazione tra i neuroni. La depressione è sotto-diagnosticata nel 40% dei casi

perché all'inizio insorge con sintomi fisici quali "mal di stomaco o di schiena, cefalea, stitichezza o aumento della sete, che non sono inquadrabili in una precisa malattia e che se non sono approfonditi e adeguatamente riconosciuti si associano con il tempo a insonnia caratterizzata da un sonno frammentato o da un risveglio precoce, a lentezza motoria, a disturbi dell'alimentazione, a senso di fallimento e di incapacità e a idea della morte".

Oggi è curata bene appena nel 10 per cento dei casi, cioè con farmaci assunti a dosaggio appropriato, e non inferiore a quello raccomandato, somministrati per almeno 3-4 mesi".

I traguardi fino ad ora ottenuti riguardano: 1) le indagini strumentali d'avanguardia, come la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) e la Positron Emission Tomography (PET), che permettono di chiarire i meccanismi molecolari che stanno alla base del disturbo e di risalire ai geni che possono predisporre alla malattia. 2) la depressione si riconosce oggi più facilmente di una quindicina di anni fa. I criteri diagnostici sono diventati di facile uso e comprensione e accessibili anche al medico di Medicina Generale. 3. la depressione è oggi meno ghezzata di un tempo. Nei suoi confronti si ha una maggiore presa di coscienza. 4. la quarta conquista riguarda i farmaci. La depressione si può oggi curare meglio di ieri.

La prevalenza delle forme 'sub-sindromiche' di depressione è circa lo 11%.

La prevalenza nell'arco della vita (prevalenza lifetime) della depressione unipolare va dal 5% al 17%.

Nell'Unione Europea la depressione e l'ansia sono le più diffuse patologie psichiatriche. Attualmente la patologia depressiva colpisce il 4,5% della popolazione europea. Entro il 2020 la depressione sarà la seconda causa di disabilità dei paesi sviluppati.

La depressione e i problemi connessi alla depressione rappresentano a livello europeo più del 7% delle cause di malattia e prematura mortalità, superati solo dalla malattia ischemica cardiaca col 10,5% e dal cancro col 11,5%.

Lo *European College of Neuropsychopharmacology* (ECNP) ha istituito una task force che ha preparato un rapporto senza precedenti sullo stato della salute mentale nei Paesi europei, presentato al XVIII Congresso ECNP tenutosi ad Amsterdam. (a- *European Commission Green Paper* (Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". b- *Size and burden of mental disorders in Europe*. *European Neuropsychopharmacology* (2005) Vol. 15, N. 4, pagg. 357-376)

Il rapporto include i risultati di un totale di 27 studi clinici condotti su 150.000 soggetti europei rappresentativi della popolazione generale di 16 nazioni della Unione Europea e ha concluso che il peso enorme in termini di prevalenza, disabilità e costi associato ai disturbi mentali lascia intendere che molti disturbi mentali sono sottodiagnosticati e sottotrattati nei Paesi dell'Europa. Ogni anno dai 82.7 ai 93 milioni di persone (95% CI: 78.5–87.1), il 27% della popolazione europea, dai 18 ai 65 anni, vivono, o hanno vissuto nei dodici mesi precedenti di almeno un disturbo psichiatrico, l'esperienza di un disturbo mentale come depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, dipendenza da alcol nicotina e droga, fobia sociale, panico, ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e demenza. Questo dato impressionante non deve stupire: "Perché il cervello dovrebbe soffrire di un minor numero di disturbi rispetto al resto del corpo?" chiosa H.U. Wittchen del *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Technical University di Dresda, autore, assieme a Frank Jacobi del Max Planck Institute of Psychiatry di Monaco della ricerca. Il rischio di soffrire nel corso della vita di un disturbo mentale qualsiasi è risultato altissimo: oltre il 50 per cento della popolazione europea soffre di almeno un episodio di disturbo mentale nella sua vita. Alcuni sono colpiti solo per brevi periodi di

*Tratto dalla rassegna stampa di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)*

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

tempo, altri per mesi, altri episodicamente, altri cronicamente. Oltre il 50 per cento dei disturbi si presentano in comorbidità: una depressione 'pura' o un panico 'puro' sono relativamente rari; almeno 1/3 dei pazienti soffre di più di un disturbo mentale. La comorbidità ha importanti implicazioni nel trattamento delle patologie, nell'entità delle disabilità e nell'eziologia. La task force ECNP non ha registrato un incremento nell'incidenza di disturbi mentali nella popolazione europea nell'ultimo decennio, eccezion fatta per la depressione e non tenendo conto dei cambiamenti nell'uso delle sostanze stupefacenti. un cittadino su quattro è affetto da patologie mentali, che possono portare al suicidio, causa di troppe morti. Le patologie mentali comportano perdite significative ed oneri per il sistema economico, sociale, educativo nonché giudiziario e penale; stigmatizzazioni, discriminazioni e il mancato rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone affette da patologie mentali o handicap si verificano ancora, in contrasto con i valori europei fondamentali.

