



Università degli Studi
Mediterranea
di Reggio Calabria

*Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione
per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità
Anno Accademico 2021-2022*

DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE IN ETÀ EVOLUTIVA CONDOTTE SUICIDIARIE

**Gaetano Gorgone
MD, PhD**

Cos'è l'ansia?



- L'ansia è multidimensionale...
 - Distress fisico/somatico
 - Distress cognitivo e soggettivo
 - Risposta comportamentale ed evitamento
- ~8-12% di bambini e adolescenti di età compresa tra 4 e 20 anni soffre di un disturbo d'ansia.

Epidemiologia dei disturbi d'ansia

Disturbo psichiatrico più comune nell'infanzia

Visto a tutti i livelli socioeconomici

Età mediana di esordio: 6 anni

Rapporto tra generi

Uguale nei bambini preadolescenti

Le ragazze sono sempre più rappresentate negli anni dell'adolescenza (tranne OCD)

L'80% dei giovani con un disturbo d'ansia diagnosticabile non riceve cure

Età		Paure	Sintomi
Prima infanzia	0-6 m	-Perdita (ad es. di caregiver) -Sensoriale	
Tarda infanzia	6-8 m	-Timidezza L'ansia con gli estranei	
Infanzia	12-18 m	Ansia da separazione	Disturbi del sonno, comportamento oppositivo
	2-3 anni	-Tuono, fulmini, acqua, fuoco, oscurità, incubi, animali, separazione	Piangere, aggrapparsi, ritirarsi, evitare, enuresi
Prima infanzia	4-5 anni	Morte, temi morti	Preoccupazione generale, panico
	5-7 anni	-Specifici, disastri naturali, malattie, eventi/incidenti traumatici, -Rendimento scolastico	Ritiro, timidezza, estrema timidezza, vergogna
Adolescenza	12-18 anni	-Rifiuto da parte dei coetanei	-Paura di una valutazione negativa

Quando la paura/ansia è un problema?

È sproporzionato rispetto alla situazione?

Può essere spiegato o motivato?

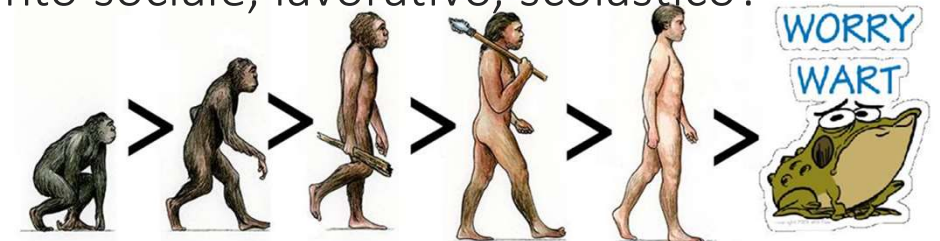
La paura è al di là del controllo volontario ?

Invariato ?

La paura porta a evitare la situazione?

La paura è appropriata per l'età o lo stadio del bambino?

La paura interferisce con il funzionamento sociale, lavorativo, scolastico?



Fattori di rischio

Genetici

Studi sui gemelli suggeriscono
l'ereditarietà per fobie, GAD e disturbo di
panico

Ambientali

Eventi negativi della vita

Biologia

Approcci cognitivi

Circuito di paura iperattiva

Infiammazione

Neurotrasmettitori

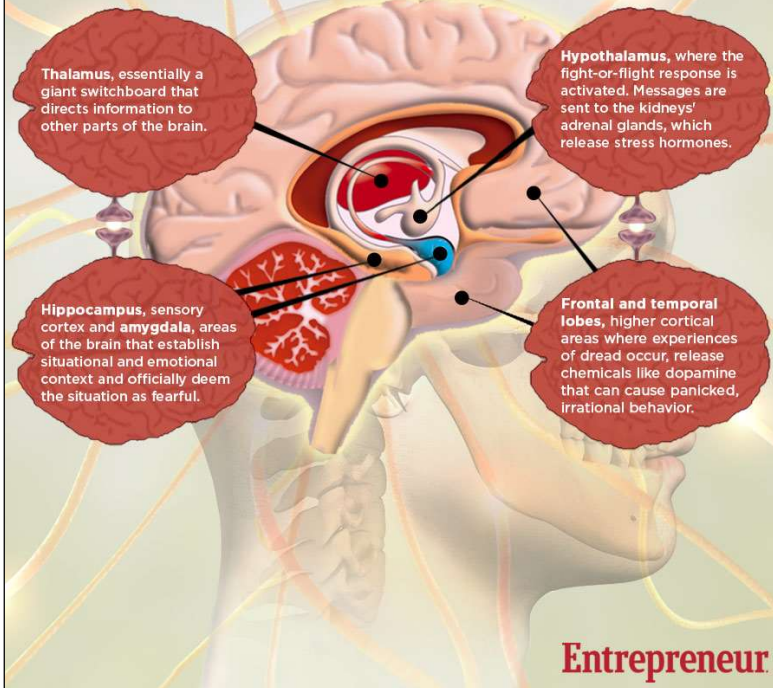
*Diminuzione del funzionamento di
serotonina e GABA*

Aumento dell'attività della noradrenalina

THIS IS YOUR BRAIN ON FEAR

It's time for that product presentation. The neural pathway of fear begins with sensory data: stepping onto the stage, seeing the bright lights, hearing the noise of a packed house on Demo Day.

Sensory data is gathered and relayed through the brain stem to the...



Health

Tracking Fear in The BRAIN ...

When threatened, the brain shoots first and asks questions later. Fear kicks in at the first signs of danger, then a complex system analyzes the real risk.

THALAMUS: Routes information from the eyes and ears to other parts of the brain for processing.

FIRST RESPONSE:

The senses pick up a threatening sensation, like a loud noise, and send it directly from the thalamus to the amygdala, which initiates the body's fight-or-flight response.

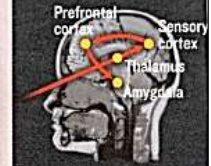


PREFRONTAL CORTEX: Reins in the amygdala if an initial threat is deemed insignificant.

AMYGDALA: The brain's rapid-response system. Sends the body into high alert if triggered.

SENSORY CORTEX: Separates threats from false alarms. Was that loud noise a gunshot or just a car backfiring?

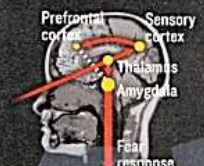
HIGHER REASONING: Information also gets sent to the sensory cortex, which gives a more careful appraisal of the threat. If the loud noise turns out to be harmless, the prefrontal cortex will dampen the amygdala's fear reaction, calming the body.



HIPPOCAMPUS: Helps evaluate threats by placing them in context of previous experiences. A frightening noise heard in a place you consider safe is less likely to scare you.

MISGUIDED FEAR:

In people suffering from phobias, the prefrontal cortex may lose its ability to control the amygdala, allowing it to act unheeded and arouse fear in non-threatening situations.



Segni e sintomi di ansia in gioventù

Paure e preoccupazioni ricorrenti

Difficoltà ad addormentarsi o incubi

Difficile rilassarsi

Difficoltà a separarsi dai genitori

Paura di andare a scuola

Irritabilità, pianto, capricci

Disagio nei contesti sociali

Bambini con disturbi d'ansia

A rischio di sviluppare altri tipi di disturbi d'ansia o disturbi psichiatrici

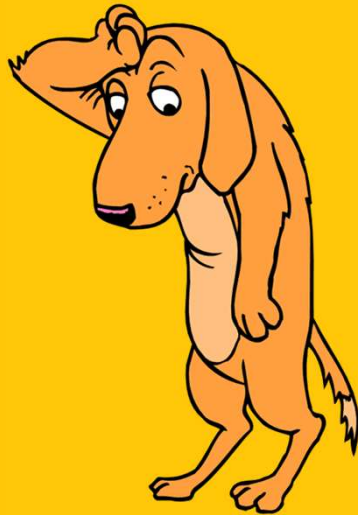
Il 75% delle persone con disturbo d'ansia soddisfa i criteri per un altro disturbo psichiatrico

Il 60% soddisfa i criteri per la depressione maggiore

La metà degli individui con disturbo d'ansia soddisfa i criteri per un altro disturbo d'ansia

Sintomi sottosoglia comuni

Disturbi d'ansia



- Disturbo d'ansia generalizzato
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo d'ansia da separazione
- Fobia specifica
- Mutismo selettivo
- Malattia da panico
- Disturbo ossessivo-compulsivo *

Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)

Preoccupazione eccessiva e cronica per eventi e attività comuni che si verificano per almeno 6 mesi.

Associato ad almeno 3 dei seguenti:

- Irrequietezza o sensazione di ansia
- Essere facilmente affaticati
- Difficoltà di concentrazione o mente vuota
- Irritabilità
- Tensione muscolare
- Disturbi del sonno

GAD: Altre caratteristiche

Perfezionisti, eccessivamente critici con se stessi

Eccessiva autocoscienza

Ricerca frequente di rassicurazioni

Preoccuparsi delle conseguenze negative

Disturbi somatici – Distress gastrointestinale, mal di testa, minzione frequente, sudorazione, tremore

Ansia da separazione

Ansia eccessiva focalizzata sulla separazione dalla casa o dalla figura del genitore

Preoccupati per la salute e la sicurezza dei genitori

Difficoltà a dormire senza genitori

Difficoltà a stare da solo in un'altra parte della casa

Lamentele somatiche

Potrebbe rifiutarsi di andare a scuola o di giocare

Ansia da separazione

Più comunemente diagnosticato nei bambini in età prepuberale

Più comune tra i 5-7 e gli 11-12 anni, con passaggio alle scuole elementari e medie

Inappropriato dal punto di vista dello sviluppo

In genere si verifica a seguito di un cambiamento significativo o di un evento importante della vita

Fobia sociale

Paura o disagio eccessivi in situazioni sociali o di performance

Estrema paura della valutazione negativa da parte degli altri

Preoccupati di fare qualcosa di imbarazzante in una varietà di impostazioni

Difficoltà a partecipare in classe, lavorare in gruppo, mangiare davanti agli altri, fare nuove amicizie, farsi fotografare, parlare al telefono

Dimostrano spesso abilità sociali ridotte, latenza del linguaggio più lunga, meno amici, rifiuto della scuola

Mutismo selettivo

Incapace di parlare in determinate situazioni (scuola), nonostante sia in grado di parlare in altri contesti (casa)

Difficoltà a parlare, ridere, leggere ad alta voce al di fuori dei membri della famiglia

Lo sviluppo del linguaggio/del linguaggio è il più delle volte normale

Spesso rinforzato inavvertitamente da altri individui (ad es. genitori) nella vita quotidiana del bambino (ad es., parlare a nome del bambino, consentire l'uso della comunicazione non verbale)

Relazione tra fobia sociale e mutismo selettivo

Attacco di panico

Episodi improvvisi e discreti di intensa paura

Intenso desiderio di evasione

Sensazione di sventura

Attivazione del sistema nervoso autonomo

Lotta o fuga

Sintomi: aumento della frequenza cardiaca, sudorazione,
respirazione superficiale veloce

Durata 20-30 minuti



Malattia da panico

Attacchi di panico ricorrenti o paura intensa

La preoccupazione tra gli episodi di avere un attacco di panico che può portare a comportamenti evitanti

Preoccuparsi di implicazioni e conseguenze

Cambiamenti nel comportamento

Più comune negli adolescenti

Fobia specifica

Pauro eccessiva di un particolare oggetto o situazione

Può evitare l'oggetto o la situazione temuti

L'ansia può essere espressa attraverso il pianto, l'aggrapparsi, il congelamento

Fobie comuni: animali/insetti, altezze, tempesta, ascensori, aerei, personaggi in costume, dottori, vomito, soffocamento



Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Le ossessioni sono indesiderate e angosianti, quindi le persone cercano di resistervi, liberarsene o ridurre in qualche modo la loro angoscia:

- evitare i trigger
 - distrazione
 - comportamenti o pensieri compulsivi
- NON sono preoccupazioni eccessive per problemi della vita reale
Si differenzia dal disturbo d'ansia generalizzato

Una compulsione è un comportamento o un atto mentale che una persona ***si sente spinta*** a compiere più e più volte

- per prevenire o ridurre ansia, disagio o angoscia
- per “impedire” che qualcosa di brutto accada

Spesso eseguita in risposta a un'ossessione

Spesso eseguito secondo regole rigide o fino a quando non si sente "giusto"

OCD: Mettendolo insieme

Ossessione

Paura della contaminazione

Dubbio/danno ossessivo

Necessità di simmetria

Paura di perdere le cose

Necessità di certezza

Immagine o pensiero invadente

Costrizione

→ Lavaggio/Pulizia

→ Controllo

→ Ordinare/organizzare

→ Accumulo

→ Rassicurazione/"giusto"

Rituale ripetuto/mentale

Manifestazioni di ansia a scuola

Ripetuta richiesta di approvazione da parte dell'insegnante

Evitare le attività scolastiche o le attività dei compagni

Non frequentare la scuola

Eccessiva autocritica

Scarso passaggio dalla scuola a casa

Scarsa esecuzione dei test, in particolare test a tempo

Incapacità di chiedere aiuto agli altri

Procrastinazione con i compiti

DOC a scuola

Gli insegnanti possono essere i primi a osservare le ossessioni o le compulsioni del bambino

Le compulsioni possono interferire con la capacità di completare i compiti, possono distrarre, possono disturbare il sonno e possono aumentare l'assenteismo e il ritardo

