

# PA Battistella, M Gatta, I Toldo

## SSD MED/39 - NPI



Disturbi internalizzanti in età evolutiva

# Disturbi d'ansia in età evolutiva

# Ansia

- Considerato uno degli affetti neg di base
- Funzione fondamentale adattiva (allerta le capacità anticipatorie e attiva la riorganizzazione dei processi psico-affettivi)
- Migliora le performance in quanto facilita attenzione e concentrazione
- Se diventa pervasiva (DAP e DOC) risulta paralizzante i processi mentali

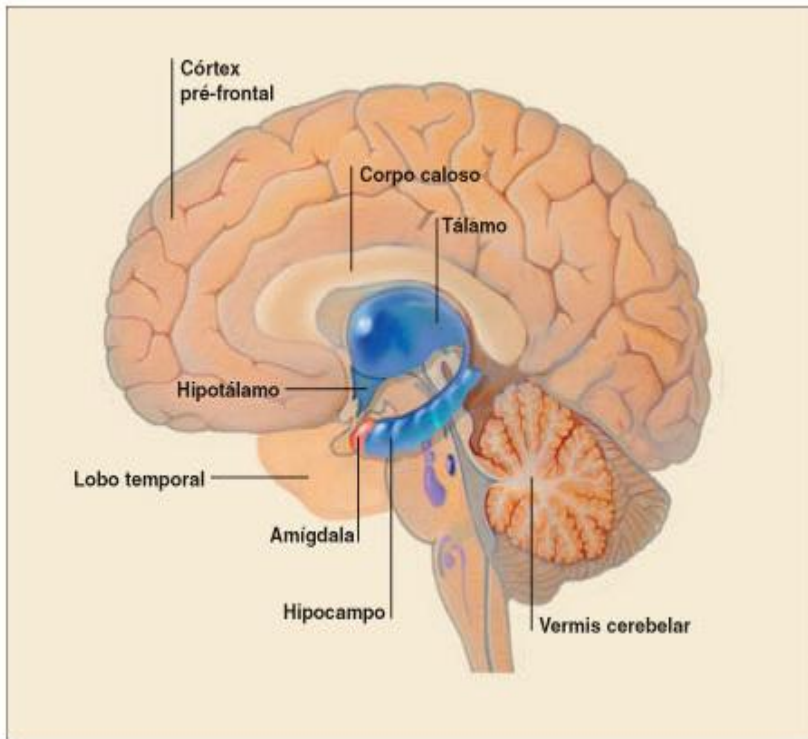
## Neurobiologia dell'ansia

Una chiave per comprendere l'ansia è quella di capire come la risposta da stress è regolata dal cervello.

La risposta da stress è la reazione coordinata a stimoli minacciosi. Si contraddistingue per:

- 1. Comportamento di evitamento;***
- 2. Aumento della vigilanza e dell'attivazione mentale;***
- 3. Attivazione della divisione simpatica del sistema nervoso autonomo;***
- 4. Rilascio di cortisolo da parte delle ghiandole surrenali.***

## Neurobiologia dell'ansia

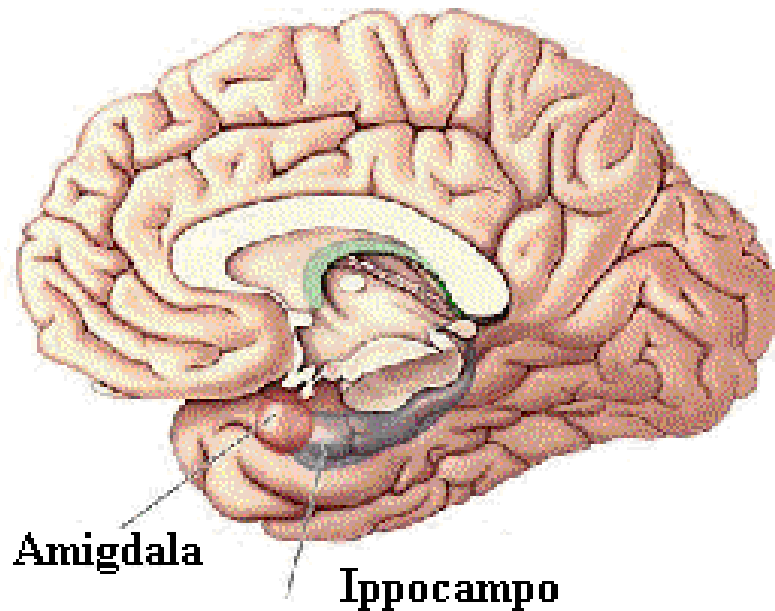


Il *talamo* svolge una funzione di collegamento primaria tra i sistemi sensoriali esteroceettivi (uditivi, visivi, somatosensoriali), e le *aree sensoriali primarie* della corteccia cerebrale, che proiettano l'input sensoriale alle *aree adiacenti associative* per l'elaborazione integrata dello stimolo.