Le patologie mentali costano all'UE il 3-4% circa del PIL, spesa dovuta principalmente alla perdita di produttività. I disturbi psichici sono una delle principali cause dei pensionamenti anticipati e delle pensioni d'invalidità. I disturbi comportamentali nell'infanzia comportano costi per il sistema sociale, educativo nonché giudiziario e penale. Ulteriori costi immateriali riguardano il trattamento che la società riserva alle persone affette da patologie mentali o handicap. Nonostante le migliori possibilità di cura e gli sviluppi positivi nell'assistenza psichiatrica, le persone affette da patologie mentali o handicap subiscono ancora esclusione sociale, stigmatizzazioni, discriminazioni o il mancato rispetto dei loro diritti fondamentali e della loro dignità.

Con pochissime eccezioni, solo il 26 per cento dei disturbi mentali ricevono un qualsiasi trattamento, anche inadeguato. Questo dato può essere spiegato almeno in parte con la tendenza dei sistemi sanitari a focalizzarsi solo sulle più complesse e gravi manifestazioni di disturbi mentali. "Una scelta pericolosa e poco avveduta", commenta Wittchen. "Molte patologie mentali hanno un esordio precoce nelle prime due decadi di vita e se non trattate cronicizzano, portando a complicazioni crescenti. Non si tratta di prevenire, quindi, ma di fornire trattamenti adeguati ed efficaci in fase precoce a coloro che ne hanno bisogno". La scelta di sottovalutare le patologie mentali non è solo sbagliata dal punto di vista medico ed etico, ma anche suicida dal punto di vista economico: ogni anno i disturbi mentali in Europa costano circa 300 miliardi di euro alla collettività.

In tema di comorbidità le malattie mediche possono essere indotte o aggravate dalla depressione e la depressione può essere una reazione psicologica alla malattia medica o una sua conseguenza sul piano biologico.

La depressione è un disturbo classificabile tra le alterazioni psichiche non lesionali e tra i disturbi dell'umore.

Sebbene l'età dell'insorgenza non sia stata precisata, si tratta di una sfida difficile per ogni fase della vita ed è così diffusa che nel corso dell'esistenza colpisce almeno una volta una persona su cinque.

Circa il 10% delle assenze dal lavoro è dovuto ai sintomi della depressione, mentre il 50% dei pazienti depressi non viene diagnosticato. Se si hanno dei parenti diretti malati di depressione il rischio di malattia può essere il triplo rispetto alla popolazione normale.

Ogni tre persone ammalate, due sono donne. Ogni anno due donne su cento si ammalano, mentre per gli uomini l'incidenza è di uno a cento.

Va ricordato che, oltre ad avere un'aumentata possibilità di ammalarsi nel corso della vita, le donne tendono a riferire, rispetto agli uomini, un maggior numero di sintomi.

Le differenze epidemiologiche tra i due sessi tendono a scomparire nell'infanzia e nell'età senile.

La vulnerabilità delle giovani generazioni sembra aumentata, probabilmente per l'influenza di più fattori: uso di sostanze, dieta e cambiamenti occorsi nella struttura familiare, sociale e occupazionale, uniti al generale incremento dell'urbanizzazione.

L'aspetto comunque più allarmante è che per tutti, il rischio di ammalarsi è aumentato durante tutto l'arco del XX secolo.

Le aree psicopatologiche che possono essere interessate dalla depressione sono l'area dei sintomi psicomotori, l'area dei sintomi cognitivi, l'area dei sintomi neurovegetativi. Emicrania, sindrome premestruale, ADHD sono tra i possibili precursori dei disturbi dello spettro dell'umore.

La depressione è caratterizzata da: stato d'animo triste che insorge spontaneamente, sproporzionato per intensità e durata rispetto agli eventi che l'hanno provocato, non influenzabile da situazioni esterne e accompagnato da sintomi cognitivi, psicomotori e neurovegetativi

I sintomi fondamentali per formulare una diagnosi di depressione sono: flessione del tono dell'umore, sentimenti di colpa, di autosvalutazione e ideazione pessimistica, ansia, irritabilità, astenia, disturbi del sonno, aumento o riduzione dell'appetito. Nella depressione dell'anziano le preoccupazioni somatiche sono più frequenti assieme a una particolare modulazione a carico della sfera cognitiva rispetto all'adulto giovane.

