DEPRESSIONE, ANSIA, SUICIDALITA': CLINICA E TRATTAMENTO

Gabriele MASI

IRCCS Stella Maris
Istituto per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza, Calambrone (Pisa)

UOC di Psichiatria e Psicofarmacologia dello Sviluppo

I livelli di gravità

Depressione lieve

- Sintomatologia (solo alcuni sintomi)
- Funzionamento (attività possibili, ma con fatica)

Depressione moderata

- Sintomatologia (presenti molti sintomi)
- Funzionamento (impedite alcune/molte attività)

Depressione grave

- Sintomatologia (presenti quasi tutti i sintomi)
- Funzionamento (impedite tutte o quasi le attività)
- (con sintomi psicotici congrui o incongrui)

National Comorbidity Survey-Adolescent 10.123 adolescenti, 13-18 anni (Avenevoli et al., 2015)

- Depressione: 2.8% in < 13 aa, 5.6% in 13-18 aa (prevalenza lifetime 11.0%, 12 mesi 7.5%).
- Forme gravi 3.0% e 2.3% (1/4 del totale).
- Compromissione funzionale 5 volte superiore nei gravi rispetto ai lievi-moderati, maggiore rischio di pensieri e comportamenti suicidari.

Meno della metà riceve diagnosi e trattamenti

Il suicidio è la3° causa di morte tra 15 e 24 anni

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

Episodi depressivi maggiori, almeno due settimane

umore depresso o irritabile ridotto interesse o piacere in attività prima interessanti

riduzione (aumento) dell'appetito e/o del peso corporeo disturbo del sonno (riduzione, aumento, inversione) agitazione o rallentamento psicomotorio visibile faticabilità, perdita di energia sentimenti di indegnità o colpa difficoltà di concentrazione, pensiero, decisione pensieri di morte ricorrenti, ideazione suicidaria

- Compromissione funzionale significativa

	Total	Males	Females	Child	Adol
	(100)	(57)	(43)	(36)	(64)
Depress	69	37(65%)	32(74%)	27(75%)	42(65%)
Irritability	86	47(82%)	39(91%)	31(86%)	55(86%)
Guilt	61	30(53%)	31(72%)	24(67%)	37(58%)
Anhedon	53	31(54%)	22(51%)	12(33%)	41(64%)*
Fatigue	73	43(75%)	30(70%)	30(83%)	43(67%)
Concentr	58	37(65%)	21(49%)	19(53%)	39(61%)
Hyperact	45	29(51%)	17(39%)	15(42%)	31(48%)
Hypoactiv	17	9(16%)	8(19%)	3(8%)	11(17%)
Insomnia	45	25(44%)	20(46%)	16(44%)	29(45%)
Hypersom	n 10	4(7%)	6(14%)	2(5%)	8(12%)
Red appet	t 29	18(32%)	11(26%)	11(30%)	18(28%)
Incr appet	12	7(12%)	5(12%)	2(5%)	10(16%)
Death th	31	20(35%)	17(39%)	5(14%)	32(50%)*
Self-image	e 79	46(81%)	33(77%)	30(83%)	49(76%)
Hopeless	52	30(53%)	22(51%)	16(44%)	36(56%)
		(Masi e	et al., Can	J Psychiatry	y, 2003)

INTERAZIONE GENIAMBIENTE

Fattori genetici non solo aumentano direttamente il rischio depressivo (> 3-4 volte), ma anche influenzano gli effetti dei fattori ambientali (gene-environment interaction), ed aumentano il rischio di esposizione a contesti ambientali a rischio (gene-environment correlation) (Lau e Eley 2008)

DEPRESSIONE MELANCOLICA Grave anedonia e mancanza di reattività dell'umore

- •Umore depresso
- •Perdita di peso e di appetito
- •Agitazione/rallentamento psicomotorio
- •Risvegli mattutini precoci
- •Senso di colpa eccessivo ed irragionevole
- •Umore peggiore al mattino

TCA > SSRI (NSRI?)

DEPRESSIONE ATIPICA

Ipersonnia (letargia), aumento di appetito e peso (craving di carboidrati), rallentamento motorio, (faticabilità), peggioramento serale.

Sensitività interpersonale:

- . ipersensibilità a rifiuto/abbandono/separazione
- . sentirsi feriti da critiche/offese di modesta entità
- . voracità affettiva, gelosia, sospettosità,
- . reattività emotiva negativa (aggressità, rabbia)
- . auto-commiserazione,
- comportamenti istrionici (es. tentativi di suicidio dimostrativi).

DEPRESSIONE ED IPERSENSITIVITA'

L'esagerata reattività emotiva in situazioni di stress e nelle relazioni interpersonali può favorire una distorta percezione di esperienze "traumatiche", storie personali caratterizzate da frequenti "abusi emotivi", traumi ripetuti in diversi contesti (scuola, famiglia, vita sociale, relazioni affettive).

La attribuzione psicotraumatica della depressione può essere fuorviante rispetto alla valutazione della fragilità emotiva.

Depressione e PTSD in adolescenti

Adolescenti con storia di trauma sono ad alto rischio di depressione, ma anche di suicidalità senza apparente depressione.

Possibilità di depressione senza PTSD (Lipschitz et al., 1999; Allwood et al., 2008).

Depressione e PTSD: comorbidità-diagnosi differenziale

Umore negativo, irritabilità, disturbi del sonno possono simulare la depressione, sintomi vegetativi ed anedonia più tipici di depressione.

Depressione, PTSD e suicidalità

La depressione in adolescenti traumatizzati è più spesso <u>resistente ai trattamenti</u>, presenta <u>maggiore ricorrenza</u> (Heim et al., 2010), è ad alto rischio di <u>suicidalità</u> (Lewis et al., 2010).

Ideazione suicidaria è più grave, più frequenti tentativi di suicidio, associate a comportamenti autolesivi <u>anche in maschi</u> (Chemtob et al., 2011). Il 20% dei tentativi di suicidio è su base posttraumatica? (Brown et al., 1999; Brent et al., 2002).

Valutare suicidalità in ogni adolescente con trauma.