Può aumentare il rischio di bullismo poiché i bambini con DOC possono essere isolati o presi in giro

Sintomi cognitivi con ansia

Compromissione della memoria

- Memoria a breve termine

Processo decisionale compromesso

Incapacità di concentrazione

Distorsioni del pensiero

Scarso giudizio

Pensieri ansiosi o frenetici e preoccupazioni costanti

Gestione farmacologica dell'ansia e del disturbo ossessivo compulsivo

Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)

prima linea per l'ansia pediatrica

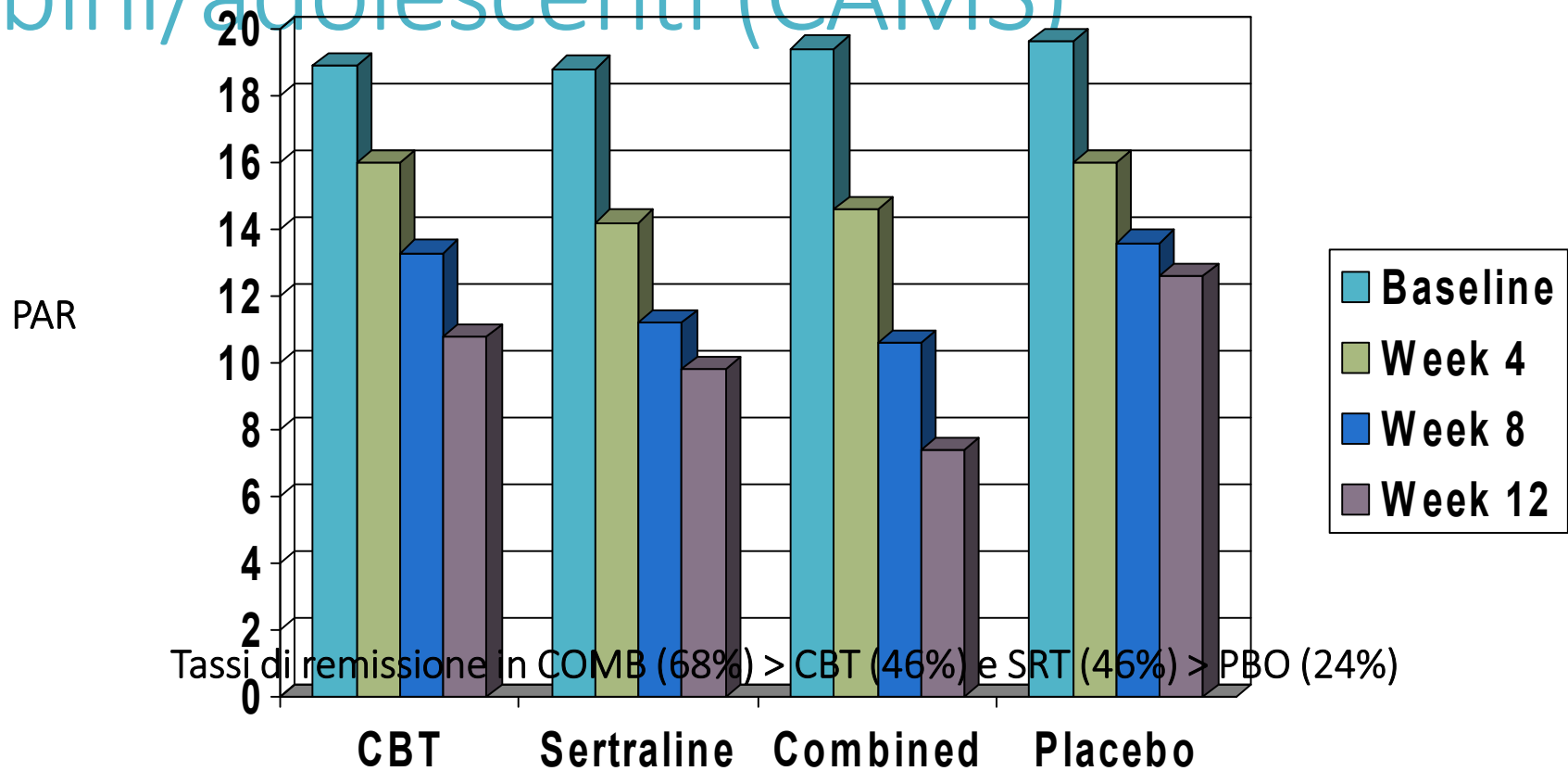
Profilo di effetti collaterali più sicuro

In genere richiedono dosi più elevate per il DOC rispetto ai pazienti con depressione o altri disturbi d'ansia

Possono essere necessarie 10-12 settimane nel DOC pediatrico per determinare se il farmaco è efficace

— *Gli SSRI di solito impiegano 4-6 settimane per determinare l'efficacia*

Studio multimodale sull'ansia di bambini/adolescenti (CAMS)



(Walkup et al., 2008, *NEJM*)

Quando prendere in considerazione i farmaci

Paziente impossibilitato a partecipare alla terapia a causa della gravità dei sintomi

- Importante menomazione quotidiana o evitamento

Disturbi concomitanti

- ADHD, depressione, psicosi, disturbo bipolare

Sintomi che non rispondono alla prova di 6-8 settimane di CBT o ERP (con una componente familiare)

Gravi sintomi fisiologici di ansia

Mancanza di disponibilità di interventi terapeutici basati sull'evidenza

Altre strategie terapeutiche

Altri antidepressivi

Antipsicotici atipici

B-bloccanti

Clonidina

Stabilizzatori dell'umore/farmaci antiepilettici

Farmaci Gaba-ergici

Modulatori del glutammato

Ruolo scolastico con i farmaci

Parte del team di trattamento

Le osservazioni degli studenti durante la scuola hanno un valore inestimabile

Dispensare i farmaci

I farmaci o gli effetti collaterali possono influire sul comportamento o sull'apprendimento

Impatto sull'atteggiamento dei genitori nei confronti dei farmaci

Terapia cognitivo comportamentale per i disturbi d'ansia

Psicoeducazione

Psicoeducazione sui principi della CBT

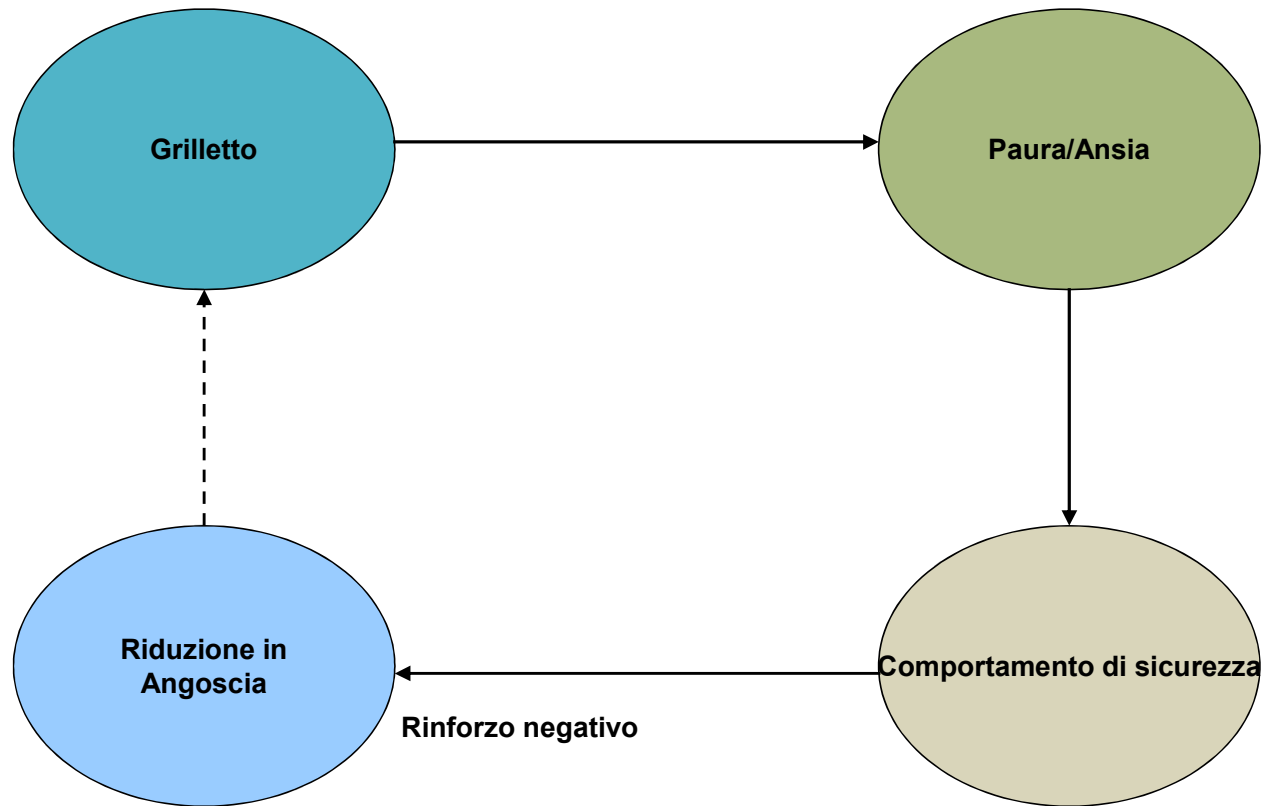
Formazione dei genitori per ridurre l'adattamento ai comportamenti ansiosi, stabilire struttura/routine, rinforzo positivo e monitoraggio dei sintomi

Modello co-terapeuta con i genitori

La CBT familiare ha prove di una maggiore efficacia nei bambini in età scolare

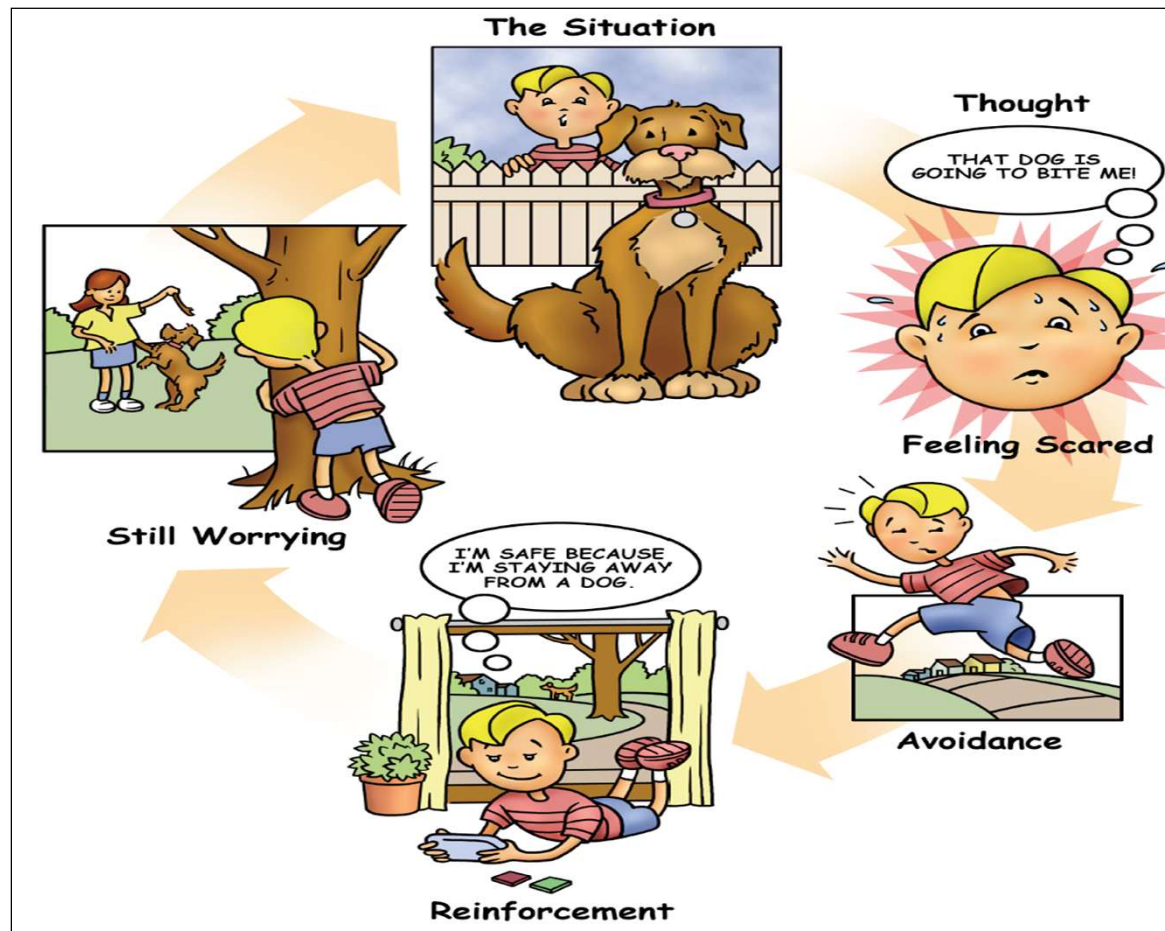
Coordinare il piano di trattamento con il personale scolastico