Le *aree associative corticali* inviano quindi proiezioni a varie strutture cerebrali, come *amigdala*, corteccia entorinale, corteccia orbito frontale e il giro del cingolo.

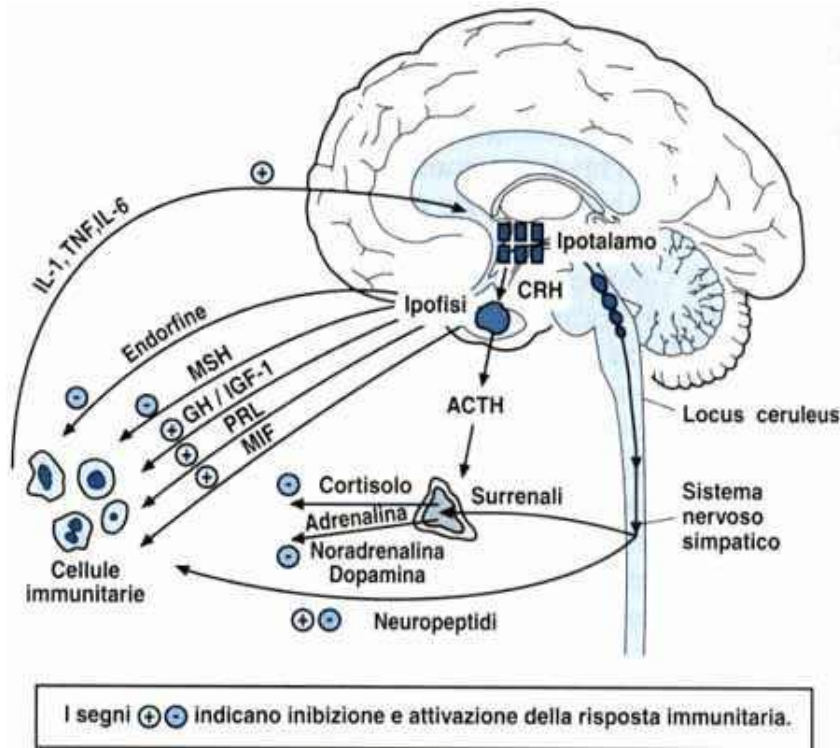
Da qui l'informazione viene trasferita alle *strutture sottocorticali* coinvolte nelle risposte affettive, comportamentali e somatiche.

## Neurobiologia dell'ansia



**L'amigdala** è l'area del cervello responsabile dell'acquisizione ed espressione della paura condizionata. Essa rappresenta l'epicentro degli eventi coinvolti nella modulazione degli stati d'ansia, nell'animale come nell'uomo, con un ampio spettro di connessioni reciproche con le strutture corticali, limbiche, implicate nella risposta emozionale, cognitiva, autonoma ed endocrina allo stress. Una differente decodificazione corticale dello stressor influenzata dal contesto e dalle caratteristiche del singolo individuo, attiverà quindi la risposta emozionale a livello del lobo limbico e, da questa area, l'attivazione dell' *asse ipotalamo-ipofisurrene* (HPA).

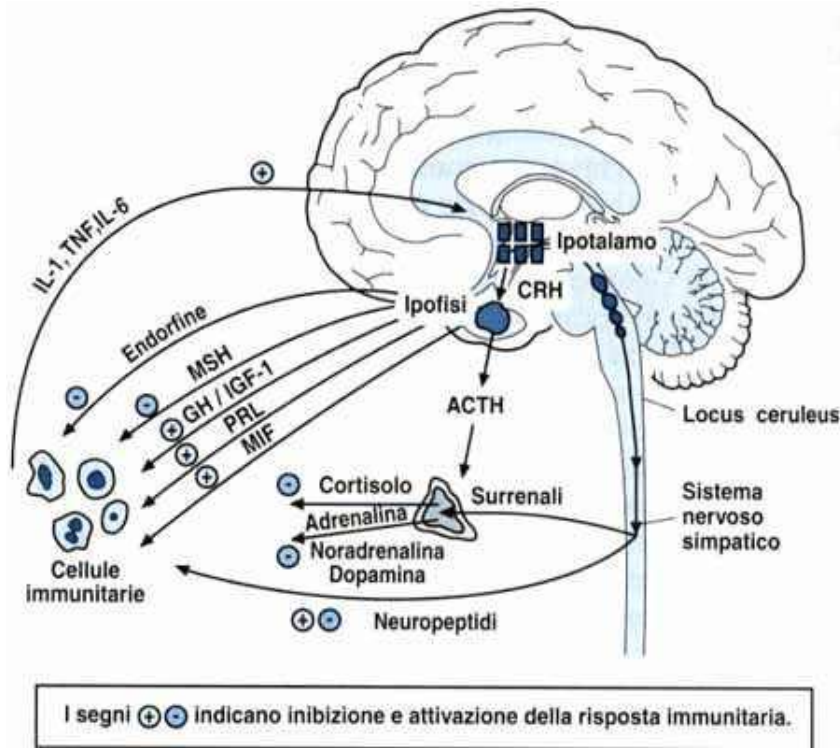
## Neurobiologia dell'ansia



L'attivazione *dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene* comporta la liberazione, nel sistema portale ipotalamo-ipofisario, del fattore di *rilascio della corticotropina (CRH)*, così denominato perché stimola alcuni gruppi cellulari dell'ipofisi anteriore a secernere *l'ormone adrenocorticotropo o corticotropina (ACTH)*.