La sintomatologia depressiva è costituita da un insieme di segni e di sintomi, attinenti i versanti psichico, comportamentale e fisico. Alcuni di questi aspetti sono comuni anche ad altre forme di disagio psichico, mentre altri sembrano essere più circostanziati, meno diffusi e relativamente vicini all'essere patognomonici. La specificità di questi sintomi è stata sostenuta dai fautori del modello binario delle depressioni, secondo cui la depressione c.d. "endogena" o "melancolica" costituirebbe una forma qualitativamente distinta. Secondo questa impostazione solo le forme endogene identificherebbero la vera "malattia depressiva".

Nel DSM IV i criteri per "Episodio Depressivo Maggiore" poggiano su sintomi abbastanza ampi ed aspecifici, ma seppur trascurata dai più, esiste la possibilità una migliore definizione diagnostica usando i qualificatori (per es. "con caratteristiche melanconiche")

Una delle caratteristiche fondamentali dei disturbi dell'umore è la periodicità, che determina l'alternanza di fasi di malattia a periodi asintomatici. Esistono altresì nella pratica clinica sindromi depressive in cui la mancata risoluzione sintomatologica si associa di norma a quadri clinici che le differenziano in modo sostanziale dalle cosiddette depressioni croniche. Già nella tradizionale nosografia psichiatrica le sindrome depressive attenuate, ad andamento prolungato, venivano individuate come entità peculiari, autonome e raggruppate sotto il termine di distimia.

L'incidenza della Depressione nel sesso femminile rispetto al sesso maschile è statisticamente maggiore e nelle donne la Depressione si presenta più spesso in comorbidità con i disturbi del controllo degli impulsi.

Il periodo minimo di malattia per potere porre la diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore è di 2 settimane.

Le cause più probabili di depressione sono: eventi stressanti e/o lutti, predisposizione costituzionale e disturbi biologici del SNC, malattie fisiche

Lo stress prolungato, un ridotto supporto sociale, condizioni ambientali avverse, inibendo la capacità del cervello di produrre nuove cellule capaci di sostituirsi a quelle che hanno ormai compiuto il loro ciclo vitale, aumentano la vulnerabilità alla patologia mentale.

L'insonnia, ben lungi da essere un semplice sintomo o effetto collaterale della depressione, potrebbe invece precederla e rendere alcuni pazienti più suscettibili ad ammalarsi mentalmente. L'insonnia prolunga i periodi di tristezza, disperazione e perdita di interesse nelle attività quotidiane che caratterizzano la depressione, rendendo più difficile la guarigione ai pazienti. In particolare i pazienti depressi che soffrono di insonnia hanno 11 volte più probabilità di essere ancora depressi dopo sei mesi rispetto ai pazienti che invece dormono regolarmente e 17 volte più probabilità di essere ancora malati dopo un anno. I pazienti con insonnia (e nessun caso precedente di depressione) hanno sei volte più probabilità di sperimentare un primo episodio di depressione rispetto agli individui che non soffrono di insonnia. Il rischio risulta particolarmente elevato per le donne anziane. L'insonnia ed insonnia sono comuni nella depressione bipolare, ciclotimia, distimia.

Di particolare importanza la Depressione Subclinica o Sottosoglia che si caratterizza per: difficoltà ad iniziare la giornata, insonnia o eccessiva sonnolenza diurna, inappetenza o aumento d'appetito, dolori somatici, sentimenti immotivati di tristezza, facilità al pianto, tendenza all'isolamento, ruminatività, sentimenti d'inadeguatezza e di svalutazione, astenia, apatia, anedonia con incapacità a provare piacere in situazioni prima piacevoli, mancanza di concentrazione, cefalea, riduzione della libido. La sua maggiore accettabilità ambientale concorre al determinismo della Depressione Mascherata.

I fattori di rischio più importanti nello sviluppo di una depressione sono: età e familiarità per disturbi dell'umore, particolari eventi di vita, sesso nel senso ormai pienamente acquisito che esiste una "salute di genere" o "gender health", stato civile e classe sociale nel senso del cosiddetto "gradiente sociale di salute"

C'è una relazione importante fra mobilità sociale e depressione e la discesa nella scala sociale risulta più dannosa per i maschi. Gli uomini che vedono peggiorare il proprio stato sociale nel corso della vita sono maggiormente suscettibili di depressione rispetto alle donne nella stessa posizione. Le donne, infatti, hanno due volte più probabilità di scendere nella scala sociale, ma generalmente questo fatto non provoca in loro la depressione e lo scarso benessere psicologico che i ricercatori hanno osservato negli uomini.