Il ciclo ansia-comportamento

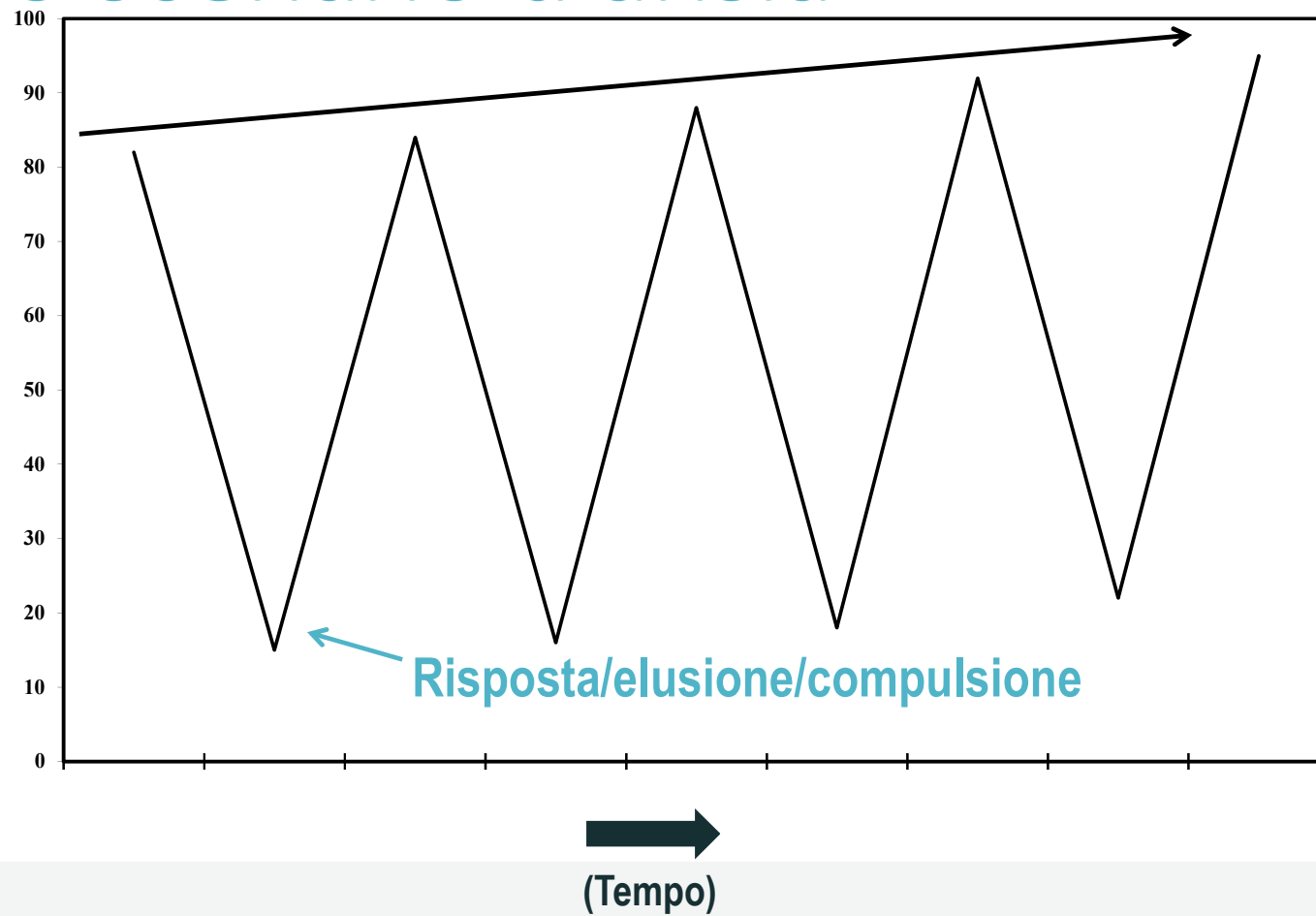


(Piacentini et al., 2003; Storch, 2006)

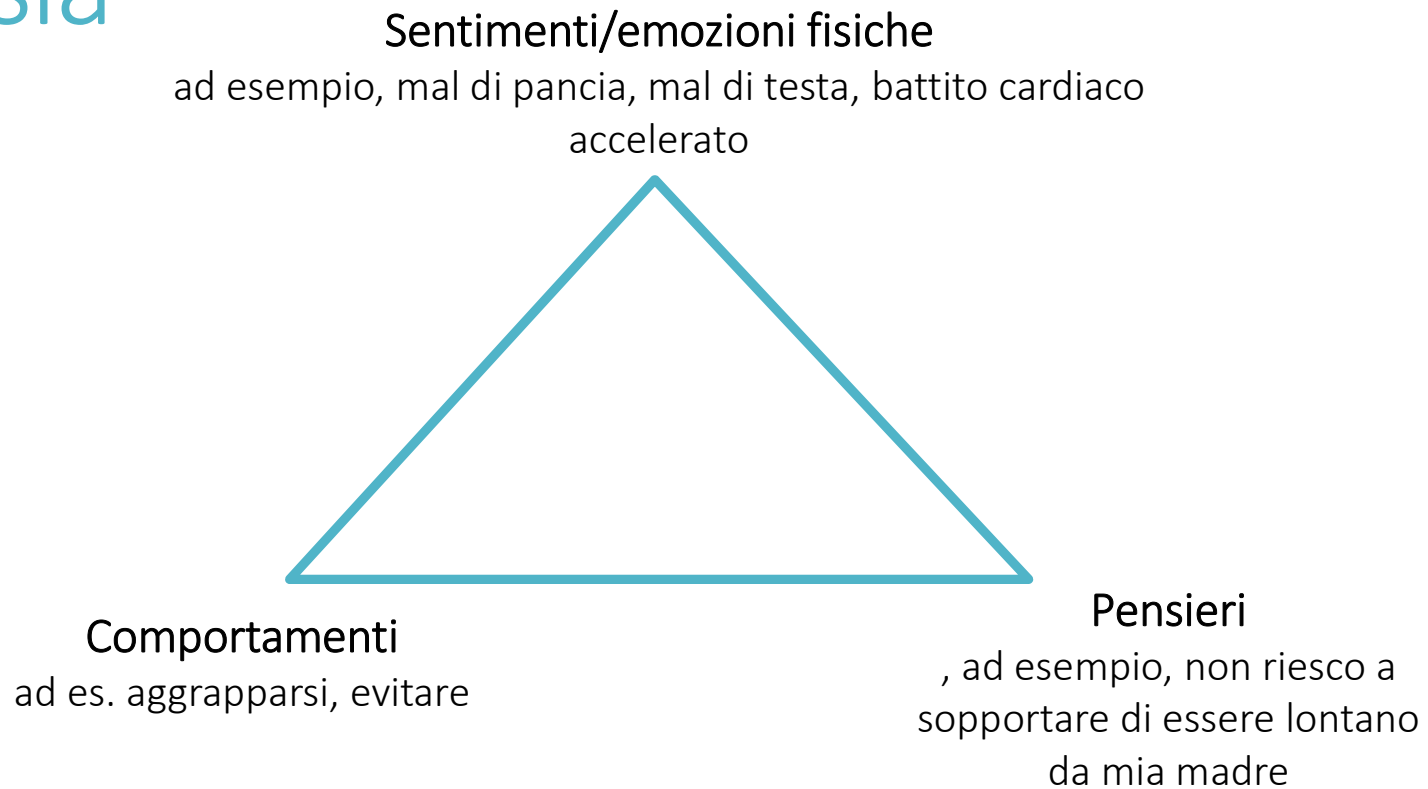
Perché l'ansia
non va via...



Tipico scenario d'ansia



Modello cognitivo comportamentale dell'ansia

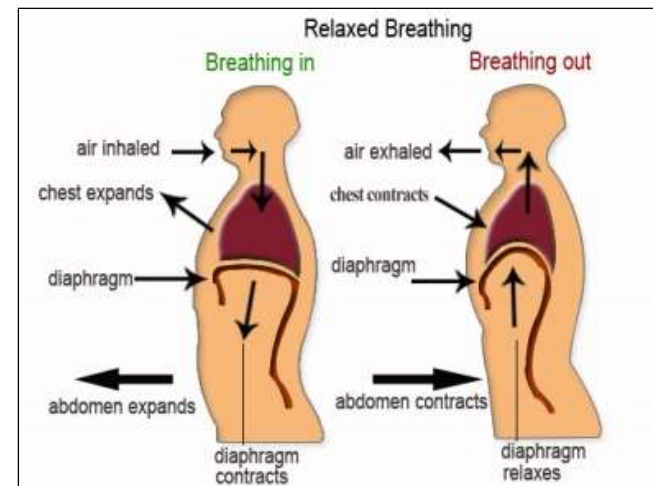
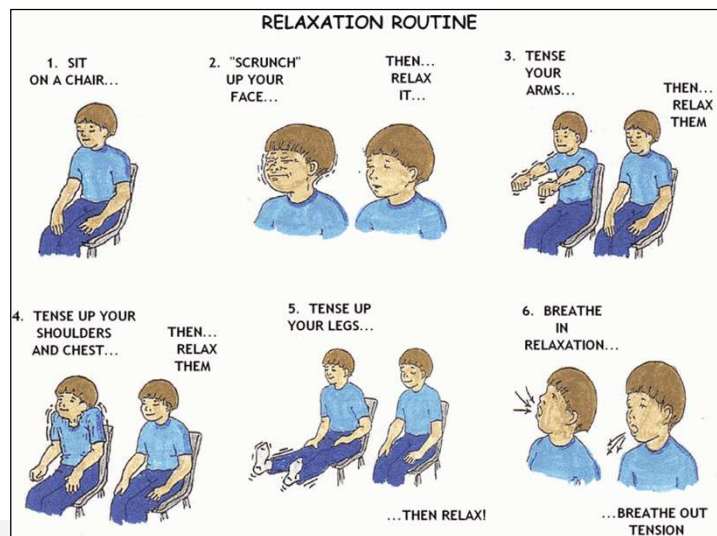


Formazione sulle capacità di gestione somatica

Controllo respiratorio/respirazione diaframmatica

Rilassamento muscolare

Immagini/meditazione



Disturbi cognitivi e d'ansia

Le persone con disturbi d'ansia hanno un'elaborazione delle informazioni distorta

Aumento del livello di attenzione alla potenziale minaccia

Visualizza le situazioni come irrealisticamente pericolose o suscettibili di causare danni

Sottovalutare la capacità di gestire o far fronte a situazioni temute

Identificare e sfidare i pensieri ansiosi

So per certo che accadrà?

È già successo?

Quante volte?

È successo a qualcuno che conosco?

Cos'altro potrebbe succedere invece?

Cosa mi sto perdendo a causa della preoccupazione?



Fallirò questo test e poi non potrò andare al college e trovare un buon lavoro!

Risoluzione dei problemi

Risoluzione dei problemi come un modo per deviare la preoccupazione (preoccupazione come impostazione "predefinita")

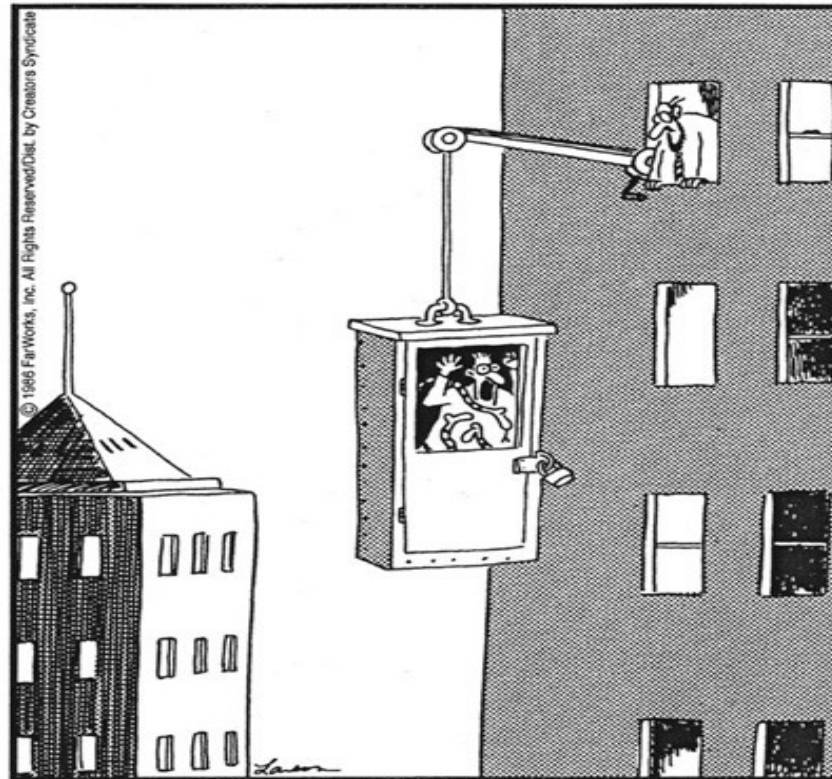
" Dev'essere dura, cosa hai intenzione di fare al riguardo?"

Elementi:

1. Identificazione del problema
2. Possibili soluzioni: tutte le idee sono un gioco leale
3. Valuta tutte le soluzioni e scegline una (possibilità di correre un rischio)
4. Valuta l'efficacia della soluzione: continua o scegline un'altra

Che cos'è la terapia
dell'esposizione?

THE FAR SIDE® BY GARY LARSON



Professor Gallagher and his controversial technique of simultaneously confronting the fear of heights, snakes, and the dark.

The Far Side® by Gary Larson © 1986 FarWorks, Inc. All Rights Reserved. Used with permission.