*ACTH* a sua volta stimola la secrezione di cortisolo da parte della corteccia surrenale, anche questo ultimo dunque coinvolto nella risposta fisiologica da stress.

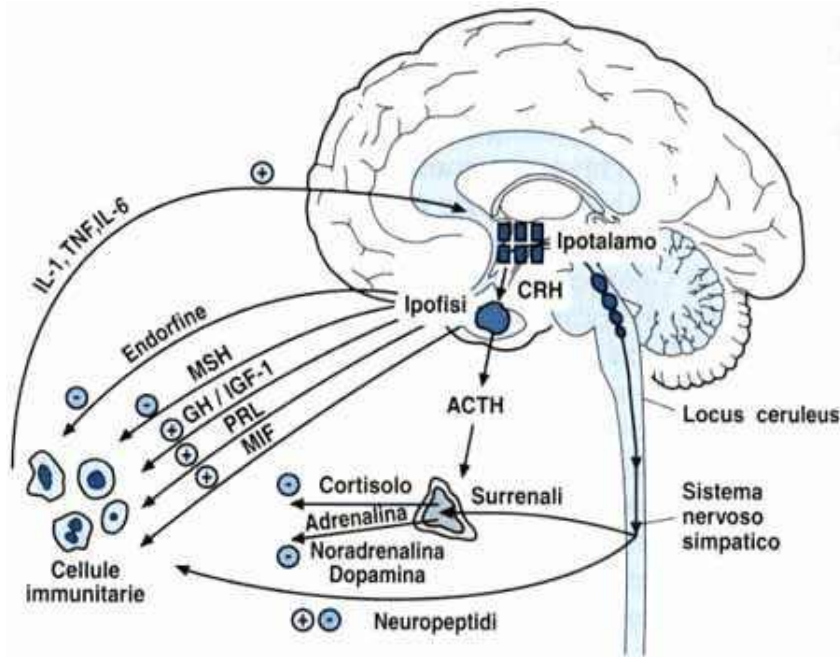
## Neurobiologia dell'ansia



In questo circuito un ruolo importante è svolto anche **dall'ippocampo**: poiché esso possiede **recettori glucocorticoidi**, che sono sensibili alla circolazione di cortisolo, esso è fondamentale nella regolazione a feedback dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene per prevenire il rilascio eccessivo di cortisolo. L'esito finale della produzione di ormoni, tra cui il cortisolo, avrà effetti sul metabolismo, sulla capacità riproduttiva, sui meccanismi che attivano l'infiammazione e sulla risposta immunitaria.