Depressione psicotica

- Umore depresso con allucinazioni-deliri (non sempre espliciti), congrui (o non congrui) con l'umore:
- > gravità, > resistenza, > bipolarità, >> suicidalità.
- Ulloa et al. (2000): 9.2 % di bambini-adolescenti con disturbo depressivo hanno sintomi psicotici
- Nel follow-up (4 anni) <u>nessun soggetto con</u> <u>depressione psicotica ha avuto una evoluzione</u> <u>schizofrenica</u> ed i sintomi psicotici sono stati presenti solo nell'episodio affettivo (Calderoni et al., 2001)

<u>Diagnosi differerenziale con disturbo schizofrenico</u> (sintomi depressivi interpretati come sintomi negativi)

Diagnosi differenziale

Depressione psicotica in età evolutiva:

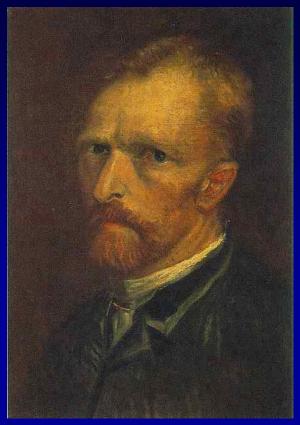
- più frequente in familiarità bipolare
- •decorso cronico e stabilità di diagnosi,
- •sintomi psicotici spesso congruenti con l'umore
- •allucinazioni (+ uditive) > di deliri,
- •più rari disturbi del pensiero (durante l'episodio affettivo)
- •comportamento e linguaggio non disorganizzati
- •non deterioramento
- frequente evoluzione bipolare
- •più frequente uso di antipsicotici.

DEPRESSIONE BIPOLARE: alternata o associata a (ipo)mania, <u>euforica o non euforica</u>

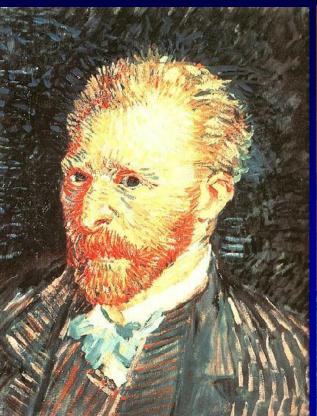
EPISODIO (IPO)MANIACALE (DSM 5)

Umore persistentemente elevato o irritabile almeno 4 (7) giorni, con 3 (4 se umore irritabile): autostima ipertrofica o grandiosità ridotto bisogno di sonno logorrea fuga delle idee distraibilità aumento della attività finalizzata

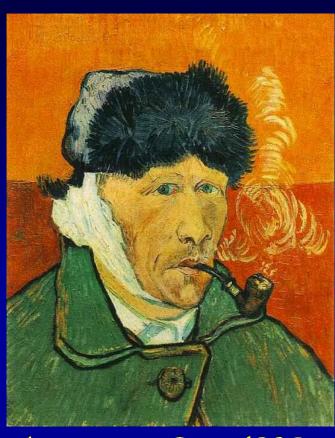
coinvolgimento in attività piacevoli ma pericolose







Arles, 1888



Auvers sur Oise, 1890

Unipolar Depression

Mood Switching (looks like a flight into health!)

Stage of Complications

Sottovalutazione di depressione bipolare:

- ✓ sopravvalutazione della «depressione»
- ✓ sopravvalutazione del criterio "euforia"
- negazione della eccitazione non euforica,
 (Impulsivity, hostility, hyper-reactivity, interpersonal)

sensitivity, sensation seeking, risk-taking behaviors, excitement, inner tension...)

Il 30% dei disturbi depressivi è un DB?

Depressione mista

Depressione+(Ipo)mania non euforica:

- irritabilità,
- iperattività mentale

```
(accelerazione del pensiero, fuga delle idee, affollamento-sovrapposizione dei contenuti, passaggio da un pensiero all'altro),
```

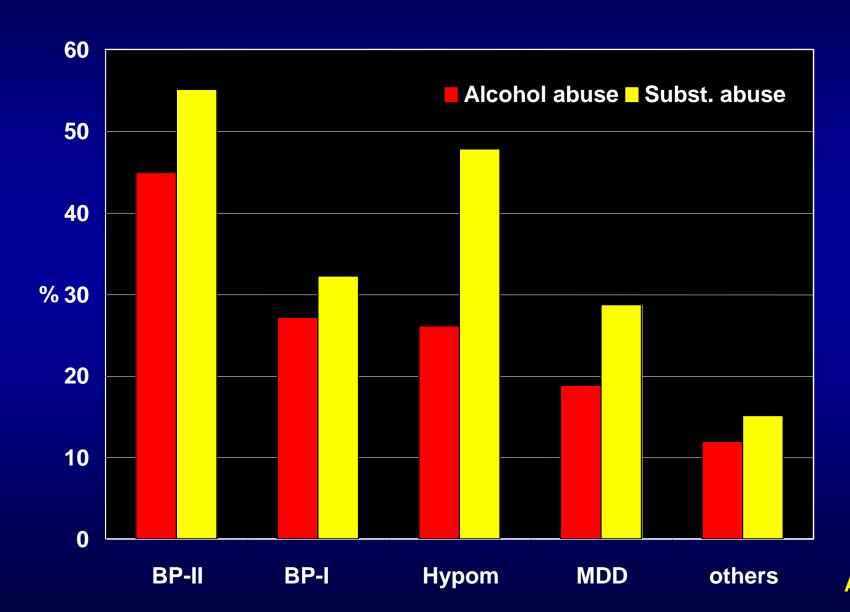
- iperattività comportamentale (agitazione psicomotoria, logorrea).

Familiarità per disturbo bipolare Elevato rischio suicidario (antidepressivi??)

Il "lato oscuro" (Dark) della ipomania

- Vita errabonda
- Relazioni interpersonali instabili
- Guida imprudente
- Spese elevate, acquisti eccessivi
- Comportamenti economici superficiali o a rischio
- Elevata irritabilità, impazienza
- Attenzione labile
- Ipersessualità (promiscuità, condotte a rischio)
- Elevato consumo di sigarette, caffè
- Elevato consumo di alcool e sostanze di abuso
- Comportamenti autolesivi

Alcohol and Substance Abuse



SUICIDE RISK IN BIPOLAR DISORDER

- 25% of the patients attempt suicide (depressive/mixed states)
- Up to 10-15% of patients will die from suicide
 - Estimated at 30× the general population
 - History of hospitalization ↑ risk
- More suicide attempts and completions in bipolar II

Goodwin & Jamison. *Manic-Depressive Illness*. New York, NY: Oxford University Press; 1990. Rihmer et al. *J Affect Disord*. 1990;18:221-5. Rihmer & Pestality. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22:667-73. Bostwick & Pankratz. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1925-32.