Desensibilizzazione

Mettere un individuo in situazioni temute senza impegno di risposta

Deve essere sufficientemente prolungato da portare all'assuefazione all'interno del processo (riduzione di almeno il 50% dell'ansia)

Deve essere abbastanza ripetitivo da portare all'assuefazione tra le prove (fino a quando non provoca ansia minima o nulla)

Deve essere graduale

Esposizione: aspetti controversi

La CBT per l'ansia è unica in quanto richiede a un paziente di sperimentare una maggiore ansia affinché avvenga un nuovo apprendimento

L'esposizione è l'ingrediente attivo chiave (Peris et al., 2014) Eppure...

alcuni considerano i trattamenti basati sull'esposizione come impegnativi, e poco etici (Olatunji et al., 2009)

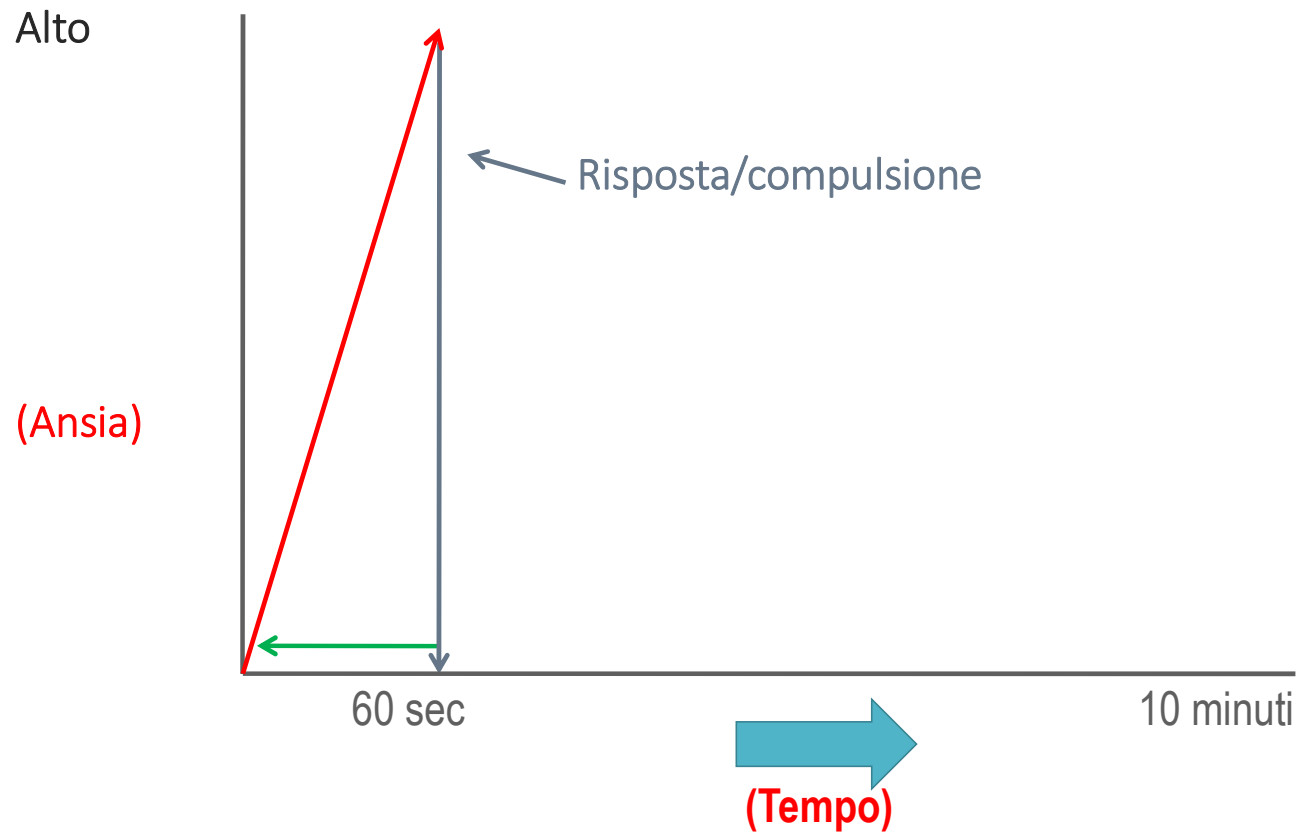
i terapeuti possono temere di danneggiare i propri pazienti con procedure di esposizione (Rosqvist, 2005)

può essere ancora più un problema per i terapeuti che lavorano con i bambini

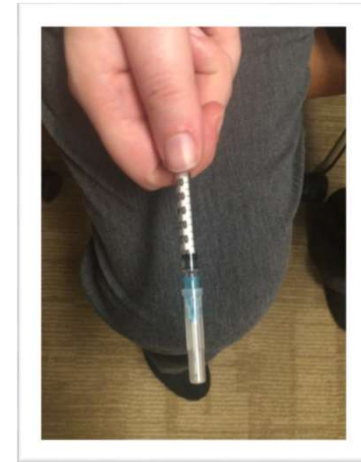
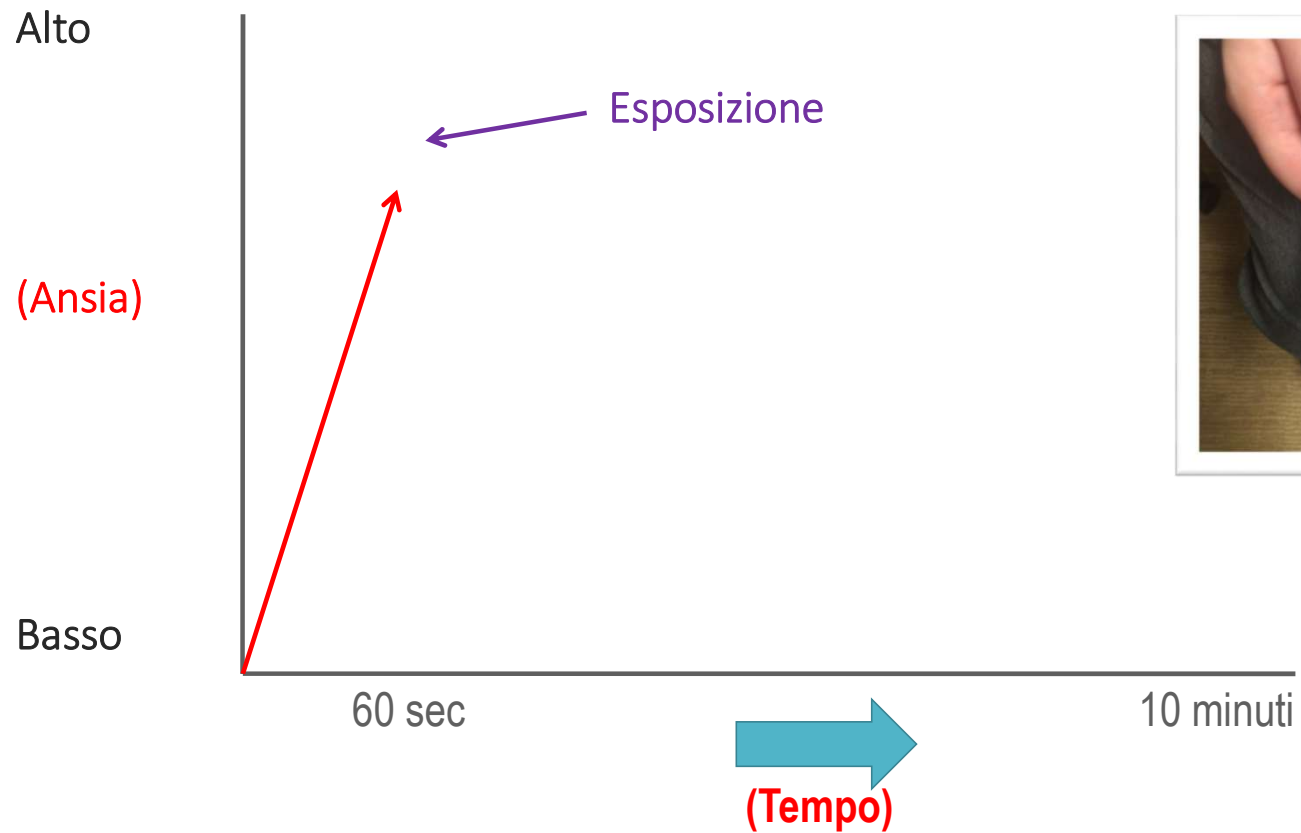
Tipico scenario fobico



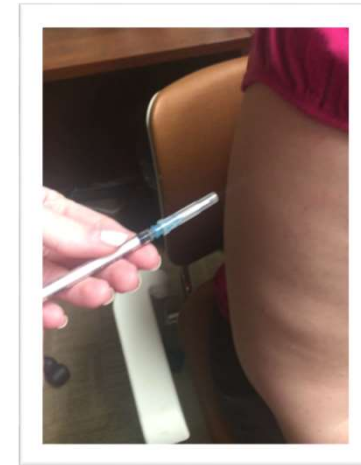
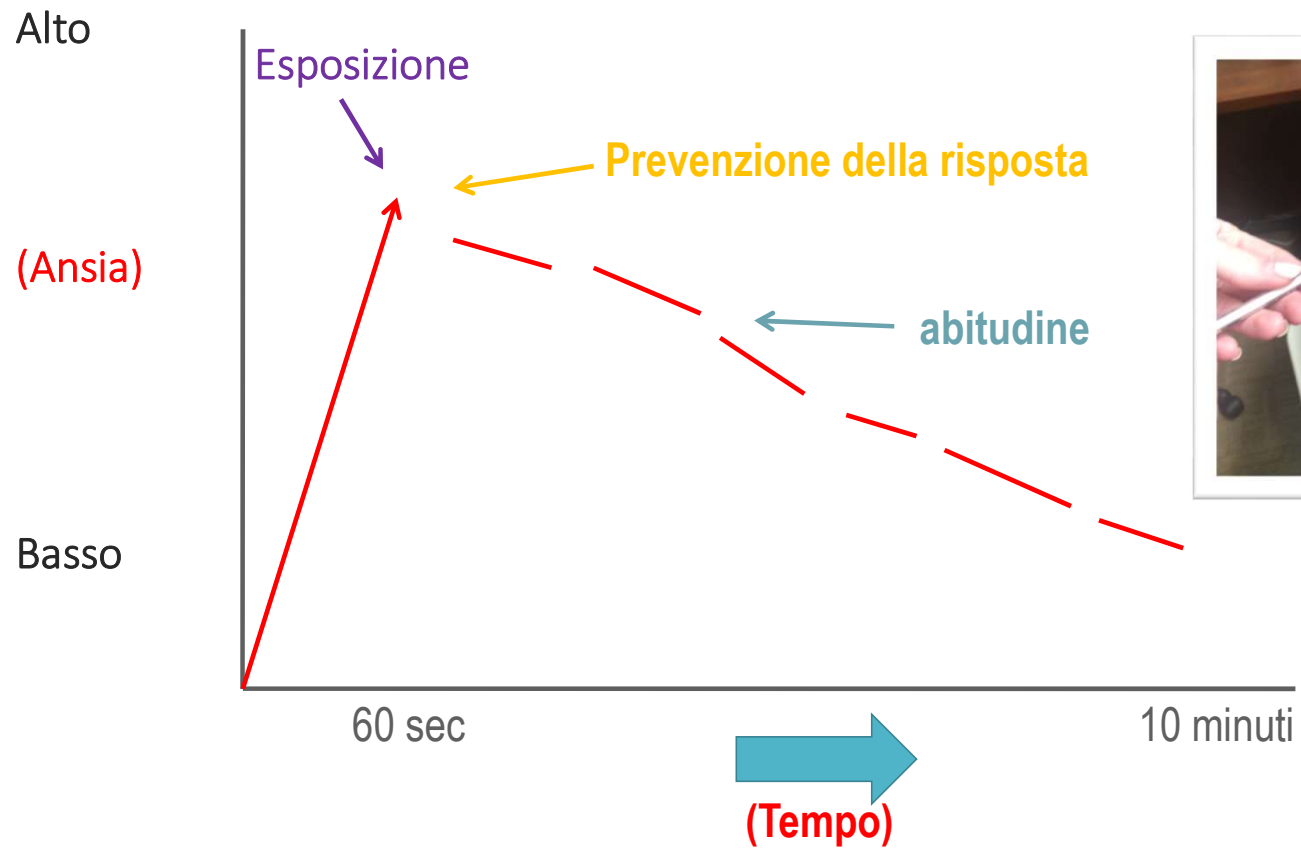
Tipico scenario fobico