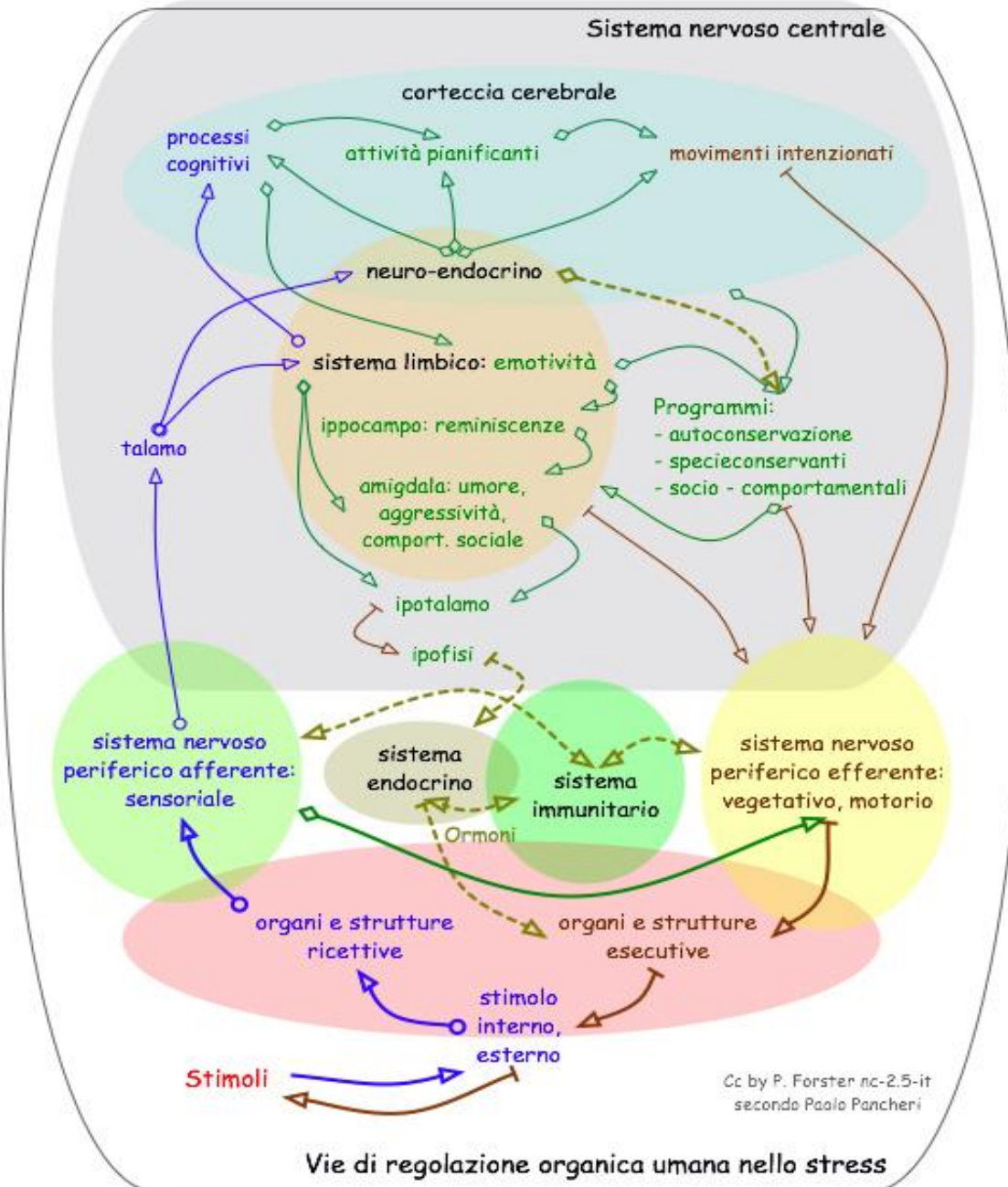
# Neurobiologia dell'ansia



I segni ⊕ ⊖ Indicano inibizione e attivazione della risposta immunitaria.

**L'amigdala e l'ippocampo regolano il sistema ipotalamo-ipofisi-surrenale e la risposta da stress: i disturbi d'ansia sono stati correlati sia ad una iperattività dell'amigdala che ad una diminuita attività dell'ippocampo, dunque ad un'attivazione eccessiva del sistema ipotalamo-ipofisi-surrenale.**

## *Circuiti neuronali implicati nella modulazione dell'ansia*



Nello schema semplificato è possibile osservare le interconnessioni tra sistema nervoso centrale, periferico, endocrino ed immunitario nella genesi di risposte comportamentali a stimoli esterni.

# Disturbi ansiosi in età evolutiva

- Epidemiologia: prevalenza intorno al 10% (variabile a seconda degli studi)
- Sintomatologia variabile a seconda dell'età (somatizzazioni vs sintomi isterici)
- Comparsa di sintomi anormali o permanenza di sintomi normali
- Comorbilità ed evoluzione (depressione, dist.comportamentali, dist.attentivi, problematiche relazionali e sociali, condotte tossicomane in adolescenza)

# Fattori di rischio e protettivi

- FR Biologici: genetici (predisposizione); temperamentali (inibizione motoria, inibizione novità, evitamento del danno); familiarità per disturbi d'ansia
- FR contestuali: interaz.familiari (iperprotezione, ipercontrollo, ipercritica); ansietà nei genitori; attaccamento insicuro
- FP competenza di coping vs tendenza all'evitamento

# Ansia e angoscia: studio clinico

**Ansia:** sentimento penoso associato ad atteggiamento di attesa di un evento imprevisto e vissuto come spiacevole

**Angoscia:** sensazione di estremo malessere accompagnata da manifestazioni somatiche (neurovegetative e/o viscerali)

**Paura:** legata ad un oggetto, ad una precisa situazione ricollegabile sia ad un fatto dell'esperienza sia ad un evento nell'educazione

# Clinica dell'ansia – età preverbale –

- Tipologia del pianto
- Ipervigilanza associata a viso immobile, silenzioso e attento
- Comportamenti di ricerca di aggancio tonico motorio o visivo
- Incapacità da parte del bambino di adattarsi alla presa dell'adulto che pure cerca di assecondarlo
- Disturbi somatici, anoressia, colica idiopatica, alterazione del sonno

# Clinica dell'ansia nel b/o

- Richieste di vicinanza e rassicurazione
- Inquietudine riguardo al futuro
- Timori riferiti al passato (senso di colpa, rimorso,...) e idee depressive
- Irritabilità, rabbia, rifiuti, capricci \*

NB: Possibilità di sovrapporsi di crisi di angoscia acuta, scatenate da fattori esterni o interni

# Ansia e nevrosi in adolescenza

- L'angoscia è un affetto di base dell'adolescente
- Spesso associata a depressione
- Sintomi e segni simili a quelli dell'adulto
- Continuità dall'infanzia: fobie semplici, inibizione sociale, ansia di separazione → fobia scolare e DAP