Gli uomini che hanno sperimentato una discesa sociale sono risultati quattro volte più predisposti alla depressione rispetto a quelli che invece hanno migliorato il proprio status; fra le donne non è stata notata una differenza significativa simile nella salute mentale.

Secondo i ricercatori, è anche possibile che le donne siano più stabili emotivamente in questo tipo di situazioni.

Quando il paziente non si rivolge in tempo utile al medico, il rischio è che, non identificata o non opportunamente trattata, essa provochi una maggiore vulnerabilità di specifiche popolazioni di cellule cerebrali ed un loro progressivo rimpicciolimento, in particolare nella corteccia celebrale. Sempre la depressione, come pure lo stress prolungato, atrofizzano i neuroni danneggiando il loro funzionamento anche a scapito delle dimensioni, rendendo alcune aree cerebrali più piccole e mandando in tilt migliaia di reazioni biochimiche che regolano il collegamento cellulare.

Un ritardato inizio della terapia antidepressiva o una sua precoce interruzione porta ad avere più frequenti recidive e crea le premesse per un evidenziabile atrofia cerebrale. Durante il primo mese di trattamento farmacologico solitamente il 30% dei pazienti sospende la terapia.

Il sistema serotoninergico e quello noradrenergico sono i principali sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti nella patogenesi della depressione.

*Tratto dalla rassegna stampa di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)*

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

La depressione si presenta frequentemente in comorbidità con ansia.

Al contrario, un forte supporto sociale, la stimolazione dei processi cognitivi, l'esercizio fisico, la stessa alimentazione bilanciata possono favorire così come fanno i farmaci antidepressivi, il processo di neurogenesi e di sintesi di fattori trofici. Questi risultati ottenuti recentemente dalla ricerca internazionale suggeriscono che al trattamento farmacologico è necessario associare ove possibile una buona psicoterapia e soprattutto il reinserimento del paziente, in particolare se adolescente, in un ambiente che garantisca un elevato supporto sociale.

Un intervento farmacologico e/o psicologico tempestivo e prolungato sembra costituire un elemento fondamentale anche in tema di prevenzione per evitare l'atrofia dei neuroni anche in quei soggetti che pur non presentando una patologia conclamata presentano disagio comportamentale e larvati segnali di difficoltà sociale che spesso si traducono in grave patologia. Pur lasciando al clinico la completa responsabilità "etica e medica" di quando e come iniziare e terminare il trattamento sia esso farmacologico, psicologico o terapia combinata, la più avanzata neurobiologia suggerisce di evitare nei tempi più rapidi possibili che le cellule nervose ricevano inputs negativi soprattutto se prolungati nel tempo.

Se è noto come l'azione primaria del trattamento psicofarmacologico avvenga sulla psicopatologia, tuttavia non è raro riscontrare, nella pratica clinica, un effetto dei farmaci anche su aspetti considerati come personologici, effetto meno scontato dato che questi tratti sono ritenuti fundamentalmente psicologici e come tali non suscettibili di un 'influenza da parte di un agente chimico.

Pensando alle dimensioni in cui viene tradizionalmente scomposta la personalità, ovvero il temperamento, risultato delle interazioni tra aspetti principalmente ereditari e biologici, e il carattere, derivato dalle esperienze sociali, si osserva come la maggior parte degli studi indicano come più suscettibili al cambiamento i tratti temperamentali. L'azione del farmaco sembrerebbe insomma poter enucleare ciò che è più biologico all'interno della personalità oppure si potrebbe pensare che essa agisca modificandola su caratteristiche di stato trascinate dalla malattia o sullo spettro sottosoglia della psicopatologia.

Le modificazioni che si osservano nella esperienza clinica, però, spesso riguardano anche strutture marcatamente psicologiche, lasciando aperta la domanda di quale substrato biologico si possa ipotizzare anche alla base di quei tratti che concernono le complesse rappresentazioni cognitive di se e del mondo.