COMORBIDITA'

Disturbi d'ansia, in particolare disturbo d'ansia di separazione, disturbo d'ansia generalizzata, ansia sociale e disturbo di panico, sono presenti in molti bambini ed adolescenti depressi.

Una fase ansiosa (es. ansia di separazione con difficoltà di frequenza scolastica, o fobie semplici) può precedere la sintomatologia depressiva soprattutto in fase pre-puberale. Multipli disturbi d'ansia nella depressione infantile può essere un precursore bipolare.

PREVALENZA

I disturbi d'ansia sono i disturbi psichiatrici più diffusi nel mondo (9.9%-16.7% worldwide) (Kessler et al. 2007).

In ambito pediatrico la prevalenza stimata oscilla tra il 6 ad il 18% dei bambini ed adolescenti (Verhulst et al., 1997).

Circa il 50% di tutti i disturbi d'ansia hanno il loro esordio prima degli 11 anni, ed il 75% prima dei 21 (Beesdo et al. 2009).

Disturbi d'ansia nel DSM 5

Separation anxiety disorder

Selective mutism

Specific phobias

Social anxiety disorder (social phobia)

Panic disorder

Agoraphobia (trasporti, spazi aperti, spazi

chiusi, folla, fuori casa da soli)

Generalized Anxiety Disorder

COMORBIDITA'

I disturbi di ansia sono spesso associati, e oltre il 70% dei bambini o adolescenti presenta 2 o più disturbi d'ansia.

E' inoltre molto frequente la comorbidità con disturbi dell'umore (sia depressivi che bipolari).

DEPRESSIONE E COMORBIDITA'

ADHD: nel il 30% dei bambini e nel 15% degli adolescenti con depressione acuta o cronica.

La dimensione impulsiva dell'ADHD aumenta il rischio suicidario, in particolare in fase acuta?

Disturbi del comportamento (disturbo oppositivoprovocatorio, disturbo della condotta) nel 20-30% di adolescenti depressi.

<u>Depressione + disturbo della condotta:</u> aumento di rischio sostanze e comportamenti impulsivi autolesivi (tentativi di suicidio, condotte pericolose, come incidenti stradali, overdose, ecc).

Depression with or without ADHD: suicidal risk

Chronis-Tuscano et al. 2010: prospective follow-up of a cohort of 125 ADHD children. The cohort resulted at greatly increased risk for meeting criteria for major depression or dysthymia (hazard ratio, 4.32) and for attempting suicide (hazard ratio, 3.60) through the age of 18 years, relative to comparison children.

Patros et al., 2013: 1.056 college students with depressed mood, and found that ADHD symptoms significantly moderated the relationship between depressed mood, suicidal thoughts and suicide attempts, but did not moderate the relationship between depressed mood and self-harm.

STORIA NATURALE

- Durata: 6-9 mesi (50% 12 mesi; 20% 24 mesi) (1-2 mesi in campioni non clinici)
- Guarigione: 70-90% entro 2 anni
- Cronicizzazione: 10% (20% dura 2 anni)
- Guarigioni parziali (ansiosa o apatico-anedonica)
- Recidive (40-50% a 5 anni): ambiente, esordio, gravità di episodi precedenti, comorbidità, terapie.
- Depressione doppia (depressione cronica più lieve con periodiche acutizzazioni)
- Disturbo bipolare (20-30% a 5 anni?): familiarità

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition

TABLE 10. Risk Factors for Recurrence of Major Depressive Disorder

Persistence of subthreshold depressive symptoms

Prior history of multiple episodes of major depressive disorder

Severity of initial and any subsequent episodes

Earlier age at onset

Presence of an additional nonaffective psychiatric diagnosis

Presence of a chronic general medical disorder

Family history of psychiatric illness, particularly mood disorder

Ongoing psychosocial stressors or impairment

Negative cognitive style

Persistent sleep disturbances

Comportamento suicidario

Comportamento autolesivo con lo scopo di uccidersi

- Comprende i tentativi di suicidio ed i suicidi completati
- La finalità può essere esplicita o inferita
- I tentativi possono avere diversi livelli di letalità
- Sono esclusi atti autolesivi sensa finalità di uccidersi (es. tagli, bruciature, graffi, ecc)

"Suicidalità": una categoria più ampia

- Pensieri suicidari
 - -Incostanti
 - -Vaghi
 - -Senza pianificazione

- -Ricorrenti
- -Persistenti, pervasivi
- -Con pianificazione

Suicidalità

 Atti preparatori finalizzati ad un tentativo

- Interrotti dal soggetto
- Interrotti da altri
- Esitati in un tentativo di suicidio

Suicidalità

- Tentativo di suicidio
 - Interrotto dal soggetto
 - Interrotto da altri
 - Realizzato
 - -Senza implicazioni mediche
 - –Con implicazioni mediche (+/- gravi)
 - -Con morte (suicidio)

Cause di morte in adolescenza

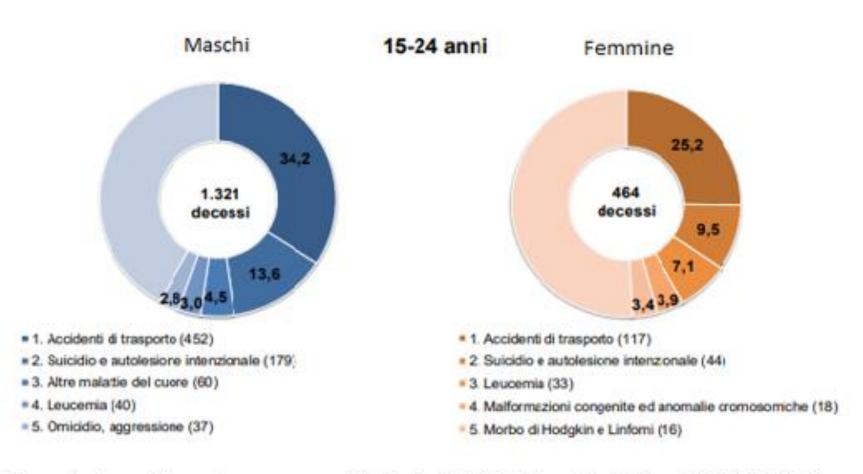


Figura 2: Cause di morte per genere nella fascia d'età 15-24 anni in Italia nel 2012 (ISTAT, 2014).

