Provincia Religiosa di San Pietro
dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio
OSPEDALE «SACRO CUORE DI GESÙ» Fatebenefratelli
UOC PEDIATRIA-NEONATOLOGIA-UTIN

A.N.M.I.R.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALEMEDICI
ISTITUTI RELIGIOSI SPEDALIERI

Con il patrocinio di:

SIMRI · SIPPS · fimp Federazione Italiana Medici Pediatri Benevento · Società Italiana di Pediatria · Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Benevento

Integrazione ospedale territorio: percorsi diagnostico-terapeutici

a cura del "Journal Club of Pediatrics" 2017

Responsabile Scientifico Maria Carmen Verga
Ideatrice e Coordinatrice del Progetto Iride Dello Iacono
Segreteria Scientifica Antonella Casani

ANSIA E DEPRESSIONE IN ETA' INFANTILE

Autore

Dott.ssa Maria Grazia Puzio
Psicologa psicoterapeuta, Benevento

Relatori del corso Dott. Domenico Dragone, Responsabile NPI ASL BN1. Dott.ssa Maria Grazia Puzio, Psicologa psicoterapeuta, Benevento

PRINCIPALI CAMBIAMENTI DA INDURRE

Saper riconoscere, attraverso una buona anamnesi, i segnali di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia in età evolutiva, prestando attenzione ai comportamenti verbali e non della coppia madre/bambino ma anche della triade madre/padre/bambino.

È risultato importante la creazione di una rete di professionisti a cui fare riferimento qualora si avesse un sospetto da dover sottoporre a verifica.

DESTINATARI E OBIETTIVI DEL CORSO

I destinatari di questo documento sono i pediatri di famiglia, i neuropsichiatri infantili, gli psicologi, i pediatri ospedalieri, i medici di medicina generale m anche i docenti che possono con loro aiuto portare agli occhi dei genitori comportamenti sospetti.

Lo scopo sarà quello di riconoscere i segnali che potrebbero essere collegati ad una psicopatologia, informare la famiglia della presenza di questi segnali avendo cura di comunicare il sospetto con delicatezza e con assenza di giudizio. Disporre di una rete di professionisti a cui far riferimento per una valutazione approfondita del caso.

INDICATORI DI QUALITA'

Riconoscere i casi sospetti e giungere alla diagnosi, con la conseguente implementazione di un piano terapeutico in tempi brevi. Iniziare quindi ad affrontare la problematica prima che questa diventi conclamata.

STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE

Il documento sarà proposto e discusso negli incontri del corso "Journal Club of Pediatrics in Benevento 2017". Ne verrà data ampia diffusione ai corsi di formazione per neuropsichiatri infantili, pediatri di famiglia, pediatri ospedalieri e medici di medicina generale

LINEE GUIDA, DOCUMENTI DI CONSENSUS ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

POPOLAZIONE E IL *SETTING* DI CURA A CUI È PRINCIPALMENTE RIVOLTO IL PERCORSO

La popolazione di riferimento è rappresentata da pazienti in età pediatrica e adolescenziale
Il percorso è applicabile all'attività ambulatoriale del pediatra di famiglia, che, solitamente, gestisce il bambino, all'ambiente ospedaliero ed ai Centri specialistici di 2° e 3° livello

DEFINIZIONE

In passato si è molto sottostimata l'incidenza della depressione infantile e negli ultimi anni i disturbi psicopatologico sembrano essere addirittura aumentati. L'OMS nel 2004 evidenzia che, nel mondo, 121 milioni di persone soffrono di disturbi psichiatrici, di cui il 10-20% sono minori. Alcuni studi epidemiologico hanno evidenziato un incremento nella prevalenza del disturbo lungo l'arco della vita ed ogni generazione successiva sembra avere un rischio aumentato di sviluppare un patologia di tipo depressivo e in età sempre più precoce. La prevalenza di un disturbo psicopatologico di questo tipo si attesta tra lo 0.4% e il 2.5% in età scolare e tra il 4% e l'8.3% in adolescenza. Il rapporto maschio- femmina e di 1:1 in età scolare e prescolare e di 1:2 in adolescenza. Sembra inoltre esserci anche una forte componente genetica nello sviluppo di una psicopatologia di tipo depressivo. Studi longitudinali hanno infatti dimostrato che i figli di soggetti affetti da depressione hanno un rischio 3 volte maggiore di sviluppare un disturbo depressivo rispetto alla popolazione generale oltre al rischio aumentato di sviluppare altre psicopatologie (disturbo d' ansia, disturbo del comportamento alimentare…). Questa correlazione tuttavia non sembra essere così diretta, nel senso che la depressione, così come la maggior parte dei disturbi psicopatologici, sono ad aziopatogenesi multifattoriale. Ciò vuole dire che per lo sviluppo della patologia è necessario avere oltre alla vulnerabilità genetica anche una condizione ambientale sfavorevole. Questo è molto importante alla luce del passaggio da un modello basato sulla semplice relazione tra causa ed