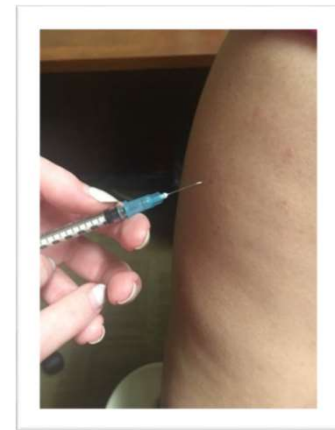
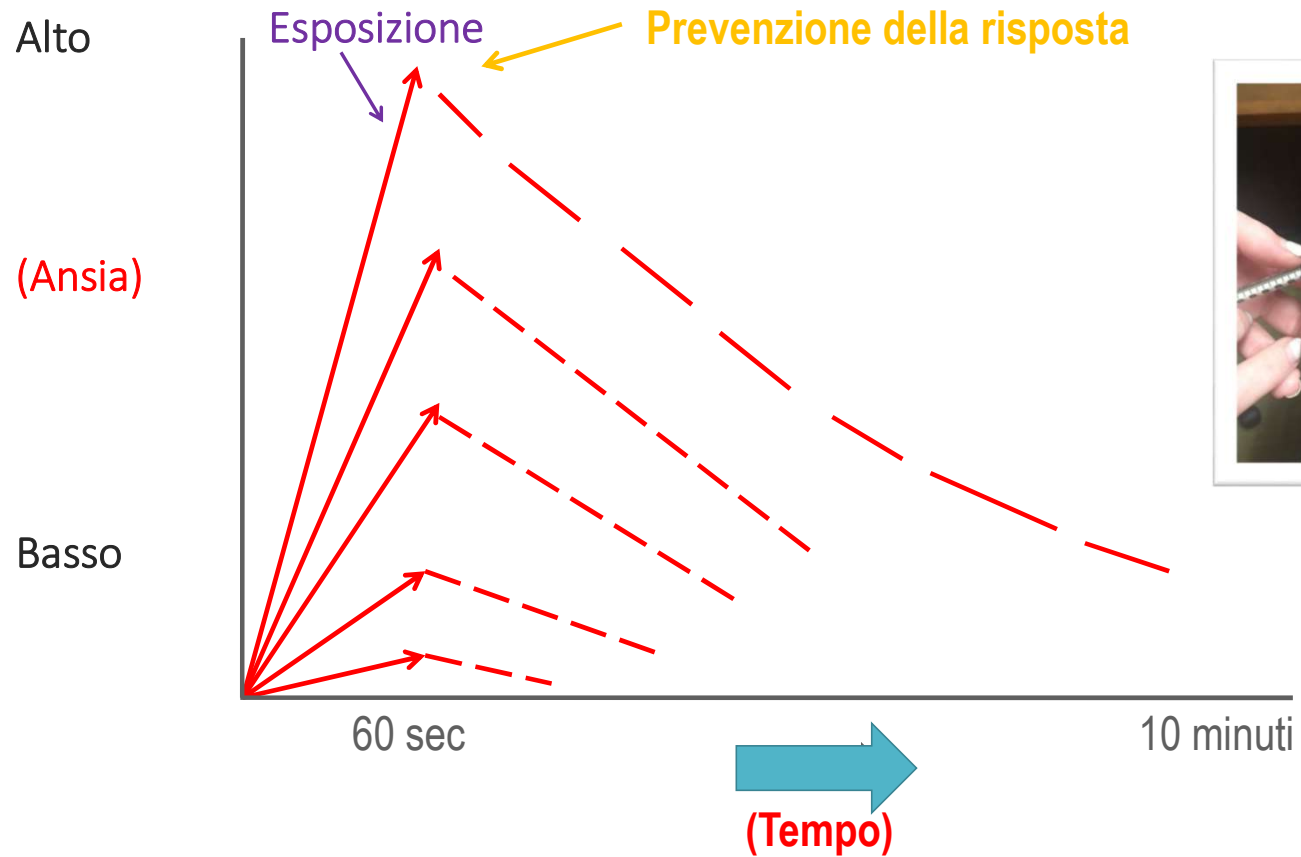
Desensibilizzazione



Desensibilizzazione



Desensibilizzazione



Strategie generali per
aiutare i bambini con
ansia a casa ea scuola

Insegnare a un bambino sull'ansia

L'ansia è normale

Tutti provano ansia a volte

L'ansia non è pericolosa

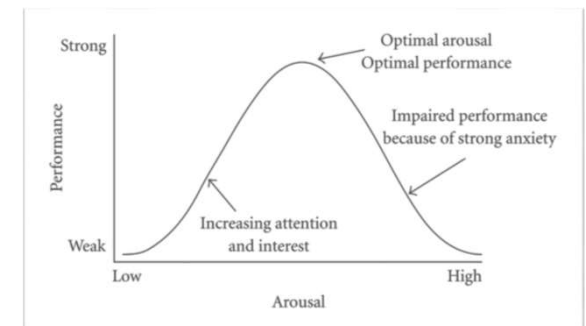
Sebbene l'ansia possa sentirsi a disagio;
non dura a lungo e alla fine diminuirà

L'ansia è adattiva

L'ansia ci aiuta a prepararci al pericolo reale. Facciamo del nostro meglio a livelli moderati di eccitazione (curva di Yerkes-Dodson)

Vantaggi della risposta "combatti o fuggi".

L'ansia può diventare un problema quando il nostro corpo reagisce a situazioni normali come se fossero dei veri e propri pericoli



Ignoramento attivo

Rafforzamento attivo dei comportamenti positivi

Ignorare attivamente i comportamenti indesiderati da estinguere (lamentele, pianti, lamentele somatiche)

Sono previsti aumenti temporanei dei comportamenti problema

Aiuta i bambini a imparare a provare le abilità di coping e a risolvere i problemi

Formazione dei genitori/caregiver per ridurre la rassicurazione

Dai al bambino l'opportunità di rispondere da solo alla domanda: COSA PENSI?

Limita il numero di domande di preoccupazione/giorno/ora: UNA DOMANDA DI PREOCCUPAZIONE/ORA

Inserire un periodo di tempo predeterminato prima di rispondere alle domande per aumentare la tolleranza all'incertezza: RITARDAZIONE DEL RITARDO (chiedere al bambino di valutare la sua paura)

Usa le ricompense per aumentare la motivazione a tollerare l'ansia: MONETE IN TASCA DA UTILIZZARE PER Rassicurarti

In caso di problemi di conformità, eseguire un'analisi costi-benefici per aumentare le informazioni dettagliate: LUNGO TERMINE VS. GUADAGNO A BREVE TERMINE

Esercitati a rispondere alle domande di rassicurazione nella sessione: RISPOSTE DI MODELLO DI RUOLO

In Sintesi

Ricorda che i sintomi fisici dell'ansia sono normali

Ricorda che l'ansia può sembrare pericolosa, ma non lo è

Identifica un nome che tuo figlio può dare ansia (ad es. Sig. Rossi, peste, mostro)

Sfide di pensiero realistiche (ad es. Quante volte mi sono preoccupato di questo ed è andato tutto bene? Cosa direi a un amico di fare in questa esatta situazione?)

Uso delle capacità di coping (p. es., controllo respiratorio, rilassamento muscolare profondo, lettura, parlare con un amico, ecc.)

Affrontare in famiglia il DOC

ACCOMODAMENTO SINTOMO: “ ...AZIONI INTRAPRESE DAI FAMILIARI *

Accetta le richieste del bambino

ad esempio, consentire al bambino di saltare le attività per ridurre al minimo il disagio

Partecipa ai rituali/sintomi del bambino

ad esempio, cambiarsi i vestiti quando si entra in casa, aprire le porte per i bambini

Fornire rassicurazione al bambino

ad esempio, rispondere alle domande ripetutamente

Diminuire la responsabilità del bambino

ad esempio, ridurre al minimo i tentativi di disciplina

Assistere o completare compiti per il bambino

ad esempio, fornire ulteriore assistenza con i compiti, le faccende domestiche e così via

(Storch et al., 2010; p. 207-208).

* *Vale anche per adulti, fratelli e non familiari*

Esempi

Aiutare fisicamente un bambino a lavarsi le mani

Aprire le porte o accendere gli interruttori della luce

Avere un posto incontaminato in cui un bambino può consegnare i compiti

Fornire rassicurazione

Ripetizione di frasi o azioni

Evitare che un bambino partecipi ad attività o sia vicino ad altri (ansia sociale o problemi di contaminazione)

Quali i problemi?

Associato a risultati peggiori del trattamento nei bambini e negli adulti con disturbo ossessivo compulsivo

- Riduce l'efficacia della CBT e gli esiti a lungo termine

Collegato a più disfunzioni familiari e stress

- Finisce per consumare quantità crescenti di tempo per la famiglia

- Porta a cambiamenti involontari nella routine familiare

Coinvolgimento genitore/insegnante

L'adulto può modellare la calma e gli approcci di risoluzione dei problemi

Trova una via di mezzo: incoraggia il bambino ad affrontare la paura, ma fallo in dosi tollerabili

Dai suggerimenti, ma resisti ad un intervento di «salvataggio»

Concentrarsi sugli aspetti positivi, costruire competenze e autonomia per il bambino

Interventi scolastici

Organizzare il personale scolastico che può incontrare regolarmente il bambino ed essere disponibile ad aiutare

Scoraggia l'abbandono scolastico

Incoraggiare l'automonitoraggio (es. termometro dei sentimenti)

Rafforzare i tentativi di utilizzare strategie di rilassamento/coping

Interventi scolastici

- Accogliere gli arrivi in ritardo
- Modifica compiti
- Giornate scolastiche più brevi per far passare i bambini con ansia da separazione
- Prove in privato
- Concedi più tempo per i compiti
- Avere un posto "sicuro" se il bambino sviluppa maggiore ansia o attacchi di panico

Disturbi dell'umore

Due grandi tipi:

- Coinvolge solo sintomi depressivi

- Coinvolge sintomi maniacali (disturbi bipolari)

Disturbi depressivi del DSM-5:

- Disturbo depressivo maggiore

- Disturbo depressivo persistente

- Disturbo disforico premestruale

- Disturbo da disregolazione dell'umore

Disturbi bipolari DSM-5:

- Bipolare I

- bipolare II

- Ciclotimia

Panoramica del DSM-5 Disturbi dell'umore

Disturbo depressivo maggiore	<ul style="list-style-type: none">• Cinque o più sintomi depressivi, tra cui umore triste o perdita di piacere, per 2 settimane
Disturbo depressivo persistente	<ul style="list-style-type: none">• Umore depresso e almeno altri due sintomi di depressione almeno la metà delle volte per 2 anni
Disturbo disforico premestruale	<ul style="list-style-type: none">• Sintomi dell'umore nella settimana prima delle mestruazioni
Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente	<ul style="list-style-type: none">• Forti esplosioni di collera ricorrenti e umore negativo persistente per almeno 1 anno a partire dall'età di 10 anni
Disturbo bipolare I	<ul style="list-style-type: none">• Almeno un episodio maniacale per tutta la vita
Disturbo bipolare II	<ul style="list-style-type: none">• Almeno un episodio ipomaniacale e un episodio depressivo maggiore
Ciclotimia	<ul style="list-style-type: none">• Cambiamenti ricorrenti dell'umore da alto a basso per almeno 2 anni, senza episodi ipomaniacali o depressivi

Criteri DSM-5 per il disturbo depressivo maggiore

Umore triste O perdita di interesse o piacere (anedonia)

I sintomi sono presenti quasi ogni giorno, per la maggior parte della giornata, per almeno 2 settimane

I sintomi sono distinti e più gravi di una risposta normativa a una perdita significativa

PIÙ quattro dei seguenti sintomi:

Dormire troppo o troppo poco

psicomotorio o agitazione

Scarso appetito e perdita di peso, o aumento dell'appetito e aumento di peso

Perdita di energia

Sentimenti di inutilità o eccessiva colpa

Difficoltà a concentrarsi, pensare o prendere decisioni

ricorrenti di morte o suicidio

Criteri DSM-5 per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Collera ricorrenti gravi , comprese le espressioni verbali o comportamentali di collera che sono sproporzionate per intensità o durata rispetto alla provocazione.

Gli scoppi d'ira non coerenti con il livello di sviluppo.

Gli scoppi d'ira tendono a verificarsi almeno tre volte a settimana.

Umore negativo tra esplosioni di collera quasi tutti i giorni.

Questi sintomi sono presenti da almeno 12 mesi e non scompaiono per più di 3 mesi alla volta.

Gli scoppi d'ira e l'umore negativo sono presenti in almeno due contesti (a casa, a scuola o con i coetanei) e sono gravi in almeno un contesto.

6 anni o più (o livello di sviluppo equivalente).

Esordio prima dei 10 anni.

Non c'è mai stato un periodo distinto della durata di più di 1 giorno durante il quale fossero presenti umore elevato e almeno altri tre sintomi maniacali.

I comportamenti non si verificano esclusivamente durante il decorso del disturbo depressivo maggiore e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale.

Questa diagnosi non può coesistere con il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo esplosivo intermittente o il disturbo bipolare.