	matology in patients v	500000000000000000000000000000000000000	COLUMN TO SERVICE DE LA COLUMN	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100	Adolescents
Symptoms	Whole sample (n = 100)	Males (n = 57)	Females (n = 43)	Children (n = 36)	(n = 64)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Irritability	86	47 (82.4)	39 (90.7)	31 (86.1)	55 (85.9)
Low self-concept	79	46 (80.7)	33 (76.7)	30 (83.3)	49 (76.5)
Fatigue		43 (75.4)	30 (69.7)	30 (83.3)	43 (67.2)
Depressed mood	69	37 (64.9)	32 (74.4)	27 (75.0)	42 (65.6)
Guilt	61	30 (52.6)	31 (72.1)	24 (66.7)	37 (57.8)
Concentration difficulties	58	37 (65.0)	21 (48.8)	19 (52.7)	39 (61.0)
Anhedonia	53	31 (54.3)	22 (51.2)	12 (33.3)	41 (64.0)
Hopelessness	52	30 (52.6)	22 (51.2)	16 (44.4)	36 (56.2)
Psychomotor agitation	46	29 (50.8)	17 (39.5)	15 (41.7)	31 (48.4)
Insomnia	45	25 (43.8)	20 (46.5)	16 (44.4)	29 (45.3)
Death thoughts	36	19 (33.3)	17 (39.5)	5 (13.9)	31 (48.4) ^a
Reduced appetite	29	18 (31.6)	11 (25.6)	11 (30.5)	18 (28.1)
Psychomotor retardation	17	9 (15.8)	8 (18.6)	6 (16.6)	11 (17.2)
Increased appetite	12	7 (12.3)	5 (11.6)	2 (5.5)	10 (15.6)
Hypersomnia	10	4 (7.0)	6 (13.9)	2 (5.5)	8 (12.5)

(Masi et al., Can J Psychiatry, 2003)

Table 2 Depressive symptomatology in patients with dysthymic disorder according to age-sex groups							
Male children (n = 21) n (%)	Female children (n = 15) n (%)	Male adolescents (n = 36) n (%)	Female adolescents (n = 28) n (%)				
17 (80.9)	12 (80.0)	22 (61.1)	20 (71.4)				
19 (90.5)	11 (73.3)	27 (75.0)	22 (78.6)				
17 (80.9)	13 (86.6)	26 (72.2)	17 (60.7)				
15 (71.4)	12 (80.0)	22 (61.1)	20 (71,4)				
12 (57.1)	12 (80.0)	18 (50.0)	19 (67.8)				
10 (47.6)	9 (60)	27 (75.0)	12 (42.8)				
8 (38.1)	4 (26.6)	23 (63.9)	18 (64.3)				
9 (42.8)	7 (46.6)	21 (58.3)	15 (53.6)				
10 (47.6)	5 (33.3)	19 (52.8)	12 (42.8)				
10 (47.6)	6 (40.0)	15 (41.6)	14 (50.0)				
5 (23.8)	0 (0,0)	15 (41.6)	17 (60.7) ^a				
8 (38.1)	3 (20.0)	10 (27.8)	8 (28.6)				
3 (14.3)	3 (20.0)	6 (16.6)	5 (17.8)				
2 (9.5)	0 (0.0)	5 (13.9)	5 (17.8)				
4 (7.0)	6 (13.9)	2 (5.5)	8 (12.5)				
	Male children (n = 21) n (%) 17 (80.9) 19 (90.5) 17 (80.9) 15 (71.4) 12 (57.1) 10 (47.6) 8 (38.1) 9 (42.8) 10 (47.6) 5 (23.8) 8 (38.1) 3 (14.3) 2 (9.5)	Male children (n = 21) Female children (n = 15) n (%) n (%) 17 (80.9) 12 (80.0) 19 (90.5) 11 (73.3) 17 (80.9) 13 (86.6) 15 (71.4) 12 (80.0) 12 (57.1) 12 (80.0) 10 (47.6) 9 (60) 8 (38.1) 4 (26.6) 9 (42.8) 7 (46.6) 10 (47.6) 5 (33.3) 10 (47.6) 6 (40.0) 5 (23.8) 0 (0.0) 8 (38.1) 3 (20.0) 3 (14.3) 3 (20.0) 2 (9.5) 0 (0.0)	Male children $(n=21)$ Female children $(n=36)$ Male adolescents $(n=36)$ n (%) n (%) n (%) 17 (80.9) 12 (80.0) 22 (61.1) 19 (90.5) 11 (73.3) 27 (75.0) 17 (80.9) 13 (86.6) 26 (72.2) 15 (71.4) 12 (80.0) 22 (61.1) 12 (57.1) 12 (80.0) 18 (50.0) 10 (47.6) 9 (60) 27 (75.0) 8 (38.1) 4 (26.6) 23 (63.9) 9 (42.8) 7 (46.6) 21 (58.3) 10 (47.6) 5 (33.3) 19 (52.8) 10 (47.6) 6 (40.0) 15 (41.6) 5 (23.8) 0 (0.0) 15 (41.6) 8 (38.1) 3 (20.0) 6 (16.6) 2 (9.5) 0 (0.0) 5 (13.9)				

(Masi et al., Can J Psychiatry, 2003)

Self-Reported Depressive Symptoms in a School Sample of Italian Children and Adolescents

Paola Poli, PhD Barbara Sbrana, PhD Mara Marcheschi, MD Gabriele Masi, MD

IRCCS Stella Maris, Scientific Institute of Child Neurology and Psychiatry, Calambrone (Pisa), Italy

ABSTRACT: This study reports on self-reported depressive symptoms, assessed with the Children's Depression Inventory (CDI), in a school sample of 685 Italian students. The participants were 254 males and 431 females, the age range of the subjects was 8 to 17 years (mean age 13.0 ± 2.8 years). The CDI mean score was 10.49 ± 2.76. According to our data, about 10% of the subjects scored higher than the clinical threshold of 20. More than 1/3 of the students reported thoughts of death, but only 2.2% had explicit suicidal ideation. Girls scored higher than boys, and young adolescents (11–13 years) scored lower than pre-pubertal children and older adolescents, and showed fewer thoughts of death. Factorial analysis yielded seven factors, a general factor with no predominant theme, two factors related to academic self-image and body image, and four related to anhedonia-withdrawal, hypocondria-asthenia, irritability-opposition, and loss of appetite.