effetto ad una logica della complessità, o modello bio-psico-sociale, nel quale più fattori si intersecano tra di loro per dar luogo ad un determinato quadro patologico.

Come abbiamo accennato primo, tra gli obiettivi del percorso, c'è quello di riconoscere i fattori di rischio:

FATTORI DI RISCHIO

Rientrano in due categorie

- Fattori ambientali: famiglia e scuola
- Fattori individuali: temperamento del soggetto.

Nell' ambito dei fattori ambientali familiari ritroviamo carenza di coesione familiare, svalutazione tra i coniugi, scarso sostegno all' autostima del bambino, modalità di interazione basate sull' eccessivo controllo e su comportamenti ambivalenti, disordini psichiatrici di uno e di entrambi i genitori, depressione post partum con conseguente compromissione dei pattern di accudimento (minore o inadeguata responsività ai bisogni del bambino, appiattimento emotivo, paura di poter nuocere al bambino…)

Tra i fattori ambientali scolastici ritroviamo l'essere oggetto di azioni di bullismo, insuccesso scolastico, difficoltà di inserimento nel gruppo dei pari.

SINTOMI A CUI PRESTARE ATTENZIONE

< 3 anni

sintomi più frequenti sono:

- pianto eccessivo
- irritabilità
- disturbi del sonno
- alterazioni delle abitudini alimentari
- alterazioni della motricità (rallentamento o irrequietezza)
- disturbi psicosomatici (vomito, diarrea, asma, dermatite, alopecia, etc)
- difficoltà a raggiungere il peso previsto per l'età
- scarso contatto visivo
- ridotta mimica facciale
- assenza del sorriso sociale
- scarsa curiosità, scarsa esplorazione
- scarso interesse per il gioco
- auto/eteroaggressività

3-5 anni

- alterazioni del tono dell'umore: (tristezza, irritabilità, appiattimento dell'affettività)
- il bambino apparire amimico, eccessivamente capriccioso, scontroso, imbronciato;
- l'irritabilità può manifestarsi con atteggiamenti provocatori, di sfida, oppositività, disubbidienza, scatti di collera, aggressività, pianto immotivato
- **riduzione** o perdita di interesse e/o piacere nel gioco ("non si divertono nel giocare") o per altre attività risultate prima piacevoli

6- 11 anni

maggiore capacità di verbalizzare e di condividere i propri sentimenti depressivi con altre persone.

Oltre ai sintomi presenti nella fascia di età, sono presenti:

- umore depresso nei giochi, nei sogni e nei disegni: emergono fantasie di morte, bassa autosima, sentimenti di perdita e di abbandono, sensi di colpa, sentimenti di non essere amato o di essere rifiutato dagli altri
- tendenza ad annoiarsi in attività risultate precedentemente piacevoli (es. attività sportive, in gruppi, videogames, etc)
- difficoltà relazionali con i coetanei
- tendenza all'isolamento sociale
- problemi comportamentali: protesta, aggressività, oppositività, iperattività, impulsività, bullismo, tendenza alla menzogna, messa in atto di fughe
- rallentamento e goffaggine

A prima vista può sembrare che qualunque bambino possa in qualche modo rientrare in uno o più fattori di rischio, quello a cui prestare attenzione per una buona diagnosi differenziale sono l'aspetto reattivo, transitario ed adattivo dei comportamenti su citati rispetto condizioni durature ed di intensità tale da compromettere il funzionamento cognitivo, relazionale ed emozionale. Oltre a questa riflessione è utile cogliere, come abbiamo detto prima, se vi è la presenza di fattori di rischio ambientali. Questo può essere fatto in modo agevole non solo durante i colloqui con i genitori durante le visite al bambino ma anche attraverso l'osservazione dei pattern di interazione tra genitori e bambino.