# Sintomi ansiosi in età evolutiva

- Paure e fobie
- Crisi d'ansia > attacchi panico
- Ritualità e ossessioni
- Inibizione

# Manifestazioni in base all'età

- Periodo prescolare: comportamenti fobici e rituali
- Periodo scolastico: inibizione (sptt cognitiva) e condotte ossessive
- Periodo adolescenziale: condotte ossessivo-fobiche centrate sul corpo, intellettualizzazione/condotte agite, inibizione intellettuale, relazionale e a fantasticare

# Classificazione -1

ICD 10: sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi (F 40-48)

- Sdr.fobiche (agorafobia, fobia sociale, fobia specifica, altre sdr.fobiche e non specificate)
- Altre sdr.ansiose (attacchi di panico, sdr.ansiosa generalizzata, sdr.mista ansioso-depressiva, altre sdr.ansiose miste, altre sdr.ansiose specificate e non)
- Sdr.ossessivo-compulsiva (prevalenti ossessioni, prevalenti compulsioni, associazione di ossessioni e compulsioni, altre sdr.ossessivo-compulsive sdr.o/c non specificate)

## Classificazione -2

- Reazioni a gravi stress e sdr.da disadattamento (reazione acuta da stress,sdr.post-traumatica da stress, sdr.da disattamento - con sintomi ansiosi, depressivi,ansioso-depressivi, comportamentali – altre reazioni a gravi stress e reazioni a gravi stress non specificate
- Sdr.dissociative (da conversione) (amnesia dissociativa, fuga dissociativa,stupore dissociativo, sdr. di trance e possessione, sdr.dissociative dell'attività motoria e della sensibilità, altre sdr.dissociative e non specificate
- Sdr.somatoformi (sdr.di somatizzazione, sdr.somatoforme indifferenziata, sdr.ipocondriaca,disfunzione vegetativa somatoforme, sdr.da dolore persistente, altre sdr.somatoformi e non specificate
- Altre sdr. nevrotiche (nevrastenia, depersonalizzazione, derealizzazione)

# Classificazione -3

ICD 10 sdr. e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia (F 93)

- Sdr.ansiosa da separazione dell'infanzia
- Sdr.fobica dell'infanzia
- Sdr.di ansia sociale dell'infanzia
- Dist.da rivalità fra fratelli
- Sdr.o disturbo emozionale dell'infanzia di altro tipo e non specificato

Si tratta essenzialmente di esagerazioni di alcuni aspetti dello sviluppo normale (per intensità o durata della sintomatologia).

## **Ansia – Farmacoterapia**

Le categorie di farmaci più utilizzate in terapia per la cura dell'ansia sono: ansiolitici, bdz, antidepressivi ed antistaminici.

# Disturbi dell'umore in età evolutiva

# Disturbi dell'umore nell'infanzia

- Tristezza e disperazione sono sentimenti diffusi nell'età dello sviluppo
- Prima della metà del XIX secolo era negata la possibilità che i bambini potesse sviluppare disturbi dell'umore
- Successivamente si pose sempre maggiore attenzione alle reazioni alla separazione ed alla perdita in bambini e adolescenti
- Kraepelin ai primi del secolo XX aveva osservato come 0,4 % dei casi di psicosi maniaco-depressiva della sua casistica fossero insorti prima dei 10 anni
- Winokur e coll. (1969) confermarono la possibilità di un esordio nell'infanzia e nella pre-adolescenza delle psicosi affettive



# Disturbi dell'umore nell'infanzia

- Disturbi dell'umore si caratterizzano per la associazione di alterazioni specifiche dell'umore, turbe dei ritmi biologici, compromissione dell'adattamento socio-relazionale
- Spettro dei disturbi dell'umore
  - Depressione maggiore
  - Distimia
  - Reazione dell'adattamento con umore depresso
  - Disturbi dell'umore ricorrenti ad andamento bipolare
  - Ciclotimia

# Disturbi dell'umore nell'infanzia

- **Frequentemente i disturbi dell'umore nell'infanzia e nella fanciullezza si presentano con sintomi non specifici, quali lamentele somatiche, problemi comportamentali, condotte delinquenti, enuresi, problemi di inserimento a scuola o di apprendimento, irritabilità e aggressività**
- **Il bambino depresso *sperimenta* poco e, generalmente, ha difficoltà ad esprimere il proprio disagio. E' un bambino preoccupato, che chiede spesso dimostrazioni di affetto.**
- **Nella patogenesi dei Disturbi Depressivi entrano in gioco:**
  - **la vulnerabilità genetica**
  - **la presenza di eventi stressanti e fattori di rischio**
  - **l'interazione tra fattori di rischio, fattori protettivi, capacità di adattamento e vulnerabilità.**
- **Il Disturbo Depressivo non si presenta quasi mai in forma pura. La maggior parte dei bambini/adolescenti con disturbo depressivo presenta una comorbidità per disturbi psichiatrici compresa tra il 40 e il 70% (ansia, disturbi della condotta, disturbi di apprendimento).**