KEY WORDS: depression; CDI; children; adolescents; community sample.

Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents

Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement

Matthew K. Nock, PhD; Jennifer Greif Green, PhD; Irving Hwang, MA; Katie A. McLaughlin, PhD; Nancy A. Sampson, BA; Alan M. Zaslavsky, PhD; Ronald C. Kessler, PhD

JAMA Psychiatry 2013

Table 1. Lifetime Prevalence of Adolescent Suicidality in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement

Adolescents, % (SE)						
Total Sample (N=6483)			Lifetime Ideators			
Ideation	Plan	Attempt	Plan (n=717)	Attempt (n=717)	Attempt Among Those With a Plan (n=203)	Attempt Among Those With No Plan (n=514)
4F 0 (4 0) 8	F 4 (0.0) 3	0.0 (0.0)3	00.0 (4.1)	40.0 (0.0)3	00.0 (4.0)3	05.0 /5.0\3
` '	` '	` '	٠, ,	, ,	` '	25.9 (5.8) ^a
` '	` '	` '	٠, ,	33.9 (3.7)	60.8 (4.8)	11.7 (2.8) 20.4 (4.1)
	15.3 (1.2) ^a 9.1 (0.8)	(N=6483) Ideation Plan 15.3 (1.2) ^a 5.1 (0.8) ^a 9.1 (0.8) 3.0 (0.6)	(N=6483) Ideation Plan Attempt 15.3 (1.2) ^a 5.1 (0.8) ^a 6.2 (0.9) ^a 9.1 (0.8) 3.0 (0.6) 2.1 (0.5)	Total Sample (N=6483) Ideation Plan Attempt Plan (n=717)	Total Sample (N=6483) Plan Attempt (n=717) 15.3 (1.2) ^a 5.1 (0.8) ^a 6.2 (0.9) ^a 33.3 (4.1) 40.6 (3.9) ^a 9.1 (0.8) 3.0 (0.6) 2.1 (0.5) 33.4 (5.2) 23.3 (4.9)	Total Sample (N=6483) Plan

^aSignificant sex difference at P < .05, determined by a 2-sided test.

If you don't ask you don't know

- 90% of suicide victims suffered from a mental disorder
- 60% of suicide victims met their primary care physician in the month prior to suicide

Mann et al., JAMA, 2005

Asking is not dangerous



SCALA DELLA COLUMBIA UNIVERSITY PER LA VALUTAZIONE DELLA **GRAVITÀ** DEL RISCHIO DI SUICIDIO (C-SSRS)

(C-SSRS)

IDEAZIONE SUICIDARIA

1. Desiderio di essere morto/a

Ha desiderato di essere morto/a o di potersi addormentare e non svegliarsi più?

2. Pensieri suicidari attivi non specifici

Ha pensato veramente di uccidersi? (ad es. "Ho pensato di uccidermi")

3. Ideazione suicidaria attiva con qualsiasi metodo (nessun piano) senza l'intenzione di agire

Ha pensato a come potrebbe farlo?

4. Ideazione suicidaria attiva con qualche intenzione di agire, senza un piano specifico

Ha avuto questi pensieri e qualche intenzione di metterli in pratica?

5. Ideazione suicidaria attiva con un piano specifico e con intenzione

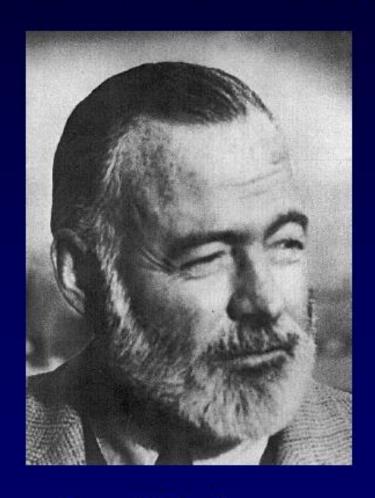
Ha iniziato ad organizzare o ha già organizzato i dettagli di come uccidersi? Ha intenzione di realizzare questo piano?

RISCHIO SUICIDARIO

Fattori di rischio suicidario:

- pregressi tentativi
- depressione bipolare
- depressione psicotica
- depressione unipolare
- disturbo di personalità ("vuoto", impulsività)
- dipendenza da sostanze
- depressione con disturbo della condotta
- calo scolastico
- familiarità (depressione, suicidio)
- famiglie violente, impulsive, abuso familiare
- relazioni patologiche (grado di comunicazione)
- eventi vitali

Suicidal Behavior Runs in Families (A Roy et al 1990, DA Brent et al., 1996)



Ernest Hemingway

Non-Suicidal Self Injury (NSSI)

- Criterio primario è che il soggetto si produca lesion (es. tagli, ustioni, colpi) <u>in</u> assenza di un intento suicidario
- Obiettivo principale (prevalente in adolescenti e/o giovani adulti, in particolare femmine) è di ridurre il dolore mentale, le emozioni negative, il senso di ansia, di vuoto o di tensione emotiva o tentare di risolvere un conflitto relazionale (in modo più o meno esplicito).

Non-Suicidal Self Injury (NSSI)

- Sensazione immediata di sollievo
- Se vi è una comportamento ripetitivo di self-cutting si rileva un meccanismo di craving con una sensazione di urgenza e necessità di agire, con aumento del numero delle ferite e della loro profondità
- La maggior parte di questi pazienti non hanno mai avuto contatti con i servizi sanitari
- E' inserito in appendice III di DSM-5.

Non-Suicidal Self Injury (NSSI)

Caratteristiche dei soggetti con NSSI:

- Fobia sociale o difficoltà relazionali
- Emozionalità negativa e profilo internalizzante
- Stress generalizzato
- Importanti aspetti ansiosi
- Eccessiva autocritica o ridotta autostima
- Frequenti pensieri sulla necessità di compiere agiti self-cutting (compulsione)
- Difficoltà di autocontrollo (impulsività)
- Ruminazioni prima di compiere l'atto autolesivo
- Rapporto tra NSSI e rischio suicidario??