Epidemiologia e conseguenze

La depressione è comune

Prevalenza una tantum (Kessler et al., 2005):

16,2% MDD

2,5% distimia

Due volte più comune nelle donne che negli uomini

Tre volte più comune tra le persone in povertà

La prevalenza varia tra le culture

MDD

1,5% a Taiwan

19% a Beirut, Libano

Le persone che si trasferiscono negli Stati Uniti dal Messico hanno tassi più bassi rispetto alle persone di origine messicana nate negli Stati Uniti

Epidemiologia e conseguenze

Variazione dei sintomi tra culture

culture latine

Sintomi nevrotici e mal di testa

Culture asiatiche

debolezza, affaticamento e scarsa concentrazione

Minore distanza dall'equatore (lunghezza del giorno più lunga) e maggiore consumo di pesce associato a tassi più bassi di MDD

Variazione dei sintomi nel corso della vita

Bambini

Stomaco e mal di testa

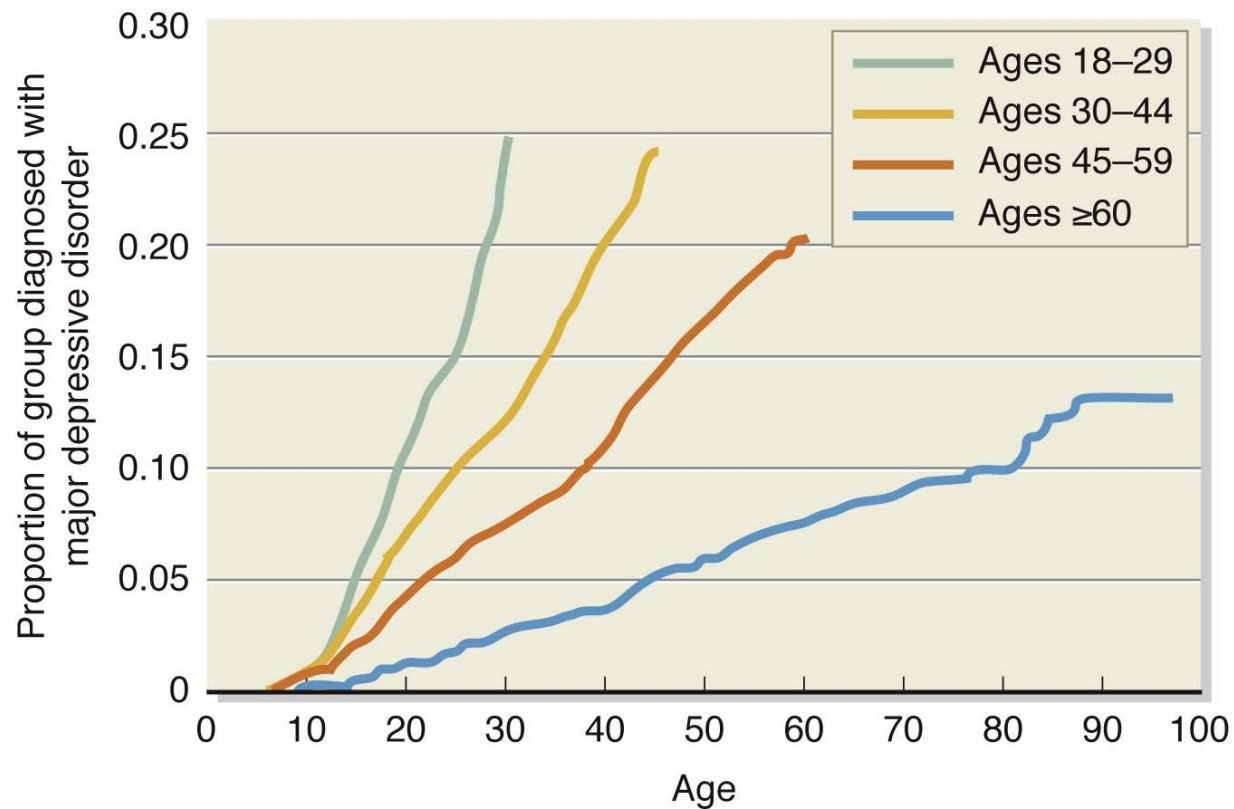
Adulti più anziani

Distraibilità e dimenticanza

Comorbidità

2/3 di quelli con MDD soddisferanno anche i criteri per il disturbo d'ansia ad un certo punto

Età mediana di insorgenza di MDD per generazione



Source: Adapted from Kessler, Berglund, Demler et al., JAMA, 2003: 289, 3095-3105.

Disturbi bipolari

Tre forme:

Bipolare I, Bipolare II e Ciclotimia

Mania caratteristica distintiva di ciascuno

Differenziato per gravità e durata della mania

Di solito comportano episodi di depressione alternati a mania

Episodio depressivo richiesto per Bipolare II, ma non Bipolare I

Mania

Stato di intensa euforia o irritabilità

Ipomania (hypo = "sotto"; hyper = "sopra")

Sintomi di mania ma meno intensi

Non comporta una compromissione significativa, la mania sì

Criteri DSM-5 per Episodi maniacali e ipomaniacali

Umore decisamente elevato o irritabile per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni
energia

Almeno tre dei seguenti sono *notevolmente cambiati rispetto al basale* (quattro se l'umore è irritabile):

- Aumento dell'attività diretta all'obiettivo o dell'agitazione psicomotoria

- insolita ; discorso rapido

- Volo di idee o impressione soggettiva che i pensieri corrano

- Diminuito bisogno di dormire

- Aumento dell'autostima; convinzione di avere talenti, poteri o abilità speciali

- Distraibilità ; attenzione facilmente distolta

- eccessivo in attività che potrebbero avere conseguenze indesiderabili, come spese sconsiderate, comportamenti sessuali o guida

Per un episodio maniacale:

- I sintomi durano 1 settimana o richiedono il ricovero in ospedale o includono la psicosi

- I sintomi causano disagio significativo o compromissione funzionale

Per un episodio ipomaniacale:

- I sintomi durano almeno 4 giorni

- Evidenti cambiamenti nel funzionamento che sono osservabili per gli altri, ma la menomazione non è marcata

- Non sono presenti

Criteri DSM-5 per i disturbi bipolari

bipolare I

Almeno un episodio o mania

Bipolare II

Almeno un episodio depressivo maggiore con almeno un episodio di ipomania

Disturbo ciclotimico (ciclotimia)

Forma più lieve e cronica di disturbo bipolare

Dura almeno 2 anni negli adulti, 1 anno nei bambini/adolescenti

Numerosi periodi con sintomi ipomaniacali e depressivi

Non soddisfa i criteri per mania o episodio depressivo maggiore

I sintomi non scompaiono per più di 2 mesi alla volta

I sintomi causano disagio o menomazione significativi

Epidemiologia e conseguenze

Tassi di prevalenza inferiori a MDD

1% negli Stati Uniti; 0,6% in tutto il mondo per bipolare I

0,4% – 2% per bipolare II

4% per Ciclotimia

Età media di insorgenza in 20 anni

Nessuna differenza di genere nei tassi di disturbo bipolare

Le donne sperimentano episodi più depressivi

Grave malattia mentale

Un terzo disoccupato un anno dopo il ricovero (Harrow et al., 1990)

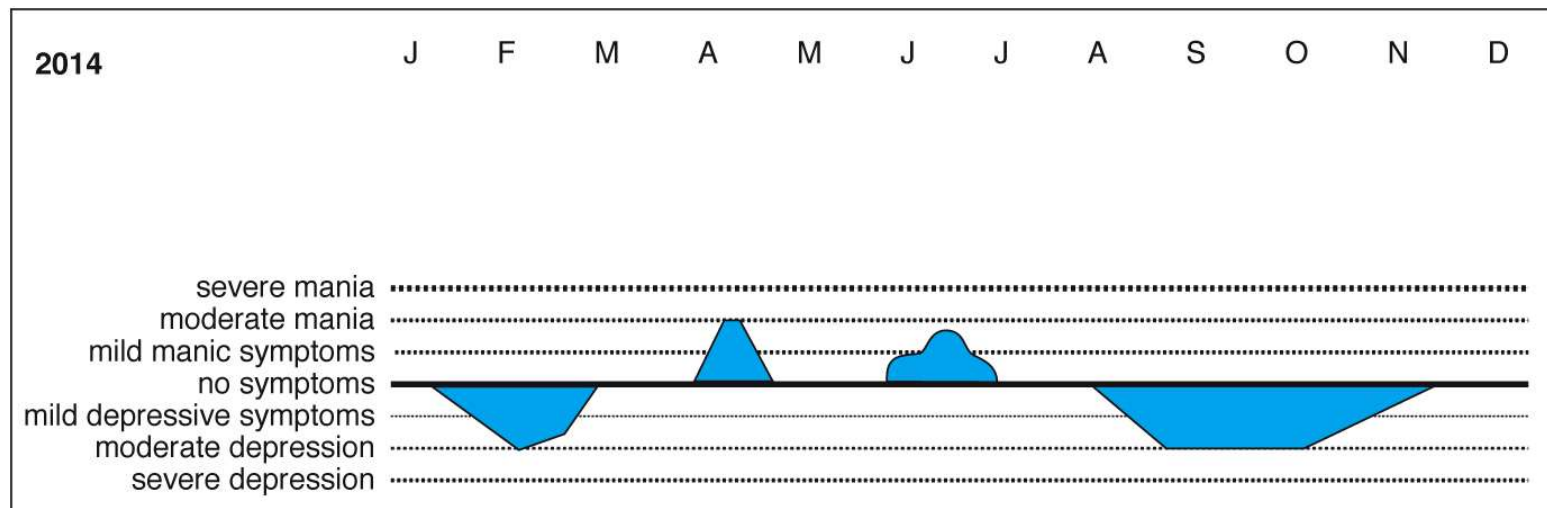
Tassi di suicidio elevati (Angst et al., 2002)

Sottotipi di Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbi Bipolari

Table 5.2 Specifiers of Depressive Disorders and Bipolar Disorders

Subtype	Applicable to MDD?	Applicable to bipolar disorder?	Definition
Seasonal pattern	Yes	Yes	Episodes happen regularly at a particular time of the year
Rapid cycling	No	Yes	At least four episodes within the past year
Mood-congruent psychotic features	Yes	Yes	Delusions or hallucinations with themes that are consistent with the mood state (e.g., guilt, disease, or death themes accompanying depression)
Mood-incongruent psychotic features	Yes	Yes	Delusions or hallucinations with themes that do not match the valence of the depressive or manic episode
Mixed features	Yes	Yes	At least three manic symptoms are present during a depressive episode, or at least three depressive symptoms are present during a manic episode
Catatonia	Yes	Yes	Extreme physical immobility or excessive peculiar physical movement
Melancholic features	Yes	Yes (for depressive episodes)	Lack of pleasure in any activity, inability to gain relief from positive events, and at least three other symptoms of depression, such as a distinct quality of mood, depressive symptoms that are worse in the morning, waking at least 2 hours too early, loss of appetite/weight, psychomotor retardation or agitation, or guilt
Atypical features	Yes	Yes	Symptoms that are unusual for depressive or manic episodes are present
Peripartum onset	Yes	Yes	Onset during pregnancy or within 4 weeks postpartum
With anxious distress	Yes	Yes	At least two symptoms of anxiety are present
Suicide risk severity	Yes	Yes	Suicidal ideation, plans, or other risk indicators are present

Figura 5.2: Sottotipo di Disturbo Bipolare a Ciclo Rapido



Copyright © John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

Eziologia dei disturbi dell'umore

Eziologia dei disturbi dell'umore

Quali fattori contribuiscono all'insorgenza dei disturbi dell'umore?

- Fattori neurobiologici

- Fattori psicosociali

Eziologia dei disturbi dell'umore: fattori neurobiologici

Fattori genetici

Stime di ereditabilità

37% MDD (Sullivan et al., 2000)

93% di disturbo bipolare (Kiesppa et al., 2004)

Molte ricerche in corso per identificare specifici geni coinvolti ma i risultati della maggior parte degli studi non sono stati replicati (Kato, 2007)

Il gene DRD4.2, che influenza la funzione della dopamina, sembra essere correlato alla MDD (Lopez Leon et al., 2005).

Ipotesi neurobiologiche sulla depressione maggiore e sul disturbo bipolare

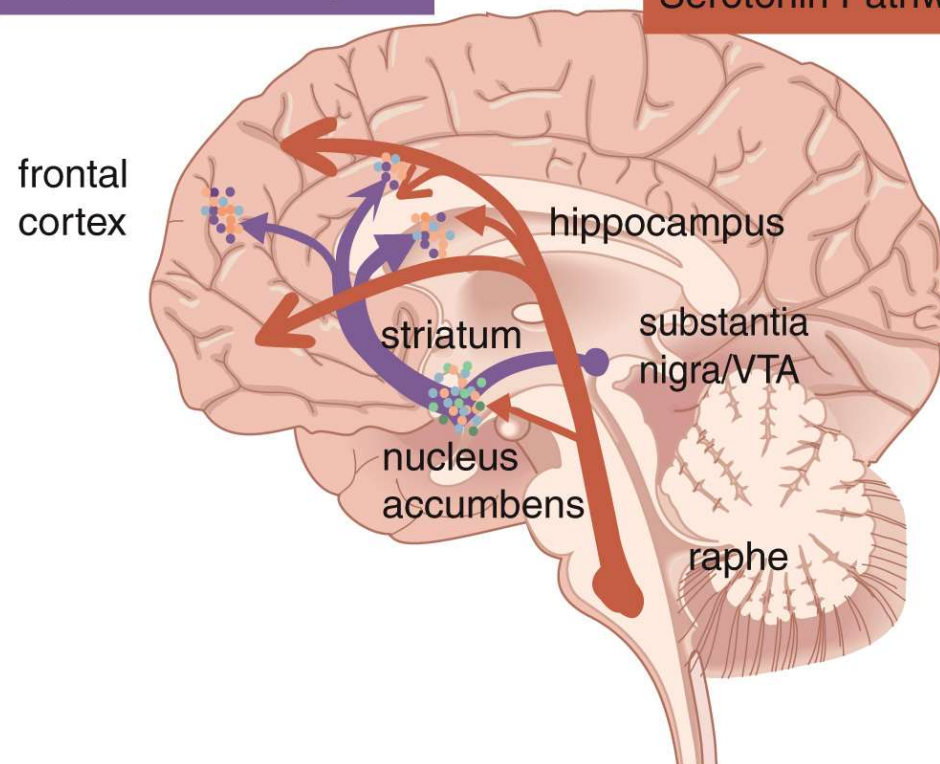
Table 5.3 Summary of Neurobiological Hypotheses About Major Depression and Bipolar Disorder

Neurobiological Hypothesis	Major Depression	Bipolar Disorder
Genetic contribution	Moderate	High
Serotonin and dopamine receptor dysfunction	Present	Present
Cortisol dysregulation	Present	Present
Changes in activation of emotion-relevant regions in the brain	Present	Present
Activation of the striatum in response to reward	Low	High