L'osservazione clinica dei disturbi depressivi suggerisce che questi disturbi siano caratterizzati da diverse componenti, ed ogni quadro clinico differisce da un altro in funzione del prevalere delle componenti. Studi psicometrici suggeriscono l'esistenza di almeno tre dimensioni principali nei disturbi dello spettro depressivo: una di tipo "depressivo puro", una di "ostilità", ed una "ansiosa". Altri invece indicano un modello a quattro fattori: un primo fattore definibile di "ansia psichica", un fattore di "ansia somatizzata", un terzo fattore interpretabile come "depressivo puro" ed un quarto fattore di minor importanza definito "gastrointestinale". Sebbene sia opportuno essere prudenti nel dedurre l'esistenza di dimensioni psicopatologiche in base a dati psicometrici, le implicazioni di questi risultati per la nosografia categoriale e per il trattamento dei disturbi depressivi meritano tuttavia di essere attentamente approfondite.

La ricerca sperimentale nonostante presenti evidenti limiti dovuti, in parte, all'ampia eterogeneità clinica e dei protocolli di valutazione scelti nei diversi lavori scientifici, fornisce interessanti risultati a supporto di una probabile matrice biologica in parte condivisa dal dolore cronico e dalla patologia psichiatrica ansioso-depressiva.

Nella fase di risoluzione di un episodio depressivo maggiore, la presenza di sintomi residui aumenta la probabilità di ricadute di circa il 50%.

Nella Depressione Maggiore Ricorrente la frequenza delle ricadute nei 36 mesi dopo un primo episodio è del 50%. Recenti studi sulla depressione hanno evidenziato che il rischio di ricorrenza nella depressione va dal 75% al 90%. La scomparsa della sintomatologia apatica definisce in termini clinici la guarigione dell'episodio depressivo. La terapia farmacologica di mantenimento della depressione è indicata, secondo gli studi più recenti dopo due episodi di depressione maggiore in meno di 5 anni.

Con l'avvento della rivoluzione psicofarmacologica il disturbo bipolare ha rappresentato il centro di maggior interesse nella moderna ricerca psichiatrica.

Nonostante lo sviluppo delle conoscenze nel campo del disturbo bipolare abbia costituito uno dei più grossi successi nella storia delle moderne scienze biomediche, tale patologia si presenta come molto complessa, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico.

L'insieme dei disturbi dello spettro bipolare presenta a tutt'oggi problemi in termini di un corretto inquadramento diagnostico.

Nei criteri di valutazione della depressione in pazienti con patologie mediche in ospedale generale è necessario utilizzare i sintomi affettivo-cognitivi come sintomi principali e quelli somatici come eventuali sintomi di conferma

La depressione in ospedale generale viene riconosciuta dai medici dei reparti nel 30% dei loro pazienti.

L'incidenza della depressione nella medicina di base si aggira intorno al 70%. La prevalenza dei disturbi dello spettro ansioso, depressivo-ansioso nella medicina generale è del 30-40%

In Italia sono almeno 800 mila i giovani depressi e il fenomeno sembra essere in aumento. La percentuale di suicidi tra gli adolescenti dai 15 ai 19 anni si è triplicata negli ultimi 30 anni, diventando la seconda causa di morte in questa fascia d'età, inoltre si stima che circa il 25% dei ragazzi di 18 anni abbia vissuto, nel corso della vita, almeno un episodio depressivo. Diversi studi hanno evidenziato alcune categorie a rischio e tra queste figurano i bambini e gli adolescenti figli di genitori depressi, e i giovani che sono affetti da stati depressivi minori, cioè che non corrispondono pienamente ai criteri stabiliti dai manuali diagnostici per il disturbo depressivo. In questi casi un intervento terapeutico precoce potrebbe contribuire a diminuire le morti premature, aumentare la qualità della vita e la produttività dei giovani e delle loro famiglie, oltre a ridurre i costi sanitari.

Il suicidio in età tra i 15 e i 17 anni, secondo il DSM IV, rappresenta la seconda causa principale di morte

In adolescenza la sintomatologia psicotica può manifestarsi in un quadro di sindrome depressiva.

Rispetto alla psicosi nell'età adolescenziale è fondamentale effettuare una diagnosi differenziale versus disturbo depressivo

Dal punto di vista sintomatico la sindrome depressiva in età adolescenziale deve essere distinta dall'angoscia e dal lutto.

I sintomi depressivi più comuni nell'adolescenza secondo il DSM IV sono: anedonia, ritardo psicomotorio severo, deliri, senso di mancanza di speranza.

Disturbo da ansia di separazione, Disturbo ossessivo-compulsivo e Disturbo da panico si presentano spesso in comorbidità con il disturbo bipolare in età evolutiva. Il quadro clinico nel disturbo bipolare prepuberale è spesso un andamento subcontinuo.