Self-harm and suicide in adolescents

Keith Hawton, Kate E A Saunders, Rory C O'Connor

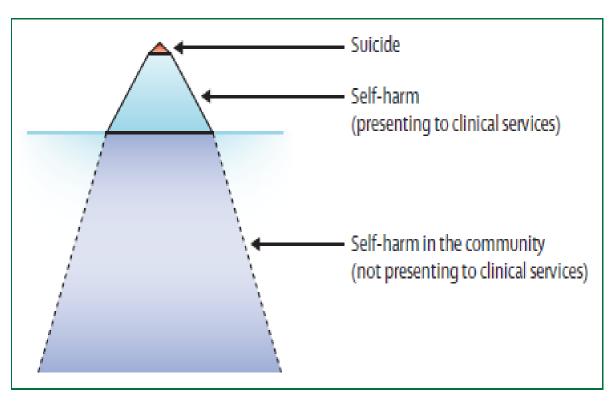


Figure 1: Representation of the relative prevalence self-harm and suicide in young people

TRATTAMENTO: intervento educativo

Forme lievi, esordio precoce e recente

- . Incontri non strutturati di sostegno
- . Alleanza terapeutica con bambino e famiglia
- . Spiegazione del significato dei sintomi
- . Impatto dei sintomi sulla qualità della vita
- . Strategie di coping
- . Gestione dei sensi di colpa
- . Rapporti con scuola-insegnanti (fobie scolari)
- . Ipotesi e obiettivi del trattamento

Psicoterapie

- Efficacia di interventi psicoterapeutici a diverso orientamento, sia in fase acuta che in mantenimento, in particolare nelle forme meno gravi, senza sintomi psicotici e bipolari, in tutte le fasce d'età (Harrinton et al. 1998; Mufson et al. 2004; Ryan 2005; TADS team 2004-2006).
- La terapia cognitivo-comportamentale e ad orientamento psicodinamico risultano gli approcci con maggiore efficacia, in particolare per bambini ed adolescenti con buone capacità verbali (Harrington et al 1998; Mufson et al 2004)

Moderators of Treatment Effects (TADS) Severity of depression:

Moderate: COMB>FLX>CBT=PBO

Marked-severe: COMB=FLX>PBO=CBT

According to TADS, medication alone was as effective as combination treatment for severely depressed adolescents (CBT did not add anything).

The advantage of COMB over med only was evident only for youths with mildly or moderately severe depression

Eur Child Adolesc Psychiatry (2016) 25:235–245 DOI 10.1007/s00787-015-0726-0



ORIGINAL CONTRIBUTION

Psychotropic medicine prescriptions in Italian youths: a multiregional study

Daniele Piovani¹ · Antonio Clavenna¹ · Massimo Cartabia¹ · Maurizio Bonati¹

Received: 16 December 2014 / Accepted: 18 May 2015 / Published online: 28 May 2015

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

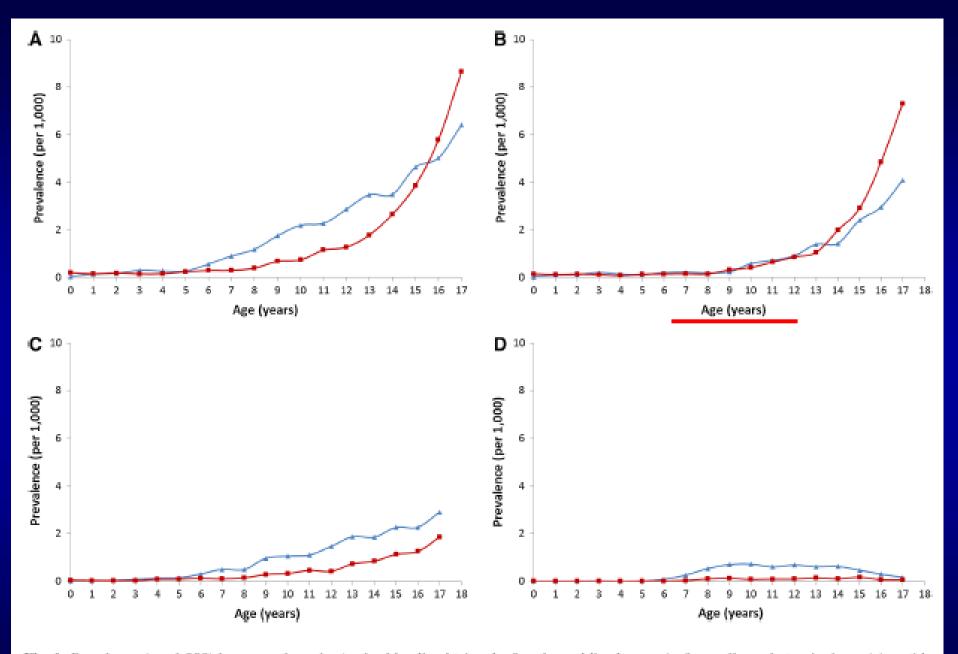


Fig. 1 Prevalence (per 1,000) by age and gender (male: blue lined triangle; female: red lined square) of overall psychotropic drugs (a), antidepressants (b), antipsychotics (c), and ADHD medications (d)

Table 4 Prevalence rates (‰) of antidepressants (AD drugs), antip-sychotics (AP drugs), and ADHD medications observed in ≤18 years old in western countries in the last 10 years

Country	AD drugs	AP drugs	ADHD drugs
USA (New England)	27-38 (2007- 2010) ^a	7–26 (2007– 2010) ^a	42-77 (2007- 2010) ^a
UK	n.a.	0.77 (2005)	9.2 (2008) ^b 7.4 (2008) ^c
Germany	4.8 (2010)	3.2 (2012)	n.a.
The Netherlands	2.0 (2005)	6.8 (2005)	21 (2007) ^d
France	3 (2010)	3 (2010)	2 (2010)
Denmark	2.67 (2010)	2.05 (2010)	7.29 (2010)
Iceland	n.a.	n.a.	12.5 (2007)
Finland	5.93 (2005)	n.a.	1.2 (2007)
Sweden	n.a.	n.a.	2.5 (2007)
Norway	7.0 (2010)	n.a.	4.7 (2007)
Canada	15.4 (2007)	7.4 (2008)	21 (2007)
Italy	1.02 (2011)	0.70 (2011)	0.19 (2011)