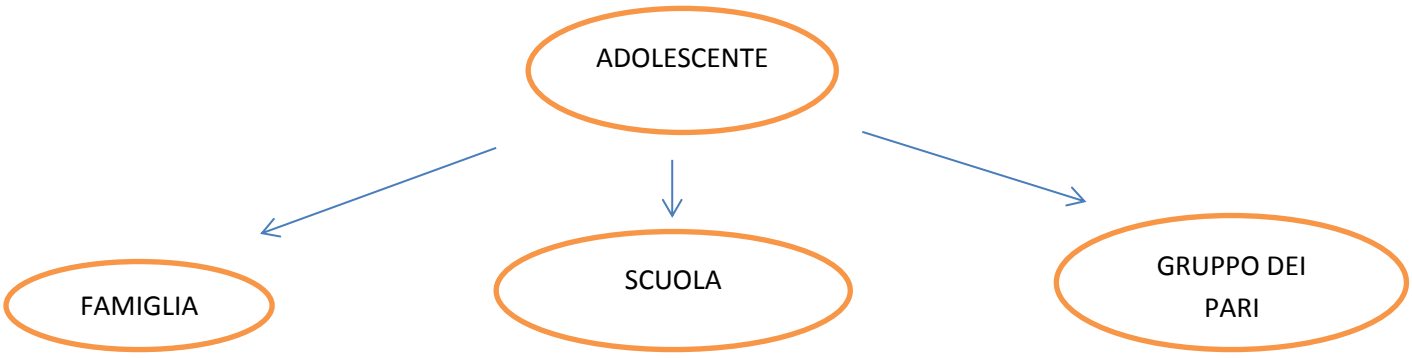
IMPORTANTE e' evitare di minimizzare una situazione che ci sembra sospetta, attribuendola ad un evento esterno anche se dura da molto tempo e compromette il funzionamento globale del soggetto. Ricordiamo che l'evento esterno, quando comprtamenta cambiamenti importanti, duraturi nel soggetto non l'ha causati ma ha semplicemente slatentizzato una situazione patologica che era già in atto.

CONOSCERE L'ADOLESCENZA

L'adolescenza è il periodo di vita di un individuo che si interpone tra l'infanzia e la vita adulta. Cronologicamente, l'adolescenza potrebbe essere collocata in un'età compresa tra i dodici e i venti……anni, anche se è piuttosto difficile darne un'indicazione anagrafica.

Il periodo dell'adolescenza richiede al soggetto di adattarsi a tutta una serie di novità, di compiti evolutivi: sapersi adattare ai rapidi cambiamenti somatici, sviluppare indipendenza ed autonomia, partecipare a gruppi di pari, iniziare a progettare il proprio futuro. Tutto questo può portare non pochi problemi all' adolescente che quasi senza rendersene conto si trova ad un bivio tra l'essere in parte ancora bambino e l'inizio della costruzione dell' essere adulto.

I contesti di sviluppo dell'adolescente sono essenzialmente 3:



La famiglia è importante che funga da "base sicura", detti regole flessibili, deve permettere al ragazzo di sperimentare l'autonomia e al tempo stesso di riaccoglierlo nel momento del bisogno. La famiglia deve rinegoziare le distanze interpersonali.
La scuola rappresenta un luogo privilegiato in cui sperimentare un nuovo senso di sé.
La scuola rappresenta uno spazio di transizione tra la famiglia (intesa come base affettiva) e il mondo del lavoro (inteso come ambiente esterno). La scuola, quindi potrebbe rappresentare una sorta di palestra in cui esercitare i propri livelli di autonomia.
Il gruppo di pari I bisogni di individuazione del giovane lo spingono a rifiutare l'identità infantile per acquisirne una adulta. All'interno di un gruppo il giovane può migliorare la propria autostima può sperimentare un senso di appartenenza e quindi, riflettendosi in esso, un nuovo senso di sé. Il gruppo, proprio come la scuola rappresenta inoltre, una base affettiva transizionale: nel gruppo il giovane può trovare nuovi legami più evoluti rispetto a quelli con le figure genitoriali.