La potenziale mortalità nel disturbo bipolare adolescenziale è favorita da: dipendenza da sostanze, condotte pericolose, rischio suicidario, incidenti. La terapia farmacologica del disturbo bipolare in età evolutiva può ridurre il rischio di suicidio. La terapia farmacologica con farmaci antidepressivi in adolescenti bipolari dovrebbe essere utilizzata dopo una adeguata stabilizzazione dell'umore.

Nella depressione maggiore il fattore terapeutico più spesso associato con un aumentato rischio di suicidio è la sospensione della terapia farmacologica

Nel corso della vita, almeno un terzo degli individui di una popolazione generale ha propositi suicidi. Tra coloro che compiono un tentativo di suicidio, circa 1 su 18 lo porta a termine. Sono stati pubblicati diversi studi relativi a pazienti con disturbi depressivi maggiori, con risultati che suggeriscono una frequenza di suicidi di circa il 15%, sostanzialmente superiore a quella della popolazione generale. Esistono alcune discussioni sulle speculazioni inerenti il momento della malattia in cui il rischio del suicidio è maggiore. I risultati sono in qualche modo inficiati dal fatto che la maggior parte dei soggetti studiati sono identificati al momento del ricovero in psichiatria, spesso in seguito ad un tentativo di suicidio.

Sussistono significative discrepanze tra gli Stati membri dell'Unione Europea (così come al loro interno). Un esempio è dato dal tasso dei suicidi, pari a 3,6 per 100 000 abitanti in Grecia e a 44 per

100 000 abitanti in Lituania, il più alto del mondo. Le classi sociali più elevate hanno una mortalità maggiore per suicidio.

La "ideazione suicida" rappresenta l'esistenza di pensieri relativi a porre fine alla propria vita. L'ideazione suicida "passiva" si riferisce a questi pensieri senza che vi sia un progetto specifico, mentre l'ideazione suicida "attiva" si accompagna ad un piano ben congegnato e logico. Un "gesto suicida" è un danno autoinflitto senza un reale desiderio di morte, mentre un "tentativo suicida" è un danno autoinflitto con una chiara aspettativa di morte. Tuttavia è importante, tenere a mente che i gesti suicidi, indipendentemente dalla loro riuscita, possono comunque indicare un serio rischio di suicidio. Le persone che assumono un tale atteggiamento sono tipicamente impulsive con una scarsa tolleranza alle frustrazioni e alla disperazione, caratteristiche che conducono al loro autolesionismo.

Una valutazione generale del rischio suicida può essere elusiva, anche se vi sono dei fattori di rischio che, qualora presenti, dovrebbero preoccupare il medico. Una storia di depressione maggiore o schizofrenia e la presenza in anamnesi di problemi di dipendenza sono i più importanti fattori predittivi di un comportamento suicida e spesso si verificano contemporaneamente. Il 90% dei suicidi portati a termine è compiuto da individui appartenenti ad uno di questi gruppi. Inoltre, il 15% delle persone con uno o entrambi questi fattori di rischio muore per suicidio.

La depressione nella popolazione geriatrica si può attribuire a svariati fattori, tra questi il deterioramento neurobiologico e le condizioni sociopsicologiche. Dal 15 al 20% dei pazienti con una demenza tipo Alzheimer risponde ai criteri per un episodio depressivo maggiore, mentre più del 50% si presenta con una sintomatologia depressiva significativa. Analogamente, un quadro di depressione maggiore si accompagna frequentemente alla demenza di tipo vascolare e alle malattie di Parkinson.

Mentre i sintomi depressivi riscontrati nei pazienti anziani sono gli stessi del resto della popolazione, la prevalenza di sintomi fisici, deficit cognitivi, insonnia, ansietà ed evidenza di una nutrizione non adeguata si presenta con frequenza maggiore. Dal momento che la frequenza di suicidio in questo gruppo si è dimostrata sproporzionatamente alta, diventa estremamente importante non solo effettuare una



valutazione accurata del paziente per eventuali patologie internistiche che possano contribuire ai suoi sintomi, ma anche ottenere una valutazione globale sociopsicologica che contempra l'organizzazione della vita quotidiana, la capacità di compiere le attività giornaliere e la presenza di assistenza sociale.

Circa il 20% di pazienti con un disturbo bipolare effettua un tentativo di suicidio una o più volte nel corso della loro vita. Sebbene il suicidio si verifichi più spesso durante gli episodi depressivi della malattia, gli studi hanno dimostrato una frequenza significativa di suicidi anche durante gli episodi maniacali o misti, da qui l'importanza di possedere una certa familiarità con queste situazioni.