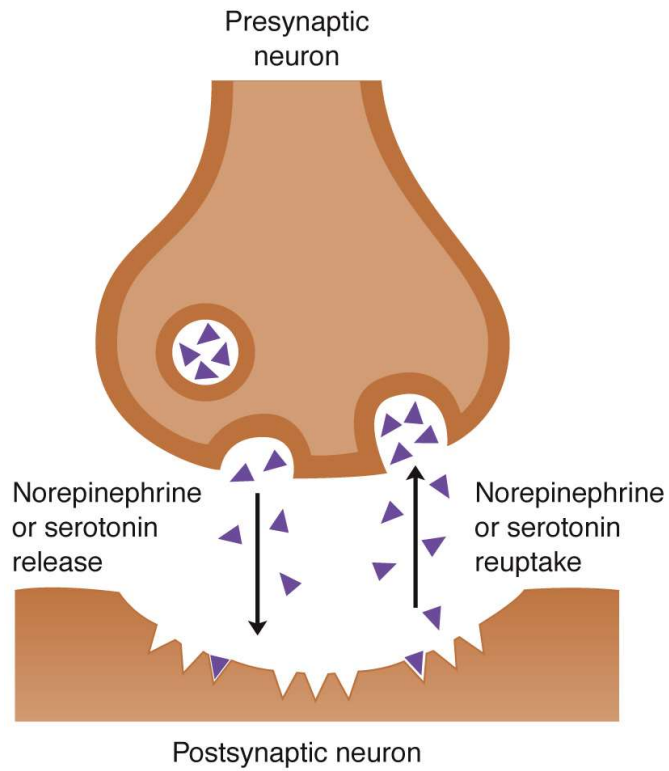
Percorsi della serotonina e della dopamina

Dopamine Pathways

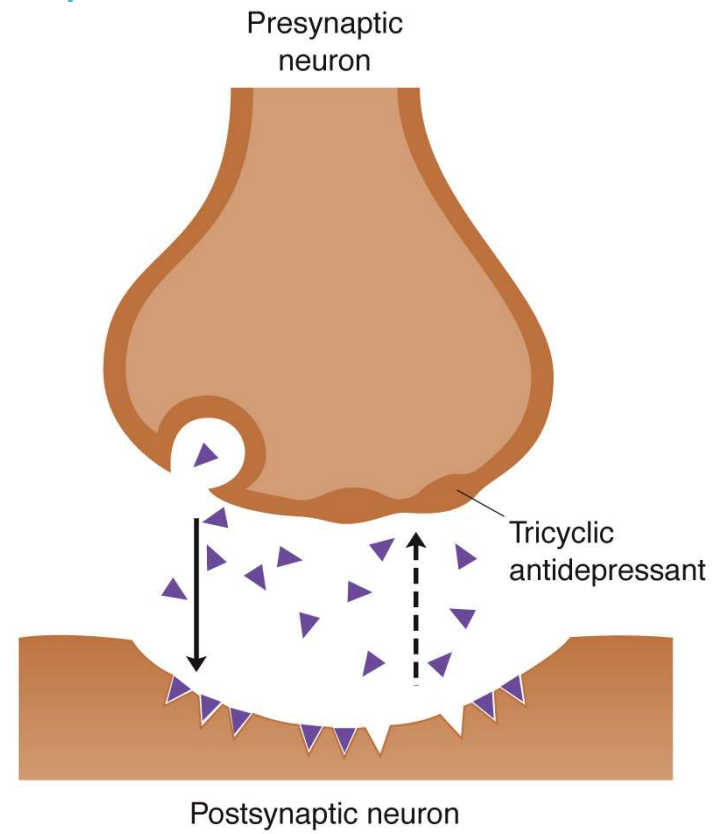
Serotonin Pathways



Azione dei farmaci sull'attività sinaptica



Source: Adapted from Snyder (1996), p. 106.



Source: Adapted from Snyder (1996), p. 106.

Eziologia dei disturbi dell'umore: fattori neurobiologici

Immagini del cervello

Studi strutturali

Concentrati sul numero o sulle connessioni tra le cellule

Studi di attivazione funzionale

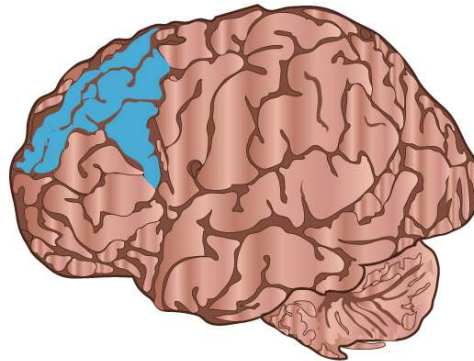
Concentrati sui livelli di attività

Attività delle strutture cerebrali coinvolte nelle risposte emotive tra le persone con disturbi dell'umore

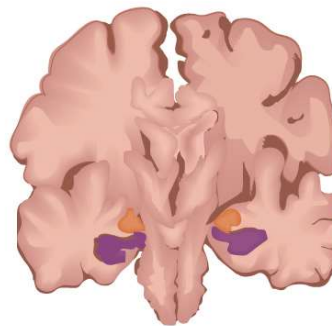
Struttura del cervello	Livello di depressione	Livello in Mania
Amigdala	Elevato	Elevato
Cingolato anteriore sottogenuale	Elevato	Elevato
Corteccia prefrontale dorsolaterale	Diminuito	Diminuito
Ippocampo	Diminuito	Diminuito
Striato	Diminuito	Elevato

Strutture cerebrali chiave coinvolte nei disturbi dell'umore

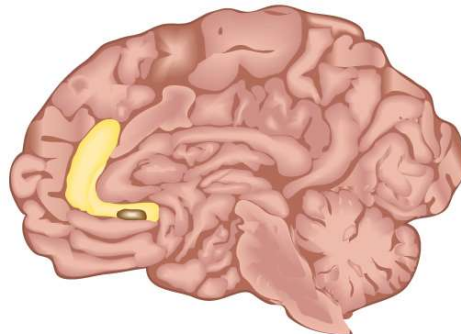
(a) Dorsolateral prefrontal cortex (blue)



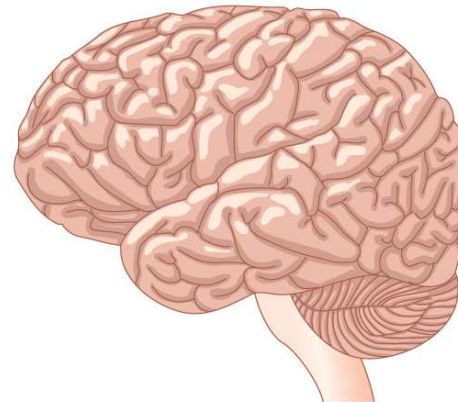
(b) Hippocampus (purple) and amygdala (orange)



(c) Anterior cingulate cortex (yellow)
and subgenual anterior cingulate (brown)



(d) Striatum (purple)



Source: Adapted from Davidson, *Annual Review of Psychology*, 53, 2002. Copyright 2002 by Annual Reviews, www.annualreviews.org.

Eziologia dei disturbi dell'umore: sistema neuroendocrino

Iperattività dell'asse HPA

Attiva il rilascio di cortisolo, l'ormone dello stress

Amigdala iperreattiva

Risultati che collegano la depressione a livelli elevati di cortisolo
sindrome di Cushing

Provoca un'eccessiva secrezione di cortisolo

I sintomi includono quelli della depressione

L'iniezione di cortisolo negli animali produce sintomi depressivi

Test di soppressione del desametasone

Manca di soppressione del cortisolo nelle persone con storia di depressione

Eziologia dei disturbi dell'umore: fattori sociali

Eventi della vita

Ricerca prospettica

Il 42-67% riporta un evento di vita stressante nell'anno precedente all'insorgenza della depressione

ad esempio, rottura sentimentale, perdita del lavoro, morte di una persona cara

Replicato in 12 studi in 6 paesi (Brown & Harris, 1989b)

La mancanza di supporto sociale può essere una delle ragioni per cui un fattore di stress scatena la depressione

Difficoltà interpersonali

Alti livelli di emozione espressa dal membro della famiglia predicono la ricaduta

Il conflitto coniugale predice anche la depressione

Il comportamento delle persone depresse spesso porta al rifiuto degli altri

Eccessiva ricerca di rassicurazioni

Poche espressioni facciali positive

Autorivelazioni negative

Discorso lento e lunghi silenzi

Eziologia dei disturbi dell'umore: fattori psicologici

Perché alcune persone diventano depresse dopo un evento stressante della vita e altre no?

- Supporto sociale

- Nevrosi

- Teorie cognitive

Eziologia dei disturbi dell'umore: fattori psicologici

Nevrosi

Tendenza a reagire con livelli più elevati di affetti negativi

Predice l'insorgenza della depressione (Jorm et al., 2000)

Eziologia dei disturbi dell'umore: fattori psicologici

Teorie cognitive

teoria

Triade negativa : visione negativa di sé, del mondo, del futuro

Schema negativo : tendenza sottostante a vedere il mondo in modo negativo

schema negativo causa pregiudizi cognitivi: tendenza a elaborare le informazioni in modi negativi

Teoria della disperazione

Il fattore scatenante più importante della depressione è la disperazione

Non si verificheranno risultati desiderabili

La persona non ha la capacità di cambiare la situazione

Stile attributivo

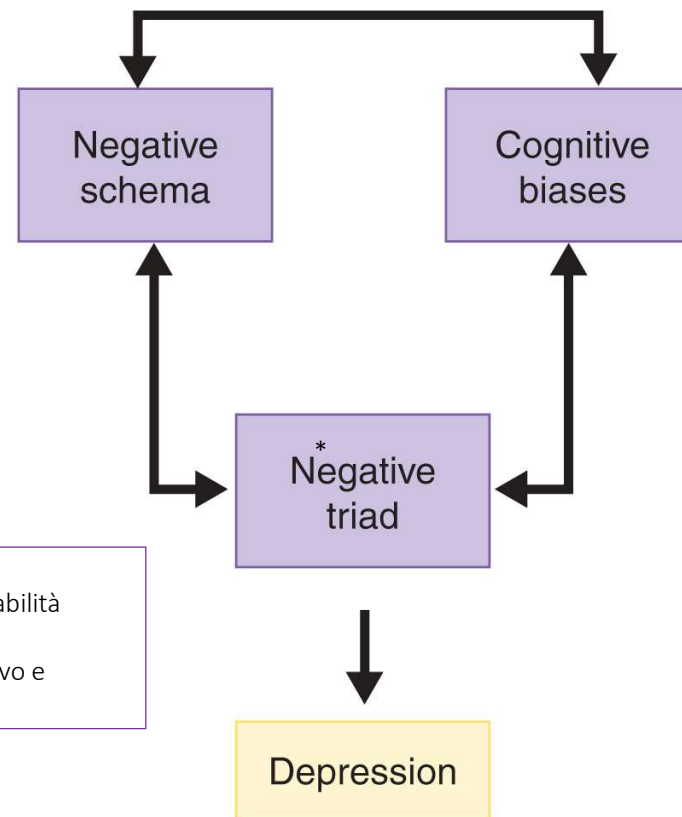
stabili e globali possono causare disperazione

Teoria della ruminazione

Un modo di pensare specifico: tendenza a soffermarsi ripetutamente su pensieri tristi (Nolen-Hoeksema , 1991)

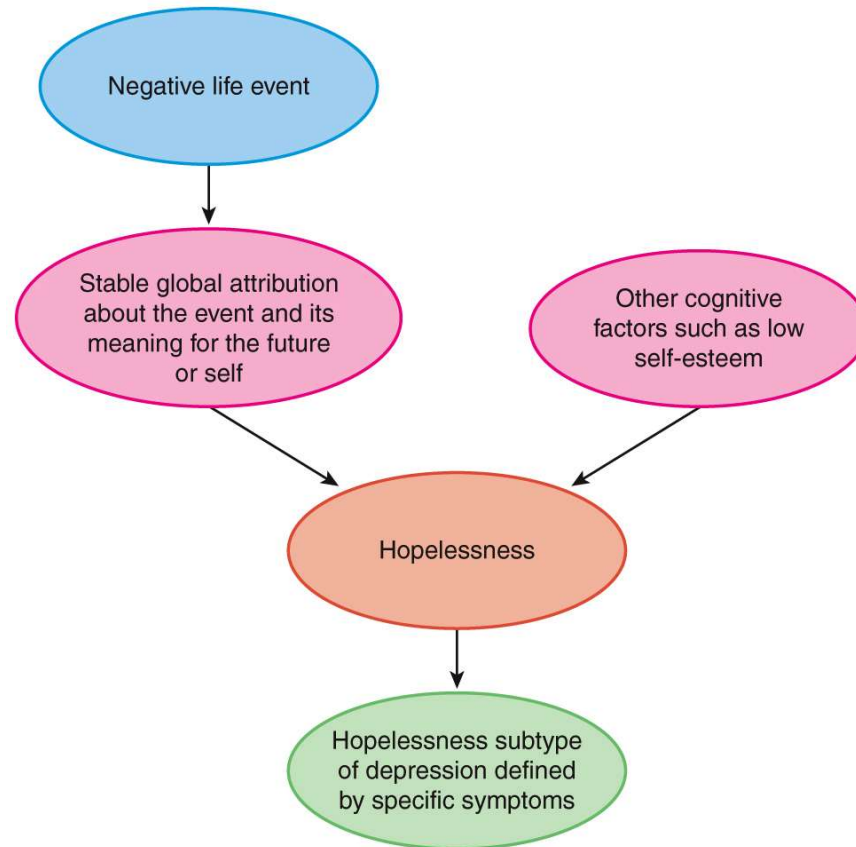
La cosa più dannosa è rimuginare sulle cause degli eventi