Lo sviluppo cerebrale durante l'adolescenza.

L'adolescenza è un particolare momento di trasformazioni morfologiche e funzionali caratterizzate da:
- variazioni ormonali e biologiche
- stimoli culturali e psicosociali
Tutto ciò da forma a pensiero, sensibilità e comportamento dell'adolescente
Il cervello è un organo immaturo alla nascita, e va incontro a intensi cambiamenti nella sua organizzazione e nelle sue strutture durante l'infanzia e l'adolescenza.
Durante la prima e la media adolescenza vi è una discrepanza tra lo sviluppo delle aree sottocorticale e delle aree corticali, soprattutto del lobo frontale (che tende a ridurre i comportamenti impulsivi).
Questa discrepanza contribuisce a rendere l'adolescente maggiormente un potenziale candidato alla messa in atto di comportamenti a rischio

LE NUOVE DIPENDENZE

- Adolescenti ed internet nel mondo Occidentale: la percentuale di adolescenti che presenta dipendenza da Internet si aggira tra il 5 e 8%.
  La percentuale di adolescenti "a rischio" è stimata tra 11 e 25% degli utenti
- Bambini esposti fin dai primi anni di vita
- Soggetti che non trovano piacere nelle attività reali ed extra-web
- Soggetti che tendono ad isolarsi socialmente
- Presenza di sindrome da deficit di attenzione/iperattività ADHD
- Presenza di aggressività, depressione, fobie
- Soggetti a rischio per atti di violenza o vandalismo

La dipendenza ciber-sessuale o dal sesso virtuale

I soggetti affetti sono dediti allo scaricamento, all'utilizzo e al commercio di materiale pornografico on-line, oppure sono coinvolti in chat-room per soli adulti.

La dipendenza ciber-relazionale o dalle relazioni virtuali

I soggetti affetti rimangono estremamente coinvolti in relazioni on-line o possono intraprendere un adulterio virtuale, gli amici conosciuti in chat divengono più importanti dei soggetti reali, della famiglia, del coniuge.
Instabilità e disgregazione dei rapporti sociali e di coppia.

Il Net Gambling

Consiste nella dipendenza dai giochi d'azzardo in rete, ma anche da shopping e commercio on-line compulsivo. I soggetti dipendenti usano casinò virtuali, giochi interattivi, siti di case di asta, scommesse, perdendo e spendendo somme considerevoli.
Astrazione da ogni dovere familiare e professionale.

Il Gioco al computer

Dipendenza già nota negli anni 80 con i Solitari programmati nei calcolatori: il computer cominciava ad essere un problema nelle società professionali dove il lavoratore trascorreva troppo tempo al computer senza produrre. In questo caso non si tratta di giochi interattivi.
Perdita di cognizioni lavorative e responsabilità personali.

Le conseguenze estreme di questi comportamenti possono portare l'adolescente alla chiusura totale nei confronti del mondo esterno

- **Sindrome da Hikikomori**
- Auto-isolamento in cui si confinano gli adolescenti: la comunicazione verso il mondo esterno avviene esclusivamente tramite SMS o CHAT. Il "Malato di Hikikomori" non esce più dalla camera, nemmeno per .mangiare
- L'abuso di tecnologia aumenta il **consumo di alcol e di droghe** come la marijuana e le amfetamine
- acquisto di **smart-drugs e di farmaci on line** rientra negli effetti "collaterali" di chi naviga troppo
- Gli adolescenti con fattori predisponenti alla dipendenza da Internet sono più esposti a sviluppare anche una **dipendenza per i giochi d'azzardo on line**
- Il 12% dei ragazzi italiani tra 16 e 19 anni fa **sexting**: scambio di foto o video a sfondo sessuale, spesso realizzati con smartphone. Inviati a cerchie ristrette, si possono diffondere in modo incontrollabile su internet
- Internet è il terreno di caccia preferito dai pedofili. Il 12% degli adolescenti incontra persone conosciute in chat ed il 6% instaura relazioni con persone conosciute sul Web.