Data concerning Italian children are reported in bold characters

European Medicines Agency (EMEA) 06.06.2006

- "..estensione della indicazione della fluoxetina in bambini di 8 anni o più, con depressione moderata o grave, che non hanno risposto a terapia psicologica. I benefici dell'uso di fluoxetina superano i rischi, ma la casa produttrice è chiamata ad ulteriori studi sul profilo di sicurezza".
- ".. La fluoxetina dovrebbe essere usata <u>in associazione con psicoterapia</u> in pazienti che <u>non hanno risposto alla sola psicoterapia per 4-6 sedute</u>"
- "Dose iniziale 10 mg, eventualmente 20 mg dopo 1-2 settimane; valutazione per almeno 9 settimane"

•1: SSRIs (Monotherapy):

Fluoxetine is the antidepressant of choice.

Non responders to fluoxetine

•2a: SSRIs (Monotherapy):

Switching to alternate SSRI (monotherapy) for youth who did not experience adequate improvement: escitalopram, sertraline, citalopram

•2b: Venlafaxine (Monotherapy):

Most important side effects of SSRIs:

- . Behavioral activation, aggression, hostility.
- . Gastrointestinal symptoms: first days, nausea, dyspepsia, reflux, dose related, go away with time.
- . Sexual symptoms: less studied in adolescents, less frequent than in adults (?). Management with 5HT2_a blockers mirtazapine, trazodone
- . Frontal lobe syndrome: apathy, disinterest, not caring about consequences, lack of emotional involvement and responsiveness, dose-related (disinhibition if provoked).
- . Headache, increased sweating, disruptive sleep
- . Manic switch
- . Suicidality

•3: Alternate Antidepressant Monotherapy

Monotherapy with AD with different mechanism of action: Tryciclics, Mirtazapine, Trazodone, Bupropion, Duloxetine, MAOi.

Vortioxetine

4: Combination of Antidepressants

SSRI (Fluoxetine) plus: Mirtazapine, Trazodone, Venlafaxine, Tryciclics, Bupropion.

5: Augmentation: Lithium (bipolar, suicidal), Antipsychotics (psychotic depression)

FARMACOTERAPIA DELL'ANSIA

Non esistono farmaci con indicazione per i disturbi d'ansia in età pediatrica, sebbene studi controllati contro placebo indicano che gli SSRI (sertralina, fluvoxamina) siano efficaci in questa fascia di età, con effect size e number needed to treat migliore che per la depressione.

PHARMACOTHERAPY

(Ipser and Hoppe, Cochrane Library 2010)

22 short-term (12-16 weeks) controlled studies (2519 patients) (18 parallel group, 4 cross-over) (18 North-American) The overwhelming majority of evidence of efficacy is for SSRIs

Mean age of participants: 12 years

Responders to medications: 59%

Responders to placebo: 31%

NNT: 4

Effect both in OCD and non-OCD anxiety disorders.

Opzioni terapeutiche nel disturbo bipolare: Stabilizzatori dell'umore

- Litio, Acido valproico, associazione Li + VPA
- Carbamazepina o Oxcarbazepina
- Lamotrigina (depressione bipolare)

Antipsicotici

Solo in caso di impulsività/aggressività o sintomi psicotici

- Aripiprazolo, risperidone, olanzapine, quetiapina, lurasidone
- Mantenere l'associazione con stabilizzatore di umore
- Valutare appena possibile la sospensione dell'antipsicotico
- Monitorare aumento di appetito e di peso!

Durata del trattamento

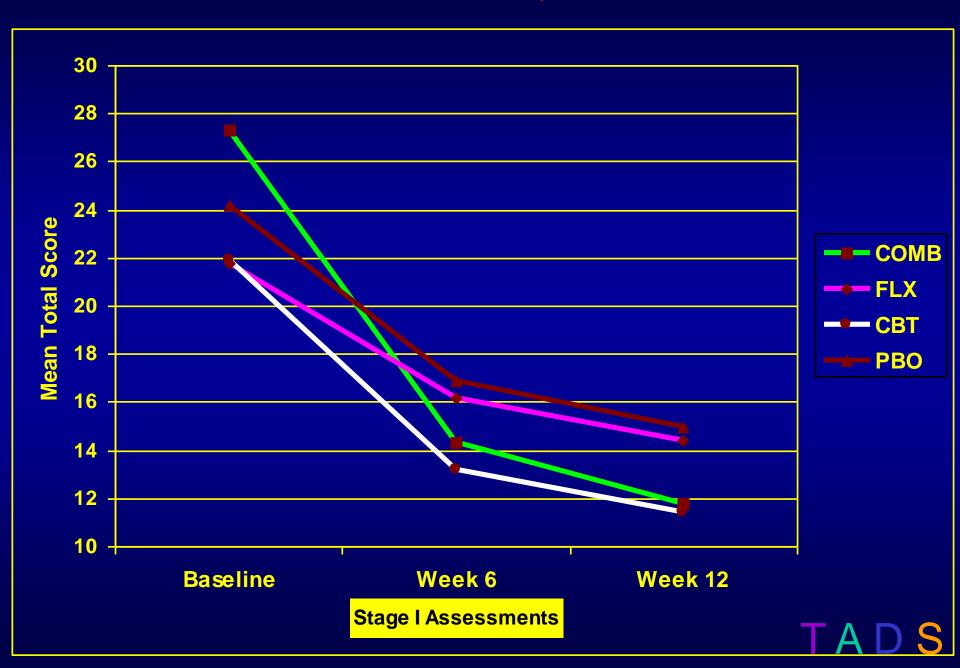
Dopo la risposta favorevole, il trattamento dovrebbe essere mantenuto per altri 8-12 mesi per depressione e disturbi d'ansia, 18-24 mesi per disturbo bipolare, per ottenere una piena remissione e prevenire le ricadute.

Una più precoce sospensione aumenta il rischio di ricadute.