# Disturbi dell'umore nell'infanzia

- Prevalenza
  - Disturbo depressivo maggiore
    - Bambini: 0,4 – 2,5 % (>maschi)
    - Adolescenti: 0,4 – 8,3 % (>femmine)
  - Disturbo distimico
    - Bambini: 0,6 – 1,7 %
    - Adolescenti: 1,6 – 8 %
  - Disturbo bipolare
    - Bambini: 0,2 – 0,4 %
    - Adolescenti: 0,8 – 1 %

# Disturbi dell'umore nell'infanzia

- Nell'infanzia la *comorbidità* dei disturbi dell'umore con altri disturbi neuropsichiatrici è elevata
  - Disturbo d'ansia di separazione: 58 %
  - Disturbi d'ansia: 20-50 %
  - Disturbi della condotta: 10-50 %
  - Disturbi dell'adattamento: 23 %
  - Disturbi dell'attenzione: 13 %

# Disturbi dell'umore nell'infanzia

- Patogenesi
  - FAMILIARITÀ
    - Trasmissione di geni favorenti
    - Creazione di un ambiente familiare non supportivo
- La gravità della depressione nei genitori e la qualità dei rapporti familiari possono influenzare l'adattamento psicosociale dei figli
- Appartenenza ad una classe sociale svantaggiata

# Fattori temperamentali

## Bambini a rischio:

- ❑ Riluttanti alle esperienze nuove, seri e ipervigilanti, poco incisivi sulla realtà esterna, inibiti nelle condotte esplorative
- ❑ Molto socievoli, iperverbali, tentano di costruire continui nuovi legami e hanno una scarsa percezione dei ruoli sociali
- ❑ Bambini molto irritabili, con difficoltà nella regolazione degli stati emotivi

# Fattori di rischio precursori di patologia successiva

- Bambini “timidi” hanno un rischio alto di sviluppare disturbi d’ansia in adolescenza (Prior et al., 2000)
- Comportamenti d’ansia e di evitamento in età scolare sono associati con l’insorgenza di disturbi dell’umore in adolescenza (Goodwin et al., 2004)

# Eventi stressanti e depressione

- 60-70 % dei nuovi casi di depressione sono associati ad un evento stressante nei 12 mesi precedenti
- Eventi stressanti
  - Fattori predisponenti, in quanto creano un ‘ambiente cognitivo’ negativo (bassa stima di sé, prefigurazioni pessimistiche, disagio psico-sociale)
  - Fattori precipitanti (> reazione da stress)



# Conseguenza dell'evento stressante

- Dipende da interazione tra
  - Gravità dell'evento
  - Valutazione cognitiva
  - Supporto sociale

## ***DISTURBI DEPRESSIVI: diagnosi***

- ❖ In età evolutiva è importante distinguere tra le normali crisi di sviluppo e l'emergenza di un reale stato depressivo.
- ❖ La diagnosi di depressione in età evolutiva può essere effettuata quando sono presenti un certo numero di sintomi e un certo numero di sentimenti depressivi. La sintomatologia tende a modificarsi nelle varie fasi evolutive.
- ❖ I sentimenti depressivi del bambino sono difficili da mettere in evidenza. Possono essere confusi con altri affetti, che si sovrappongono ad essi; possono essere intensi e profondamente radicati ma poco espressi sul piano sintomatologico.

## ***SENTIMENTI DEPRESSIVI***

**tristezza**

**senso di inadeguatezza**

**senso di mortificazione e di vergogna**

**paura di non essere amato**

**senso di colpa**

**incapacità di esprimere e/o modulare  
l'aggressività**

**perdita di interesse nelle attività**

**Idee suicidarie**

# Depressione in età prescolare

Difficoltà di diagnosi per:

- Capacità limitata in questa fascia di età di riflettere e comunicare sentimenti depressivi
- scarsa conoscenza della modalità di espressione dei sentimenti dei bambini da parte di genitori e insegnanti

# Il gioco simbolico come strumento diagnostico della depressione in e.e.

Mol Lous, 2002

- Rappresenta “una finestra sulla mente del bambino” (Rubin et al., 1983)
- Riflette i disturbi emotivi e comportamentali dei bambini
- Destutturazione e povertà del gioco simbolico è rilevabile in gran parte dei disturbi emotivi dei bambini

# Nei bambini di 3-6 anni

Si può osservare:

- Povertà del gioco simbolico
- Aumento di comportamenti poco finalizzati, quali l'esplorazione compulsiva dell'ambiente e le richieste all'osservatore
- Frequenti interruzioni del gioco

## ***NEI BAMBINI IN ETA' SCOLARE***

Si puo' osservare:

- **lamentele somatiche**
- **aggressività, irritabilità,**
- **oppositarietà**
- **rifiuto apprendimento scolastico e/o della scuola**
- **alterazione del sonno, dell'appetito**
- **agitazione psicomotoria**
- **evitamento sociale**
- **distrazione, mancanza di concentrazione**