Il sospetto di una ideazione suicida non verbalizzata o la presenza di fattori di rischio, dovrebbe indurre il medico ad analizzare attentamente lo stato mentale del paziente e l'impulso a recarsi in ospedale. Alcuni fattori di rischio possono essere evidenti nel momento del triage mentre altri possono emergere durante l'anamnesi e l'esame obiettivo. Le domande chiave nell'anamnesi riguardano l'anamnesi medica e le condizioni attuali, la terapia in corso, una storia di terapia psichiatrica o di abuso di sostanze, la frequenza con cui sono avvenute le ultime visite nel DEA, lo stato anagrafico e l'organizzazione della vita quotidiana. Se il paziente è fornito di assistenza psichiatrica, è necessario contattarla per ottenere ulteriori informazioni.

A livello europeo ogni anno ci sono 58.000 morti per suicidio.

Secondo un'analisi pubblicata sulla rivista "PLoS Medicine", (J. J. Miranda, V. Patel, "Achieving the Millennium Development Goals: Does mental health play a role?" PLoS Med 2(10): e291 (2005)) gli obiettivi di sviluppo del millennio delle Nazioni Unite rischiano di fallire perché non comprendono anche quello di migliorare la salute mentale delle popolazioni più povere. Fra i *Millennium Development Goals* (MDG) per i prossimi decenni figurano la sconfitta della malaria, della tubercolosi e di altre condizioni mediche che affliggono le regioni più povere della Terra.

Vikram Patel e Jaime Miranda della London School of Hygiene and Tropical Medicine sostengono che esistono prove indiscutibili del fatto che, nei paesi in via di sviluppo, i disturbi mentali sono fra le cause più importanti di malessere, disabilità e, in alcune fasce di età, di mortalità prematura.

Nel loro studio, i ricercatori manifestano il timore che tre degli obiettivi non possano essere raggiunti a meno che non vengano presi in considerazione anche i disturbi mentali. Si tratta dell'eliminazione della fame e della povertà estreme (obiettivo 1), della riduzione della mortalità infantile (obiettivo 4) e del miglioramento della salute materna (obiettivo 5).

"La povertà e i disturbi mentali - affermano Patel e Miranda - sono collegati. La povertà è un fattore di rischio per i disturbi mentali, mentre questi ultimi sono essi stessi causa di povertà per il costo elevato dei trattamenti e la perdita di impiego. La cura delle malattie mentali favorirebbe le condizioni necessarie per combattere la povertà".

Inoltre, il trattamento delle madri che soffrono di depressione sarebbe fondamentale per raggiungere gli obiettivi 4 e 5. I figli di madri depresse hanno maggiori probabilità di essere denutriti e di soffrire di arresto della crescita, e dunque di morire. Le madri depressi, inoltre, sono meno disposte ad allattare al seno e ad avere cura dei propri figli, oltre che di se stesse. "Non c'è salute senza salute mentale", concludono gli autori.

Il Rapporto 2001 sulla salute mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riferisce che nel mondo 450 milioni di persone soffrono di malattie mentali e un individuo su quattro sperimenta un problema psichico almeno una volta nella vita.

Però solo un malato su tre chiede aiuto il che significa che in Italia, su 10 milioni di persone affette da disagio psicologico, 6 non cercano cure, anche per problemi di costi e di cultura.

Negli USA l'uso di farmaci antidepressivi riguarda il 23,7 per mille della popolazione sotto i 18 anni (un dato di enorme gravità è che circa 11 milioni di bambini e adolescenti sono in trattamento col metilfenidato, noto commercialmente come Ritalin); nel Canada il 16, 2 degli abitanti sotto i 18 anni è in trattamento con antidepressivi; il 6% in Gran Bretagna.

In Italia sono almeno 1,5 milioni gli adulti che soffrono di depressione, mentre quasi 5 milioni, oltre il 10% della popolazione, ne hanno sofferto almeno una volta nel corso della vita. Sono depressi 6 bambini su mille, mentre le donne sono colpite tre volte più degli uomini. L'aumento dei ricoveri ospedalieri e l'incremento nell'uso dei farmaci specifici dimostrano che il fenomeno è in crescita progressiva e necessita di un'attività di prevenzione e cura a tutela dei quattro gruppi più a rischio: anziani, bambini ed adolescenti, donne in gravidanza e individui esposti ad eventi traumatici.

Stress e depressione invecchiano il cervello e non c'è neurogenesi se la malattia non viene curata per tempo. Infatti la depressione non curata fa rimpicciolire il cervello. L'allarmante messaggio riguarda oltre il 10 per cento degli italiani che ne patiscono le conseguenze.