Suicidalità TADS

Treatment for Adolescents with Depression Study

Suicidal Ideation Questionnaire



J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 October; 48(10): 997–1004. doi:10.1097/CHI. 0b013e3181b5db66.

Depressive Symptoms and Clinical Status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters Study (TASA)

Benedetto Vitiello, M.D., David Brent, M.D., Laurence L. Greenhill, M.D., Graham Emslie, M.D., Karen Wells, Ph.D., John T. Walkup, M.D., Barbara Stanley, Ph.D., Oscar Bukstein, M.D., Betsy D. Kennard, Psy.D., Scott Compton, Ph.D., Barbara Coffey, M.D., Mary F. Cwik, Ph.D., Kelly Posner, Ph.D., Ann Wagner, Ph.D., John S. March, M.D., Mark Riddle, M.D., Tina Goldstein, Ph.D., John Curry, Ph.D., Lisa Capasso, B.A., Taryn Mayes, M.S., Sa Shen, Ph.D., S. Sonia Gugga, M.S., J. Blake Turner, Ph.D., Shannon Barnett, M.D., and Jamie Zelazny, B.S.N., M.P.H.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 October; 48(10): 987–996. doi:10.1097/CHI. 0b013e3181b5dbe4.

The Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study: Predictors of Suicidal Events in an Open Treatment Trial

David Brent, MD², Larry Greenhill, MD³, Scott Compton, PhD⁵, Graham Emslie, MD⁴, Karen Wells, PhD⁵, John Walkup, MD⁷, Benedetto Vitiello, MD¹, Oscar Bukstein, MD², Barbara Stanley, PhD³, Kelly Posner, PhD³, Betsy Kennard, PsyD⁴, Mary Cwik, PhD⁷, Ann Wagner, PhD¹, Barbara Coffey, MD⁶, John March, MD⁵, Mark Riddle, MD⁷, Tina Goldstein, PhD², John Curry, PhD⁵, Shannon Barnett, MD⁷, Lisa Capasso, BA³, Jamie Zelazny, BSN, MPH², Jennifer Hughes, BA⁴, Sa Shen, PhD³, Sonia Gugga, MS³, and J. Blake Turner, PhD³

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009 Oct;48(10):997-1004. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181b5db66. Epub 2009 Sep 30.

Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study.

Vitiello B1, Brent DA, Greenhill LL, Emslie G, Wells K, Walkup JT, Stanley B, Bukstein O, Kennard BD, Compton S, Coffey B, Cwik MF, Posner K, Wagner A, March JS, Riddle M, Goldstein T, Curry J, Capasso L, Mayes T, Shen S, Gugqa SS, Turner JB, Barnett S, Zelazny J.

Author information

Abstract

OBJECTIVE: To examine the course of depression during the treatment of adolescents with depression who had recently attempted suicide.

METHOD: Adolescents (N = 124), ages 12 to 18 years, with a 90-day history of suicide attempt, a current diagnosis of depressive disorder (96.0% had major depressive disorder), and a Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) score of 36 or higher, entered a 6-month treatment with antidepressant medication, cognitive-behavioral therapy focused on suicide prevention, or their combination (Comb), at five academic sites. Treatment assignment could be either random or chosen by study participants. Intent-to-treat, mixed effects regression models of depression and other relevant ratings were estimated. Improvement and remission rates were computed with the last observation carried forward.

RESULTS: Most patients (n = 104 or 84%) chose treatment assignment, and overall, three fourths (n = 93) received Comb. In Comb, CDRS-R declined from a baseline adjusted mean of 49.6 (SD 12.3) to 38.3 (8.0) at week 12 and to 27.0 (10.1) at week 24 (p < .0001), with a Clinical Global Impression -defined improvement rate of 58.0% at week 12 and 72.2% at week 24 and a remission (CDRS-R ≤ 28) rate of 32.5% at week 12 and 50.0% at week 24. The CDRS-R and the Scale for Suicidal Ideation scores were correlated at baseline (r = 0.43, p < .0001) and declined in paralle

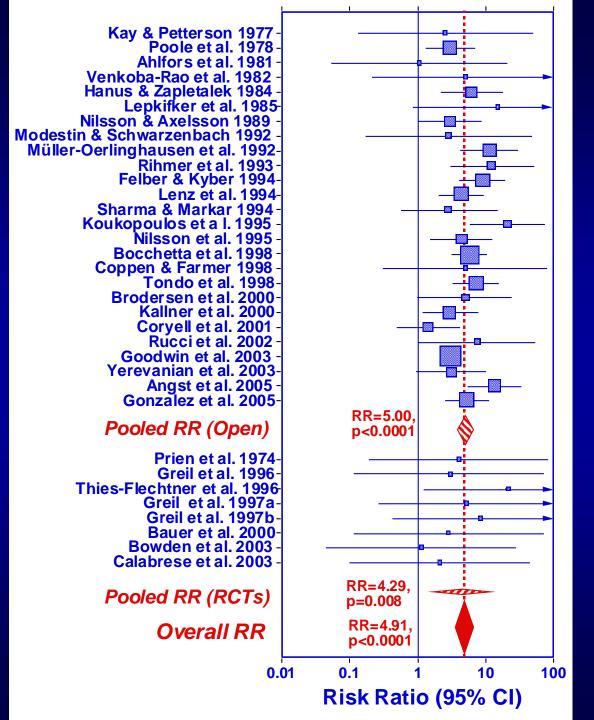
CONCLUSIONS: When vigorously treated with a combination of medication and psychotherapy, adolescents with depression who have recently attempted suicide show rates of improvement and remission of depression that seem comparable to those observed in nonsuicidal adolescents with depression.

Copyright © 2009 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Lithium vs. Suicidal Risk

RR = 4.91 [3.86–6.23] N=34 trials

Tondo et al, 2001; Baldessarini et al. 2005



Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis (Cipriani et al., BMJ 2013 Jun 27)

48 randomised controlled trials, 6674 participants, 15 comparisons.

Lithium more effective than placebo in reducing the number of suicides and deaths from any cause. No clear benefits in preventing deliberate self harm. In unipolar depression, lithium was associated with a reduced risk of suicide and of total deaths compared with placebo. Lithium generally better than the other active comparators, with small statistical variation between the results.

"La mente umana deve prima costruire le forme, indipendentemente, per poi poterle ritrovare nelle cose."

Albert Einstein, 1927