# CONTINUITÀ/DISCONTINUITÀ DELLA DEPRESSIONE IN E.E.

- In *età infantile* gli *eventi esterni* hanno un ruolo dominante nella genesi della depressione
- In *età adolescenziale* la *componente genetica* ha un ruolo dominante nella genesi della depressione
- Questi dati migliorano la nostra comprensione degli stati depressivi che, insorti in età scolare, persistono o non persistono in adolescenza e degli stati depressivi che insorgono solo in adolescenza



# SINTOMI DELLA MALATTIA DEPRESSIVA

## UMORE

- **Sensazione di tristezza, preoccupazione, depressione**
- **Perdita di interesse e di piacere nelle cose**
- **Perdita di energia, vitalità, speranza, progettualità**

## SINTOMI FISICI

- **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**
- **Rallentamento o agitazione psicomotoria**

## COGNIZIONE

- **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**

# Epidemiologia Depressione

## PREVALENZA



Popolazione generale 3 - 5%



Ambulatorio 5 - 10%



Reparti ospedalieri medici 10 - 14%

Strutture Psichiatriche 20 - 40%

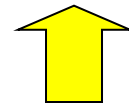
# Decorso Depressione

- Viene stimato che il **50-85%** dei soggetti che sperimentano un episodio di depressione avranno almeno un nuovo episodio di malattia durante il corso della vita prevalentemente nei successivi 2-3 anni. Un importante aspetto clinico del decorso della depressione maggiore è che la probabilità di insorgenza di ulteriori episodi è legata al numero di quelli pregressi (**ricidiva/ricorrenza**).
- Si osserva quindi come: almeno nel 60% dei pazienti in cui si manifesta un primo episodio è probabile che se ne ripresenti un secondo
- nei pazienti che hanno avuto due episodi, il rischio di un terzo episodio è del 70%
- nei pazienti che hanno avuto tre episodi, il rischio del quarto è del 90%

# Neurobiologia della depressione

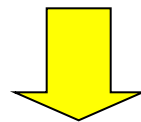
NEOCORTEX

Funzione simbolica



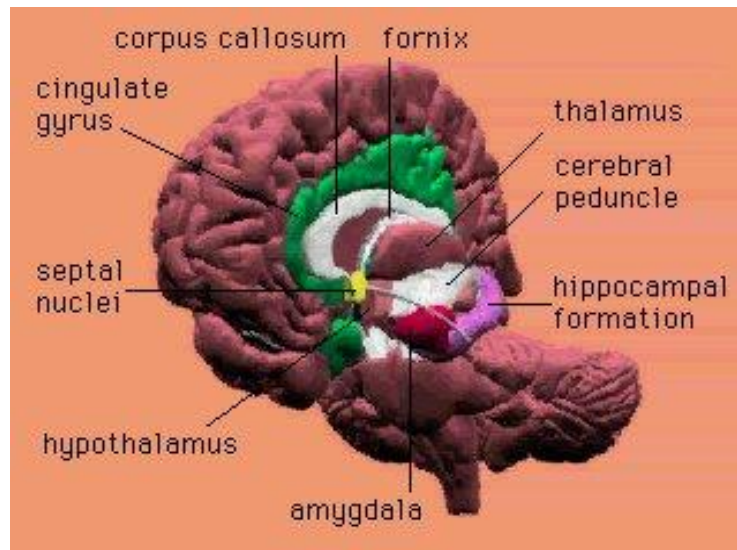
CORTECCIA  
LIMBICA

Umore, arousal,  
motivazioni



NUCLEI  
SOTTOCORTICALI

Controllo autonomico,  
ormoni, sonno e veglia



# Depressione maggiore

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, ogni giorno
- *Nei bambini l'umore può essere irritabile*
- Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi, le attività

# Depressione maggiore

- Significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso
- *Nei bambini: incapacità a raggiungere i normali livelli ponderali*
- Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno
- Agitazione o rallentamento psicomotorio
- *Faticabilità o mancanza di energia*

# Depressione maggiore

- Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati
- Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione
- Pensieri ricorrenti di morte, o ricorrente ideazione suicidaria

# Depressione maggiore

- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, scolastico o in altre aree importanti
- I sintomi non sono dovuti agli effetti di una sostanza psicoattiva o una condizione medica generale
- I sintomi non sono spiegabili come una reazione da lutto



## Sintomi depressivi più comuni nell'infanzia

- Espressione triste del volto
- Lamentale somatiche
- Allucinazioni uditive congrue all'umore
- Agitazione psicomotoria
  - Litigiosità
  - Goffaggine
- Ritiro sociale

## Sintomi depressivi più comuni nell'adolescenza

- Anedonia
- Rallentamento psicomotorio grave
- Deliri
- Senso di mancanza di speranza
  - Tentativi di suicidio improvvisi