Lo stress prolungato, un ridotto supporto sociale e condizioni ambientali avverse inibiscono la capacità del cervello a produrre cellule nuove in sostituzione di quelle che hanno compiuto il loro ciclo vitale. Al contrario, la stimolazione dei processi cognitivi, l'esercizio fisico, un contesto socio-familiare favorevole e un'alimentazione bilanciata sarebbero gli elementi promotori del cosiddetto processo di neurogenesi, così come in parte può avvenire grazie al trattamento antidepressivo.

La diagnosi precoce, una terapia rapida e condizioni ambientali idonee dovrebbero sempre associarsi ad una psicoterapia che miri al reinserimento del paziente.

Nel contempo è alto il rischio di reazioni avverse dei farmaci, diventate negli ultimi tempi un'emergenza sanitaria, denunciata in uno studio secondo cui in Italia il tasso di reazioni per ogni centomila assistiti è stato nel 2004 di 107,6, anche per la differenza di efficacia delle molecole sui due sessi.

Questo significa che continuare a sperimentare i farmaci solo sul modello maschile è un errore che va corretto.

E' preoccupante aumento del disagio mentale in età evolutiva: in Europa e in Italia, su 100 giovani, 80 vivono una buona condizione di benessere mentale mentre i rimanenti 20 possono presentare, accanto a problematiche familiari, ambientali, sociali e relazionali, sintomatologie depressive e psicotiche. E' da sottolineare il dato relativo alla depressione dell'età evolutiva, secondo il quale soffrirebbe di depressione il 4% dei ragazzi tra i 12 ed i 17 anni: lo rilevano i dati presentati nel rapporto recentemente pubblicato dalla Comunità Europea e dall'OMS dopo una pre-conferenza tenutasi a Lussemburgo sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti.

Il numero sempre crescente di prescrizioni di psicofarmaci in Italia a bambini e adolescenti conferma l'aumento del disagio dell'età evolutiva.

Nel 2002 i dati hanno evidenziato che l'1,91 per mille delle ragazze tra 6 e 13 anni assume psicofarmaci; quando l'età va da 14 a 17 anni c'è un'impennata fino all'11,49 per mille. Tale incremento è riscontrabile anche nei dati sugli antidepressivi che dall'1,55 per mille nella fascia d'età da 6 ai 13 anni, sempre per quanto riguarda le ragazze, passa al 10,59 per mille nella fascia tra 14 e 17 anni. Per quanto riguarda la prescrizione di psicofarmaci, per i maschi c'è una prevalenza sulle femmine tra i 6 e i 13 anni (l'indice è del 2,77 per mille rispetto all'1,91 delle femmine) mentre è netto il

*Tratto dalla rassegna stampa di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)*

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

distacco tra i 14 e i 17 anni: 11,49 per mille nelle femmine rispetto al 7,51 nei maschi. In particolare da zero a 5 anni assumono antidepressivi 0,71 ogni mille soggetti maschi e 0,68 femmine; antipsicotici 0,15 maschi e 0,20 femmine; litio 0,01 maschi e 0,02 femmine; psicofarmaci 0,88 maschi e 0,87 femmine. Da 6 a 13 anni assumono antidepressivi 1,92 ogni mille soggetti maschi e 1,55 femmine; antipsicotici 0,93 maschi e 0,42 femmine; litio 0,07 maschi e 0,02 femmine; psicofarmaci 2,77 maschi e 1,91 femmine. Da 14 a 17 anni assumono antidepressivi 5,89 ogni mille soggetti maschi e 10,59 femmine; antipsicotici 2,40 maschi e 1,56 femmine; litio 0,16 maschi e 0,13 femmine; psicofarmaci 7,51 maschi e 11,49 femmine. I dati si riferiscono a numero di soggetti trattati ogni mille assistibili.

La depressione nell'adolescente si può manifestare in forma atipica rendendo più difficile la diagnosi; Idee di morte, irritabilità, sintomi alimentari; frequente comorbidità con: disturbi d'ansia 46%, distimia 36%, ADHD 35%, disturbi della condotta 31%.

Gli ultimi dati provengono dal XXII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: in Italia la somministrazione di antidepressivi sotto i 18 anni è aumentata di quasi sei volte tra il 2000 e il 2002 passando dallo 0,47 al 2,8 per mille. Complessivamente circa l'8% della popolazione italiana di età inferiore ai 19 anni soffre di un disagio psichico di tipo depressivo; il 15% degli adolescenti e l'1-3% dei bambini ha problemi psicologici che vanno dalla depressione maggiore al disturbo ossessivo-compulsivo.