Figura 5.8: La teoria della depressione di Beck

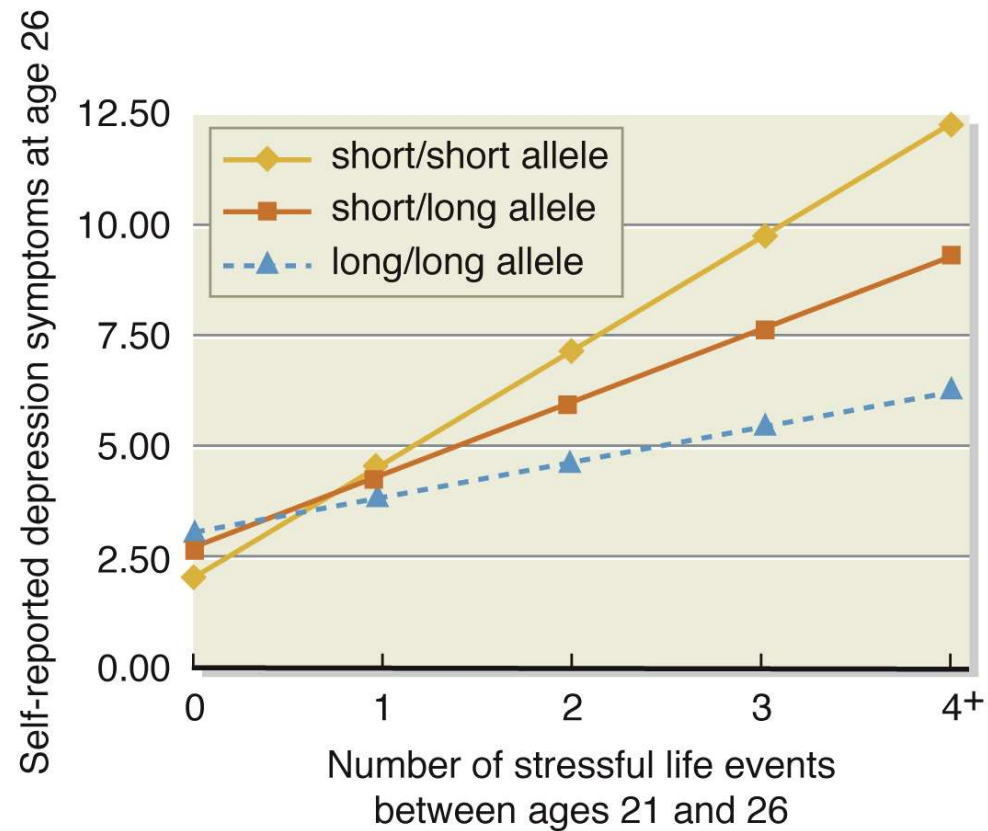


* una visione negativa **di sé** sotto il profilo del valore personale(sono un perdente”; “sono un fallito”) e dell'amabilità (“nessuno mi ama”; “non sono degno **di** amore”);
una visione negativa del mondo (“il mondo è un luogo cattivo e infelice)

Teoria della disperazione



Gli eventi della vita interagiscono con il gene trasportatore della serotonina per prevedere i sintomi della depressione



Source: Adapted from Caspi et al., *Science*, 2003: 301, 387.

Un esempio di attribuzioni: Perché ho fallito il mio esame di matematica

	Stabile	Instabile
Globale	Mi manca l'intelligenza.	Sono esausto.
Specifico	Mi mancano le capacità matematiche.	Sono stufo della matematica.

Fattori sociali e psicologici nel disturbo bipolare

I fattori scatenanti degli episodi depressivi nel disturbo bipolare appaiono simili ai fattori scatenanti degli episodi depressivi maggiori

Eventi della vita negativi, nevroticismo, cognizioni negative, emozioni espresse e mancanza di supporto sociale

Predittori di mania

Sensibilità alla ricompensa

Disturbo del sonno

Trattamento dei disturbi dell'umore

Trattamento psicologico dei disturbi dell'umore

Psicoterapia interpersonale (IPT)

- Terapia psicodinamica a breve termine
- Concentrati sulle relazioni attuali

Terapia cognitiva

- Monitora e identifica i pensieri automatici
 - Sostituisci i pensieri negativi con pensieri più neutri o positivi*

Terapia cognitiva basata sulla consapevolezza (MBCT)

- Strategie, inclusa la meditazione, per prevenire le ricadute

Terapia di attivazione comportamentale (BA).

- Aumento la partecipazione ad attività di rinforzo positivo per interrompere la spirale di depressione, ritiro ed evitamento

Terapia comportamentale di coppia

- Migliora la comunicazione e la soddisfazione

Esempio di monitoraggio/sfida del pensiero della terapia cognitiva

Table 5.6 An Example of Daily Thought Monitoring, a Strategy Commonly Used in Cognitive Therapy							
Date and Time	Situation <i>What was happening?</i>	Negative emotion <i>Note type of emotion (e.g., sad, nervous, angry) and the intensity of the emotion (0–100)</i>	Automatic negative thought	How much did you believe this initial thought (0–100)?	Alternative thought <i>Is there another view of the situation?</i>	Re-rate your belief in the initial thought	Outcome <i>Note type of emotion felt and emotion intensity (0–100) after considering the alternative</i>
Tuesday morning	I made a mistake on a report at work.	Sad–90 Embarrassed–80	I always mess things up. I'm never going to be good at anything.	90	My boss didn't give me enough time to prepare the report. I could have done a better job with more time.	50	Relief–30 Sad–30
Wednesday dinner	Eating dinner at a restaurant. An old friend from high school was at the next table and didn't recognize me.	Sad–95	I'm a nobody.	100	I've changed my hair drastically since then. Many people don't recognize me, but maybe she would have been happy to see me if I had reminded her of who I was.	25	Sad–25
Thursday breakfast	My husband left for work without saying goodbye to me.	Sad–90	Even the people I love don't seem to notice me.	100	I know that he had a huge presentation and he gets stressed.	20	Sad–20

Trattamento dei disturbi dell'umore

Trattamento psicologico del disturbo bipolare

Approcci psicoeducativi

Fornire informazioni su sintomi, decorso, fattori scatenanti e trattamenti

Trattamento incentrato sulla famiglia (FFT)

Educare la famiglia al disturbo, migliorare la comunicazione familiare, migliorare la risoluzione dei problemi

Trattamento biologico dei disturbi dell'umore

Terapia elettroconvulsiva (ECT)

Riservato ai non responder al trattamento

Indurre convulsioni cerebrali e momentanea incoscienza

ECT unilaterale

Effetti collaterali

Perdita di memoria

ECT più efficace dei farmaci

Non è chiaro come funziona l'ECT

Stimolazione magnetica transcranica per la depressione (rTMS)

Bobina elettromagnetica posta contro il cuoio capelluto

Per coloro che non rispondono al primo antidepressivo

: Farmaci per il trattamento dei disturbi dell'umore

Table 5.7 Medications for Treating Mood Disorders

Use	Category	Generic Name	Trade Name
Antidepressants	MAO inhibitors	tranylcypromine	Parnate
	Tricyclic antidepressants	imipramine, amitriptyline	Tofranil, Elavil
	Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)	fluoxetine, sertraline	Prozac, Zoloft
Mood stabilizers		lithium	Lithium
	Anticonvulsants	divalproex sodium	Depakote
	Antipsychotics	olanzapine	Zyprexa

Copyright © John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

Trattamenti di confronto di ricerca per il Disturbo Depressivo Maggiore

La combinazione di psicoterapia e farmaci antidepressivi aumenta le probabilità di guarigione del 10-20% da entrambi i soli

Farmaci più rapidi, terapia con effetti più duraturi

Studi successivi (Hollon & DeRubeis , 2003)

La TC è efficace quanto i farmaci per la depressione grave

La TC è più efficace dei farmaci nel prevenire le ricadute

Farmaci per il disturbo bipolare

Litio

Fino all'80% riceve almeno un po' di sollievo con questo stabilizzatore dell'umore
Effetto collaterale potenzialmente grave

Tossicità al litio

Nuovi stabilizzatori dell'umore

Anticonvulsivanti

Depakin

Antipsicotici

Zyprexa

Entrambi hanno anche gravi effetti collaterali

Suicidalità

diritt

i

riser

vati.

Termini chiave nello studio del suicidio

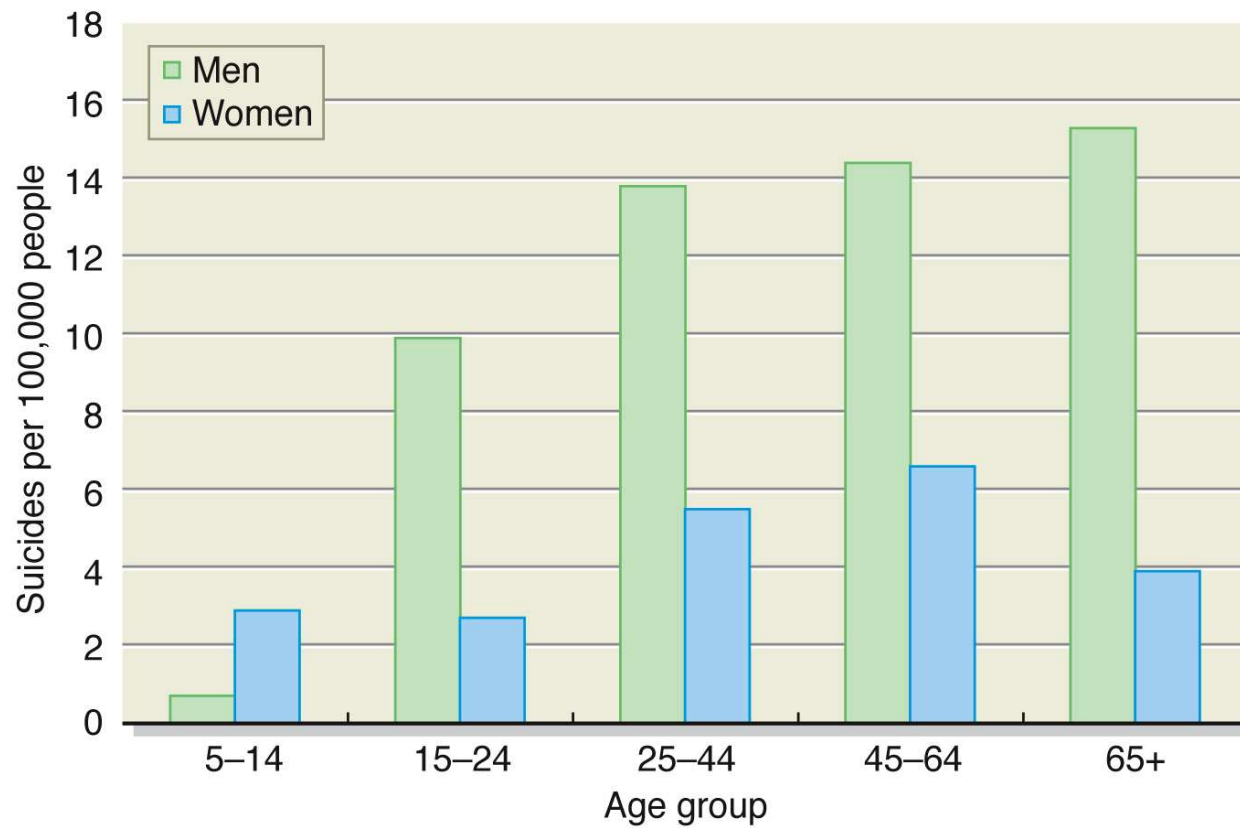
suicida : pensieri di suicidio

Tentativo di suicidio: comportamento volto ad uccidersi

Suicidio: morte per autolesionismo deliberato

non suicida : comportamenti volti a ferirsi senza intenzione di uccidersi

Figura 5.10 :



Source: Arias et al. (2003).

Fattori di rischio per il suicidio

Disturbi psicologici

La metà dei tentativi di suicidio è depressa al momento dell'atto

Modelli neurobiologici

Ereditarietà del 48% per tentativi di suicidio

Bassi livelli di serotonina

Sistema HPA eccessivamente reattivo

Fattori sociali

Recessioni economiche

Notizie da parte dei media di suicidio

Isolamento sociale e mancanza di appartenenza sociale

Modelli psicologici

Deficit di risoluzione dei problemi

Senza speranza

Soddisfazione della vita

Impulsività

Miti sul suicidio

Table 5.9 Myths About Suicide

Common Myth	Contrary Evidence
People who discuss suicide will not actually commit suicide.	Up to three-quarters of those who take their own lives communicate their intention beforehand.
Suicide is committed without warning.	People usually give many warnings, such as saying that the world would be better off without them or making unexpected and inexplicable gifts of highly valued possessions.
Suicidal people want to die.	Most people are thankful after suicide is prevented.
People who attempt suicide by low lethality means are not serious about killing themselves.	Many people are not well informed about pill dosages or human anatomy. Because of this misinformation, people who really want to die sometimes make nonlethal attempts.

Source: Fremouw, De Perzel, & Ellis (1990).