# Disturbo distimico

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, ogni giorno (*nei bambini l'umore può essere irritabile*)
- Per la durata di 2 anni (bambini: 1 anno) 2o+:
  - Scarso appetito o iperfagia
  - Insonnia o ipersonnia
  - Scarsa energia o astenia
  - Bassa autostima
  - Difficoltà di concentrazione o indecisione
  - Sentimenti di disperazione

# Disturbo distimico

- I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, scolastico o in altre aree importanti
- I sintomi non sono dovuti agli effetti di una sostanza psicoattiva o una condizione medica generale
- I sintomi non sono attribuibili ad un episodio di Depressione maggiore

# Disturbo bipolare

- **Presenza di uno o più episodi di mania, o ipomania, alternati a episodi di depressione maggiore**
- **L'episodio maniacale non è inquadrabile come Disturbo schizoaffettivo o altra sindrome psicotica**
- **Varianti**
  - **Tipo I: mania e depressione maggiore**
  - **Tipo II: ipomania e depressione maggiore**
  - **Tipo III: l'episodio maniacale si disvela sotto terapia**

# Ipomania

- Un periodo definito di umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura da almeno 4 giorni, e che è chiaramente diverso dall'umore abituale

# Ipomania

- **Durante il periodo di alterazione dell'umore 3o+:**
  - **Autostima ipertrofica o grandiosa**
  - **Diminuito bisogno di sonno**
  - **Maggiore loquacità o spinta a parlare**
  - **Fuga di idee o pensieri che si succedono**
  - **Distraibilità**
  - **Aumento dell'attività finalizzata o agitazione psicomotoria**
  - **Eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con alto potenziale di conseguenze dannose**
    - **Spese eccessive**
    - **Guida spericolata**
    - **Consumo incontrollato di sostanze psicoattive**
    - **Promiscuità sessuale**

# Ipomania

- L'episodio si associa ad un chiaro cambiamento nel modo di agire, che non è caratteristico della persona
- L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel modo di agire sono osservabili da altri
- L'episodio non è grave al punto da produrre una marcata compromissione in ambito socio-relazionale o da richiedere l'ospedalizzazione
- I sintomi non sono dovuti agli effetti di una sostanza psicoattiva o una condizione medica generale



# Mania

- Un periodo definito di umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura da almeno 1 settimana, e che è chiaramente diverso dall'umore abituale

# Mania

- **Durante il periodo di alterazione dell'umore 3 o +:**
  - **Autostima ipertrofica o grandiosa**
  - **Diminuito bisogno di sonno**
  - **Maggiore loquacità o spinta a parlare**
  - **Fuga di idee o pensieri che si succedono**
  - **Distraibilità**
  - **Aumento dell'attività finalizzata o agitazione psicomotoria**
  - **Eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con alto potenziale di conseguenze dannose**
    - **Spese eccessive**
    - **Guida spericolata**
    - **Consumo incontrollato di sostanze psicoattive**
    - **Promiscuità sessuale**

# Mania

- **L'episodio si associa ad un chiaro cambiamento nel modo di agire, che non è caratteristico della persona**
- **L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel modo di agire sono osservabili da altri**
- **L'episodio è grave al punto da produrre una marcata compromissione in ambito socio-relazionale o da richiedere l'ospedalizzazione, o comunque sono evidenti sintomi psicotici (allucinazioni, deliri)**
- **I sintomi non sono dovuti agli effetti di una sostanza psicoattiva o una condizione medica generale**
- **I sintomi non sono attribuibili ad altra sindrome psicotica**
  - **Schizofrenia**
  - **Disturbo schizoaffettivo**

# Disturbi dell'umore nell'infanzia

- **Decorso solitamente cronico o ricorrente**
- **Complicanze possibili:**
  - **Peggioramento del rendimento scolastico**
  - **Abuso di sostanze**
  - **Coinvolgimento in attività devianti**
- **Complicanza più grave: suicidio**
  - **per gli adolescenti è la 3° causa assoluta di morte**
- **Anche i bambini possono commettere suicidio**
- **Spesso usano metodi che simulano l'incidente:**
  - **Gettarsi contro un'automobile**
  - **Buttarsi dalla finestra**
  - **Ingerire farmaci o sostanze tossiche**

## ***Diagnosi differenziale dei disturbi depressivi in età evolutiva***

- Disturbo dell'attaccamento; ritardi dello sviluppo; ansia; DSA; disturbi della condotta; ADHD; schizofrenia ad esordio precoce (VEOS, EOS).

# Comorbidity ansia/depressione

- Ansia e depressione possono essere parte di una sequenza nella quale l'espressione dell'ansia precede nel tempo l'espressione della depressione (Brady & Kendall, 1992)
- L'ansia costituisce quindi un fattore di eterogeneità del disturbo depressivo (Merikangas et al., 2002)

# Depressione – Farmacoterapia

- Antidepressivi triciclici
- SSRI
- SNRI. Inibitori della ricaptazione della noradrenalina e della dopamina.  
Inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina
- IMAO