Come nell' infanzia anche nell' adolescenza è difficile comprendere se un dato comportamento posso essere evolutivo o a rischio.
L'adolescenza costituisce un momento critico per tutti i giovani. Per tale motivo è molto difficile stabilire quando un comportamento sia evolutivo, quando il risultato di una crisi destinata a passare, quando il segno di una vulnerabilità al disagio. Anche comportamenti apparentemente a rischio potrebbero evolvere positivamente grazie all'effetto di "fattori protettivi" come i legami, i contesti di crescita positivi ecc.

I SEGNALI DI ALLARME NELL' ADOLESCENTE

- Tristezza, pianto, stanchezza, svogliatezza, aumento o diminuzione di sonno, aumento o diminuzione dell'appetito.
- Cambiamenti repentini di umore, irritabilità.
- Litigiosità, mutismo.
- Sensi di colpa. Riduzione dell'autostima.
- Assenza di progettualità.
- Allusioni alla morte nei temi e in altri scritti.
- Diminuzione della capacità di concentrarsi e prendere decisioni. Noia, calo dell'attenzione.

….. E ANCORA…….

- Peggioramento del rendimento scolastico.
- Disattenzione, distraibilità in classe.
- Abbandono delle attività sociali, isolamento.
- Perdita di interessi sociali e sportivi.
- Improvviso disinteresse per la vita di relazione.
- Comportamenti a rischio (correre in moto, sport estremi..).
- Uso di droghe, alcol, psicofarmaci.
- Negligenza nella cura dell'igiene e dell'aspetto personale.
- Malesseri fisici frequenti

ATTENZIONE: come nel caso del bambino anche nell' adolescente i suddetti segnali devono essere valutati in modo appropriato per capire se si tratta di sintomi relativi ad un disagio transitorio e/o caratteristico dell' eta' adolescenziale o se invece possono essere indicatori di una psicopatologia nascente.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Attualmente, per la diagnosi dei disturbi depressivi sono di ausilio diagnostico interviste e *rating scales*, da somministrare ai bambini e/o ai loro genitori e agli insegnanti
Possono essere centrate esclusivamente sulla sintomatologia o spaziare su diversi ambiti della psicopatologia
K-SADS:è l'intervista semistrutturata più usata per la fascia di età 6-18 anni.

Limiti attuali degli strumenti di valutazione

Alcuni problemi correlati alla diagnosi, già evidenziati dai dati epidemiologici, sono relativi ai casi sovradiagnosticati e sottodiagnosticati, con importanti implicazioni per la
presa in carico.
Le difficoltà nel riconoscere la depressione in età evolutiva rappresentano una delle principali ragioni alla base del non trattamento o del trattamento non adeguato dei disturbi depressivi

IL TRATTAMENTO: OPZIONI TERAPEUTICHE

Allo stato attuale, sono ancora poche le evidenze scientifiche sull'efficacia dei vari trattamenti per i disturbi depressivi in età evolutiva
I vari tipi di trattamento disponibili rientrano schematicamente in due tipi:

- Trattamenti non farmacologici
- Trattamenti farmacologici

Tutti gli interventi inclusi, condividono due assunti di base:

- la centralità della famiglia nell'universo del bambino
- l'imprescindibile necessità di un coinvolgimento della famiglia

L'intervento psicoterapeutico appare anche utile nei disturbi depressivi al di fuori della fase acuta, in quanto esso sembra ridurre il rischio di ricadute

Conviene trattare la depressione dell'età evolutiva con i farmaci?

La decisione se utilizzare un farmaco dovrà scaturire da una analisi del rapporto tra rischi della farmacoterapia e rischi della depressione, basandosi sulle necessità individuali del paziente e della famiglia.

Sono ancora relativamente scarsi gli studi, in particolare quelli controllati, sull'efficacia dei trattamenti farmacologici nella depressione infantile.
Ciò suscita ansia nelle famiglie e negli stessi medici, dal momento che questi sono gli unici responsabili delle prescrizioni.
Tuttavia occorre evitare demonizzazioni irrazionali sull'utilizzo dei farmaci che potrebbero privare sia il medico sia il paziente stesso di una possibilità terapeutica
E' necessario tener presente anche i rischi che possono derivare da un mancato riconoscimento e/o da un insufficiente trattamento di un disturbo depressivo ad insorgenza precoce.
Disturbi depressivi non adeguatamente trattati hanno maggiore possibilità di cronicizzare e di essere maggiormente resistenti a trattamenti intrapresi tardivamente.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE