



CINEMA E DEPRESSIONE

Sabato 13 aprile 2013

**Epidemiologia,
diagnosi e diagnosi
differenziale della
Depressione**

**Sala congressi: Hotel La
Fonte di Portonovo**

ANCONA

Dr. Marilena Capriotti

STUDIO multicentrico O.M.S. su 15 paesi del mondo (Italia→Verona)

- **Prevalenza dei disturbi psichici in
Medicina Generale: 24% +**
- **9% di
pazienti con disturbi psichici e
con elevato grado di disabilità ma
che non raggiungono la soglia di
diagnosi**

Studio Bologna: ICD-10

- La prevalenza D.P.:

16%+

18% pazienti sottosoglia

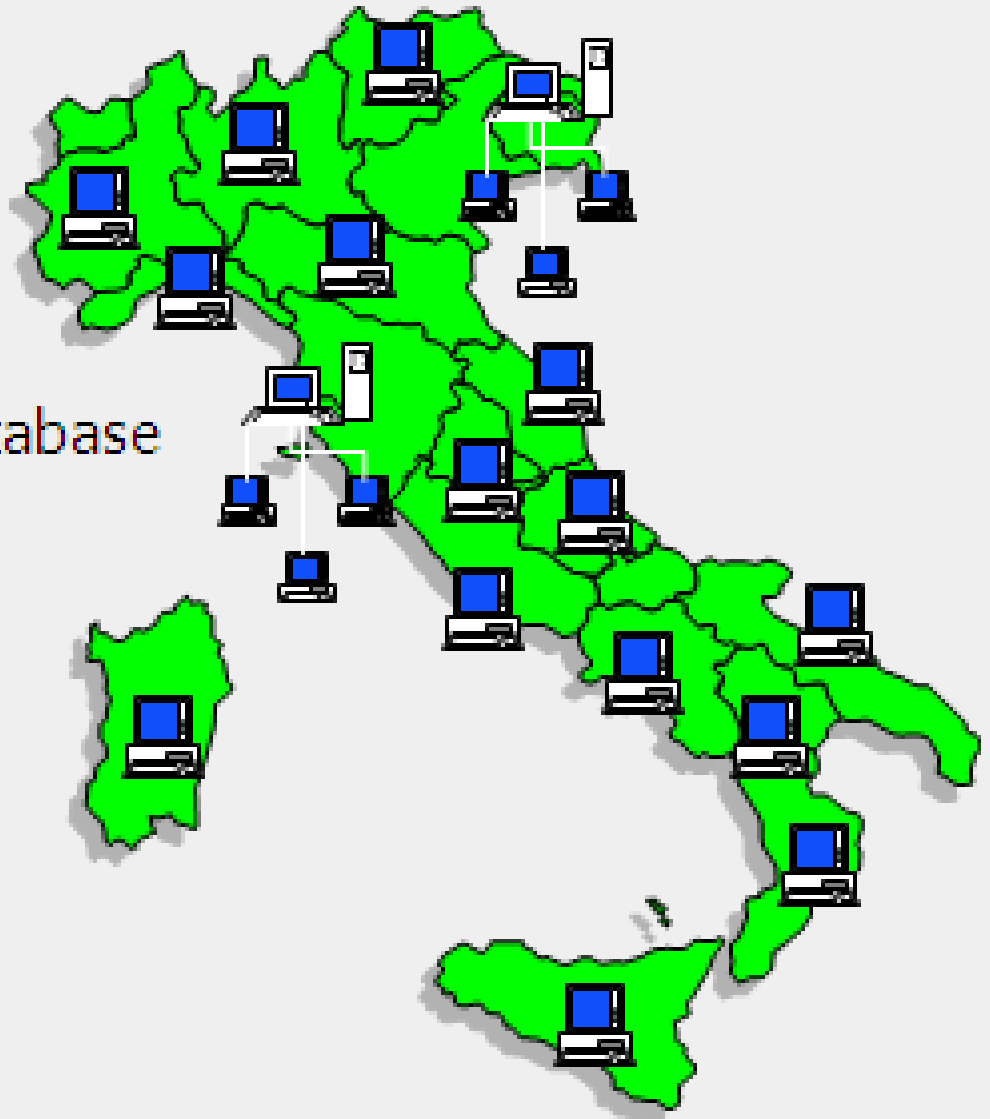
Rapporto femmine/maschi:2:1

**Fascia di età prevalente: 25-44
anni**

HS/Thales Network

Giugno 2008

935 ricercatori presenti nel database
880 ricercatori attivi



PATTERNI DI PRESCRIZIONE DI BDZ

Diagnosi principale al PRIME-MD	prevalenza	prevalenza di insonnia %
Depressione organica	5.1%	86.4
Disturbo bipolare	0.9%	80.0
Depressione Maggiore	12.5%	83.2
Distimia	5.9%	69.1
Altre depressioni minori	12.3%	74.6
Totale disturbi depressivi	36.5%	78.4
Ansia organica	3.5%	60.0
Disturbo panico	1.6%	61.1
Disturbo d'ansia generalizzata	2.8%	81.8
Altri disturbi d'ansia	10.4%	66.7
Totale disturbi d'ansia	18.2%	67.2
Disturbi somatoformi	8.1%	76.6
Abuso alcolico	1.7%	50.0
Totale diagnosi psichiatriche	64.6%	74.3
Nessuna diagnosi psichiatrica	35.3%	65.0
TOTALE	100.0%	71.0

MOS SF-36: QoL per comorbidità

	Physical functioning		Role physical		Bodily pain		General health		Vitality		Social functioning		Role emotional		Mental health	
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Hypertension																
Yes (n=641)	57.6	(30.5)	45.8	(43.8)	53.0	(26.3)	39.6	(22.4)	40.8	(20.8)	62.7	(27.2)	54.8	(42.8)	50.7	(22.8)
No (n=468)	60.8	(30.2)	49.2	(43.6)	53.7	(26.1)	41.2	(21.7)	43.0	(21.5)	63.0	(25.5)	56.1	(42.5)	53.2	(22.3)
Cardiovascular diseases																
Yes (n=152)	48.8	(30.9)	39.0	(42.3)	51.7	(25.1)	35.1	(22.3)	38.2	(21.2)	61.0	(25.6)	50.4	(43.6)	49.3	(22.8)
No (n=957)	60.5	(30.0)	48.5	(43.9)	53.5	(26.4)	41.1	(22.0)	42.2	(21.1)	63.1	(26.6)	56.1	(42.5)	52.2	(22.6)
Stroke																
Yes (n=91)	51.7	(31.0)	36.8	(42.0)	51.5	(26.5)	33.4	(21.6)	37.6	(19.2)	59.2	(27.3)	51.3	(42.5)	50.3	(22.7)
No (n=1018)	59.6	(30.1)	48.2	(43.8)	53.4	(26.2)	40.9	(22.1)	42.0	(21.3)	63.1	(26.4)	55.7	(42.7)	51.9	(22.6)
Cancer																
Yes (n=146)	57.7	(28.9)	44.5	(44.6)	55.1	(27.5)	40.2	(22.4)	42.8	(22.3)	61.4	(24.8)	56.4	(43.5)	51.8	(23.3)
No (n=963)	59.1	(30.6)	47.6	(43.6)	53.0	(26.0)	40.3	(22.1)	41.5	(21.0)	63.0	(26.7)	55.2	(42.6)	51.7	(22.6)
Sleep disorders																
Yes (n=764)	57.8	(29.8)	44.6	(43.5)	51.4	(26.3)	39.3	(22.0)	40.3	(21.0)	61.0	(26.2)	52.3	(42.4)	50.4	(22.4)
No (n=345)	61.6	(31.6)	53.0	(43.9)	57.5	(25.5)	42.4	(22.3)	44.8	(21.0)	66.8	(26.7)	62.1	(42.6)	54.9	(22.9)

Numero di MMG partecipanti: ANCONA

31

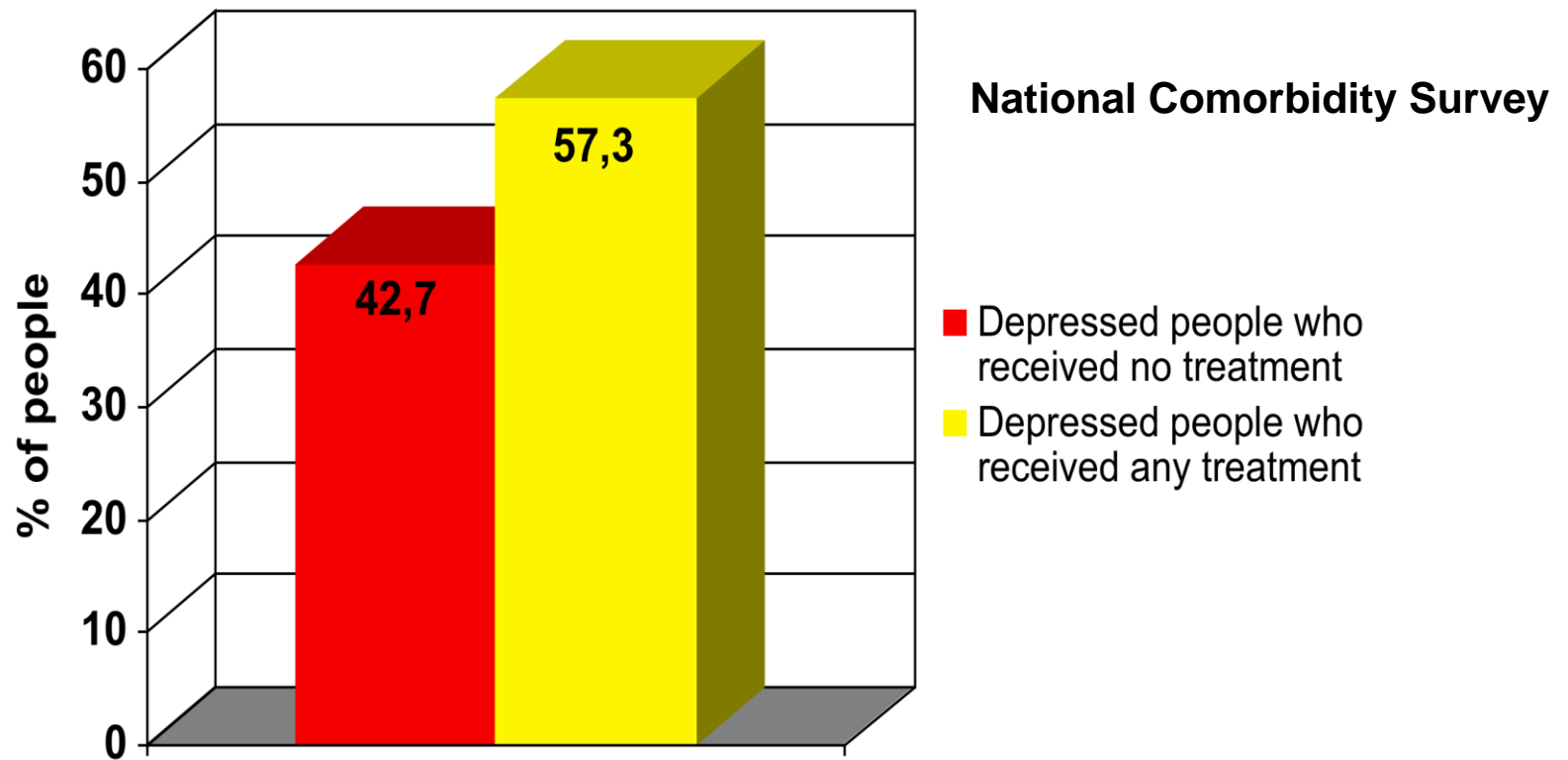
	Numero totale pazienti <i>(esclusi morti e revocati)</i>	Paz. con diagnosi di depressione <i>(tab. e non)</i>	%	Archivi HS
Totale pazienti	47.579	5.297		
media	1534,81	170,87	11,39	
mediana	1532,00	125,00	7,90	9,4
deviazione standard	191,80	151,08		
% paz. totali in terapia antidepressivi <i>(ultimo anno)</i>	3.173		6,77	
% diag. depress.in terapia antidepressivi <i>(ultimo anno tabellata)</i>	1.831		38,42	39,9

TASSO DI RICONOSCIMENTO del MMG: studi Verona e Bologna

- **73 %** per i Disturbi Psicici
- **50%** per la depressione
- Dei paz. riconosciuti dal MMG:
 - ◆ **66%**→intervento farmacologico
(66% antidepressivi, 47% bz)
 - ◆ **14,2%** tasso di invio allo spec.
 - ◆ **15,7%** senza intervento

○

Many identified depressed people remain untreated

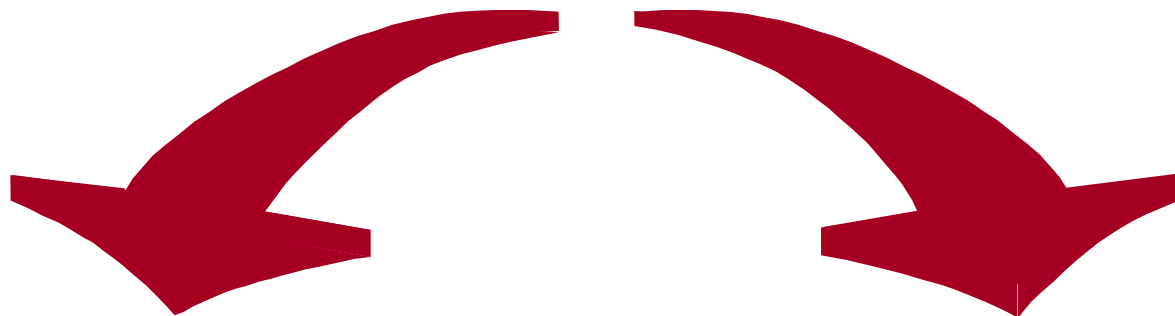


Perché una così elevata disabilità nella Depressione?

- **Durata episodi:** gli episodi depressivi maggiori hanno una durata di 6-9 mesi con sintomi residui per circa un anno;
- **Ricorrenza:** il 60% ricade dopo il primo episodio, il 75% dopo il secondo e il 90% dopo il terzo;
- **Cronicizzazione:** in 1/3 dei casi la depressione assume un andamento cronico e continuo;
- **Comorbidità:** il 40% dei depressi ha anche un disturbo d'ansia e il 44% dei soggetti affetti da disturbo d'ansia ha anche un disturbo depressivo; il 40% dei paz. affetti da cancro e il 50% dei paz. affetti da IMA e da m.cerebrovascolari presentano una concomitante depressione;

CONSEGUENZE ECONOMICHE DEL MANCATO TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

COSTI DIRETTI



**AUMENTO DELL'UTILIZZO
DI CURE MEDICHE
PER ALTRA PATOLOGIA**

Simon et al., 1995
Hosaka et al., 1999
Druss et al., 1999

**IL CORRETTO TRATTAMENTO
PRODUCE UN DECREMENTO
DI CIRCA IL 20% DELL'UTILIZZO
DI CURE MEDICHE GENERALI**

Rupp, 1995
Katzelnick et al., 1997
Black et al., 1998

Depression - A Major Cause of Disability

Worldwide DALYs*-2000 and 2020

RANK	2001 ¹	2020 (Estimated) ²
1	Lower respiratory infections	Ischemic heart disease
2	Perinatal conditions	Unipolar major depression
3	HIV/AIDS	Road traffic accidents
4	Unipolar major depression	Cerebrovascular disease
5	Diarrhea diseases	Chronic obstructive pulmonary disease

1. World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization, 2001. 2. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The Global Burden of Disease*. Boston: Harvard University Press; 1996.

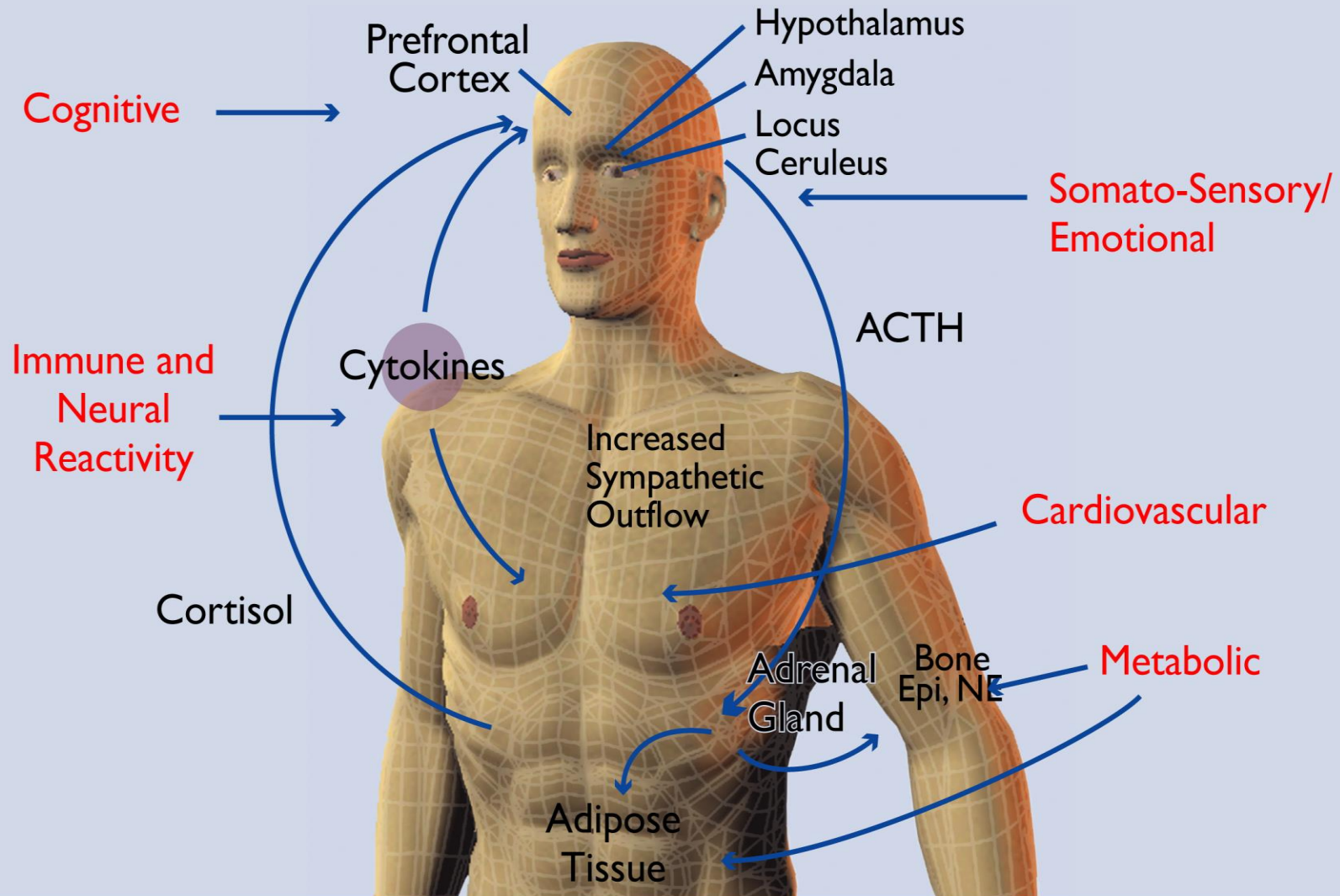
*DALYs=disability-adjusted life-years.

Biological risk factors

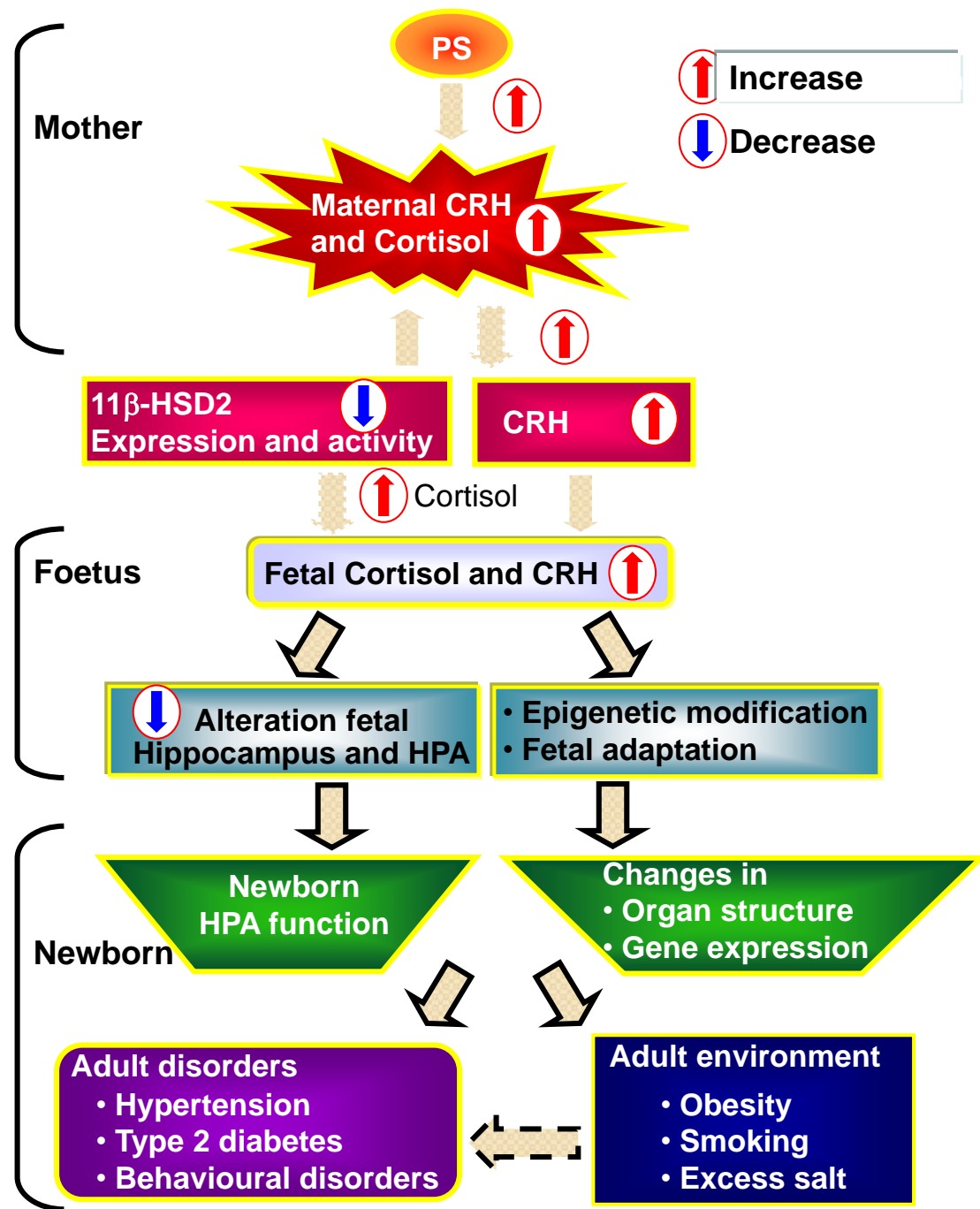
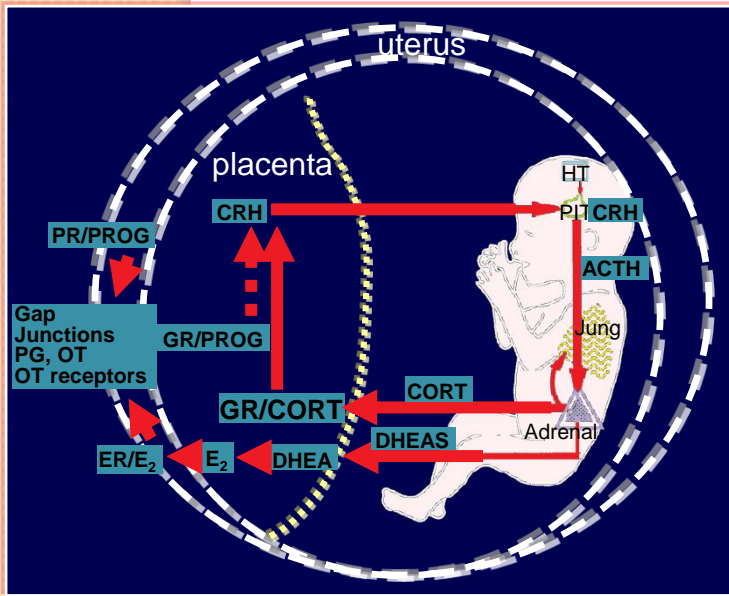
- Genetic factors
 - Less inheritability than in younger populations (Prince y Beekman, 2002)
- Brain neuro-imaging
 - SPECT Hypo perfusion (Abou-Saleh,2002)
 - Lower volume of caudate and frontal lobe (NMR)
 - White matter hyper-intensities (De Groot, 2000)
- Neurochemistry
 - Lower concentrations of DA, NE, 5HT and their metabolites
 - Higher B-MAO activity
 - Higher activity of the Hypothalamic-hypophysis-adrenal Axis (HHAA) and of the sympathetic nervous system (Schneider, 2002)

amigdala → CRF → ACTH → SNS → CORTISOLO

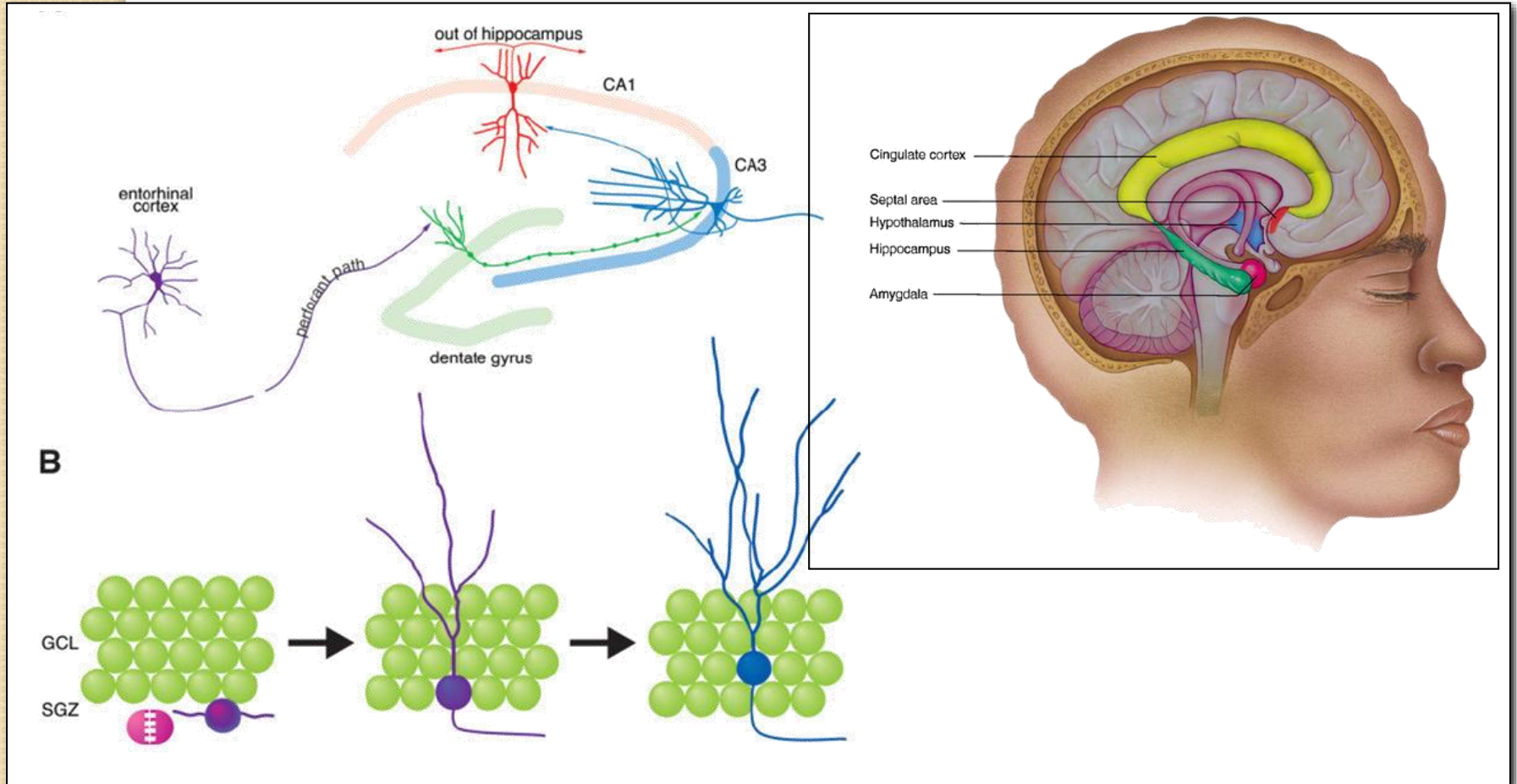
quando l'ippocampo è saturo di cortisolo **BLOCCA** CRF



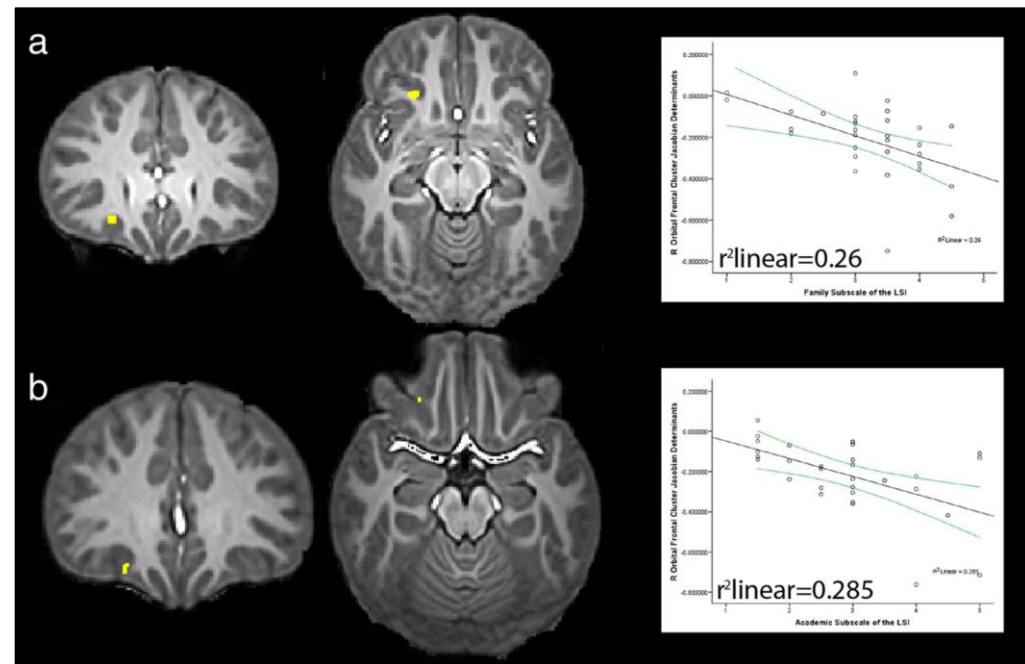
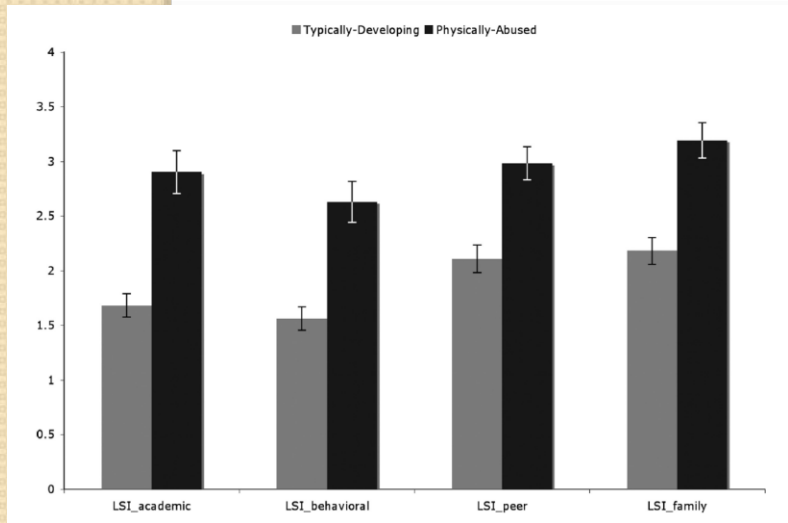
Prenatal stress and brain development



The incredible elastic brain: how neural stemcells expand our minds

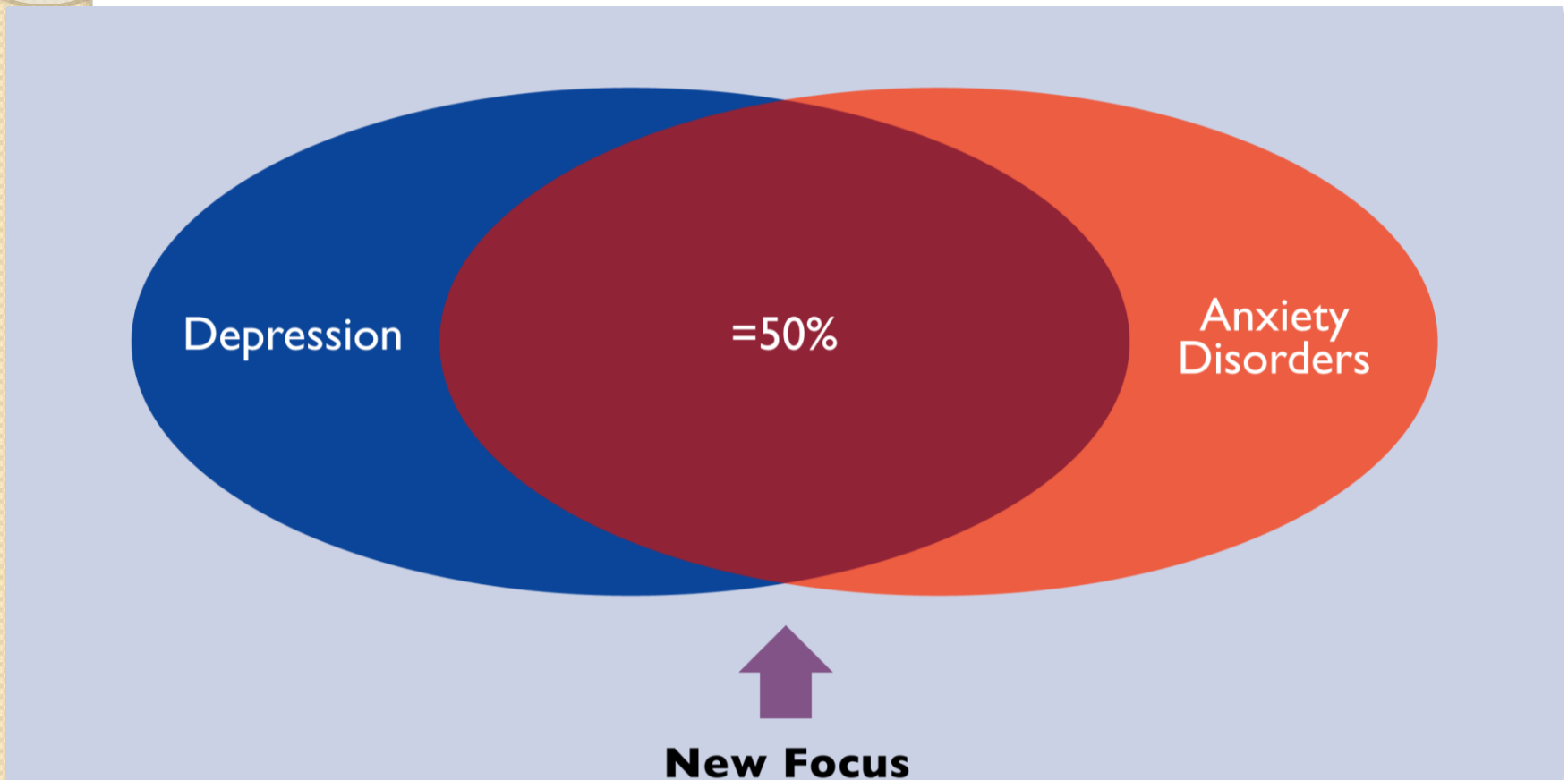


Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: a tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk



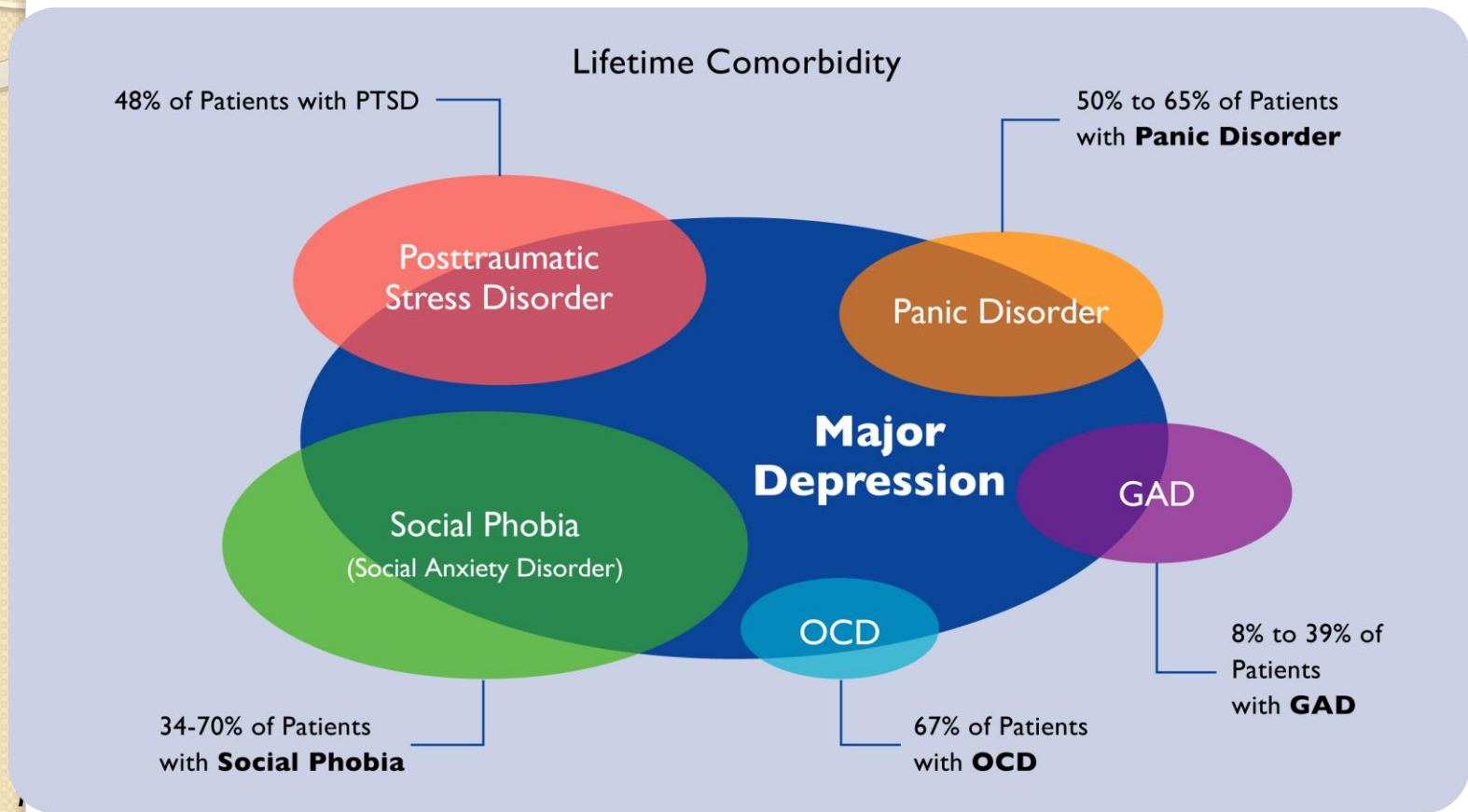
Significant Comorbidity in Patients with Mood and Anxiety Disorders

Current 12 Months*



**National Comorbidity Survey*

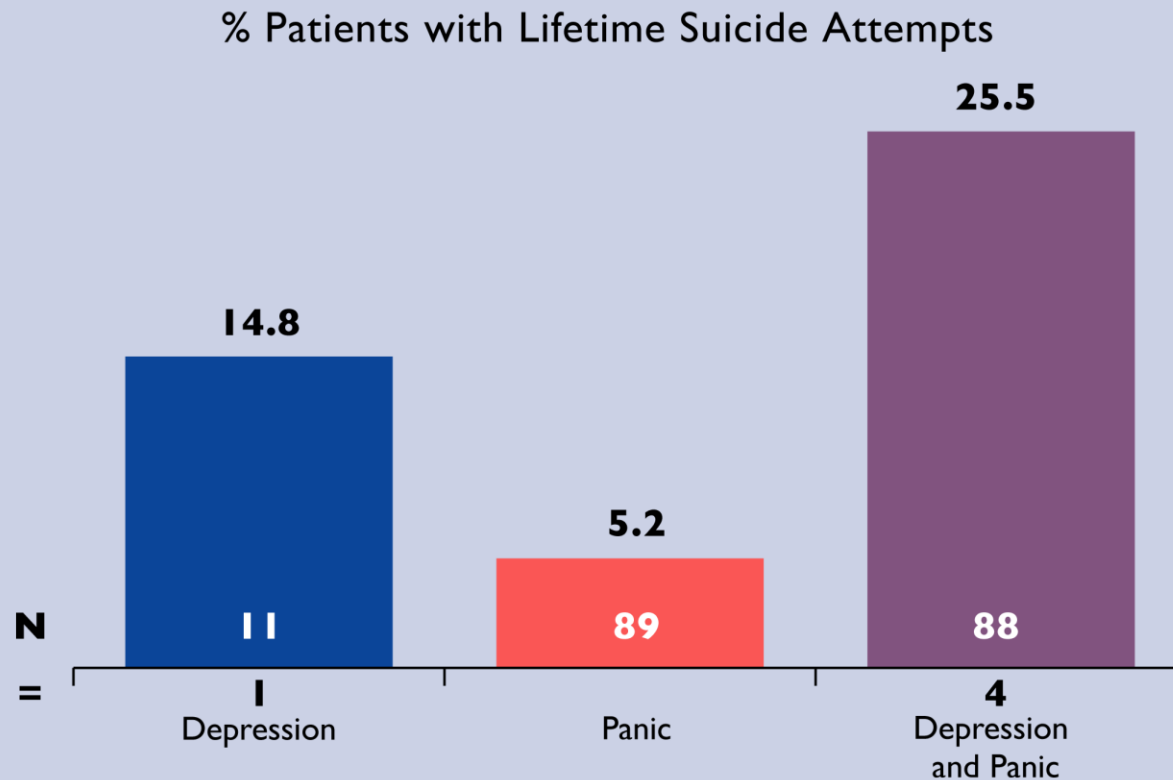
Comorbid Mood and Anxiety Disorders



Psychopharmacol Bull, 1988 4. Van Ameringen et al. J Affect Disord, 1991 5. Brawman-Mintzer, Lydiard RB. J Clin Psychiatry, 1996 6. Stein et al, Am J Psychiatry, 2000

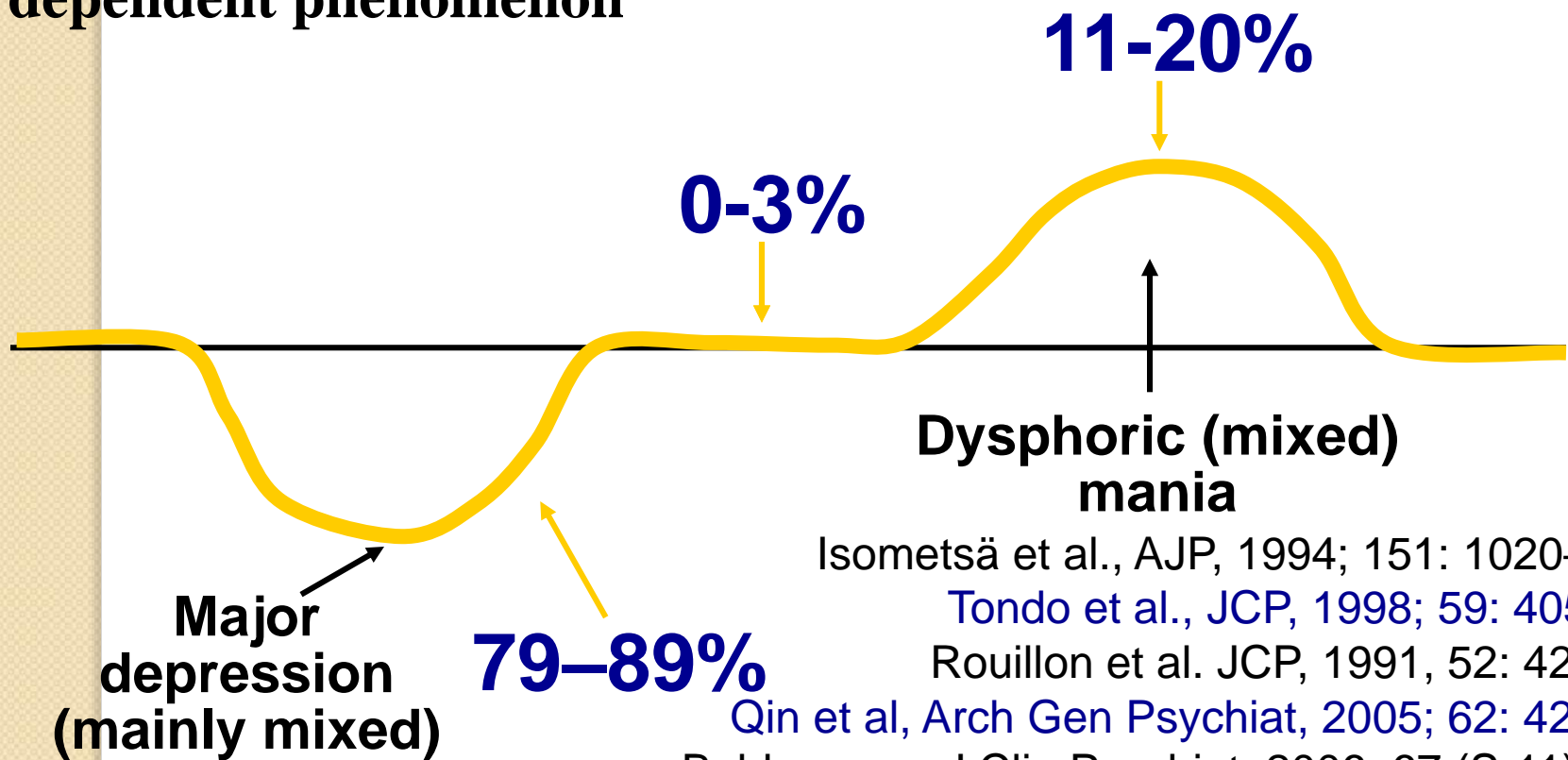
Increased Suicide Attempts

Higher prevalence of suicide attempts in comorbid cases of panic and depression compared with pure cases



When do major mood disorder patients commit or attempt suicide?

Suicidal behaviour in mood disorders is state-and severity dependent phenomenon



Isometsä et al., AJP, 1994; 151: 1020–1024.

Tondo et al., JCP, 1998; 59: 405–414.

Rouillon et al. JCP, 1991, 52: 423-431.

Qin et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 427-432.

Baldassano, J Clin Psychiat, 2006; 67 (S-11): 8-11.

Valtonen et al, J Clin Psychiat, 2005; 66: 1456-1462.

Valtonen et al, J Affect Disord, 2007, 97: 101-107.

Beautrais, J Clin Psychiat, 2000; 61: 100-100.

Suicide in Europe (2006-2008)

**Approximately 150 000 people
in Europe die every year due to
suicide**

- **120 000 males**

- **30 000 females**

EU-27: 63.000 suicides/year

- **48.000 male- 15.000 females**

SR = 14/100.000

Acute and long-term pharmacotherapy of patients with unipolar and bipolar major mood disorders (ADs, MSs, APs)

Risk reduction of:

- Suicide **82 % (60 - 95 %)**
- Suicide attempts **72 % (40 - 93 %)**

Leon et al, Amer J Psychiat, 1999, 156: 195-201.

Baldessarini et al, Bipol Disord, 2006; 8: 625-639.

Angst et al, J Affect Disord, 2002; 68: 167-181.

Montgomery et al, Int Clin Psychopharmacol, 2003; 18 (S-1): 1-9.

Yerevanian et al, Acta Psychiat Scand, 2004; 110: 452-458.

Kessing et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 860-866.

Sondergard et al, Arch Suic Res, 2007; 11: 163-175.

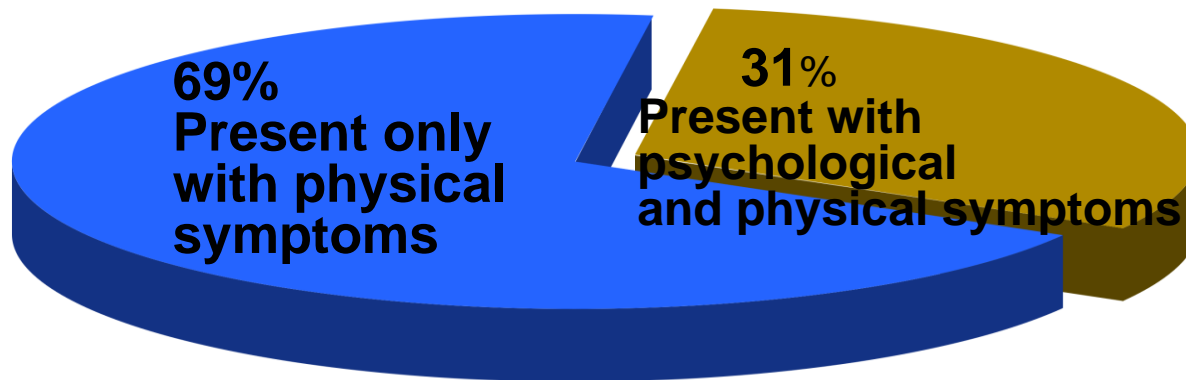
Yerevanian et al, J Affect Disord, 2007; 103: 5, 13, 23.

Sondergard et al, Bipol Disord, 2008; 10: 87-94.

Pompili et al, Expert Rev Neurother, 2009; 9: 109-136.

Patients with Major Depressive Disorder (MDD) May Present With Only Physical Chief Complaints

Primary Reason for Clinical Visit as Reported by Depressed Patients¹

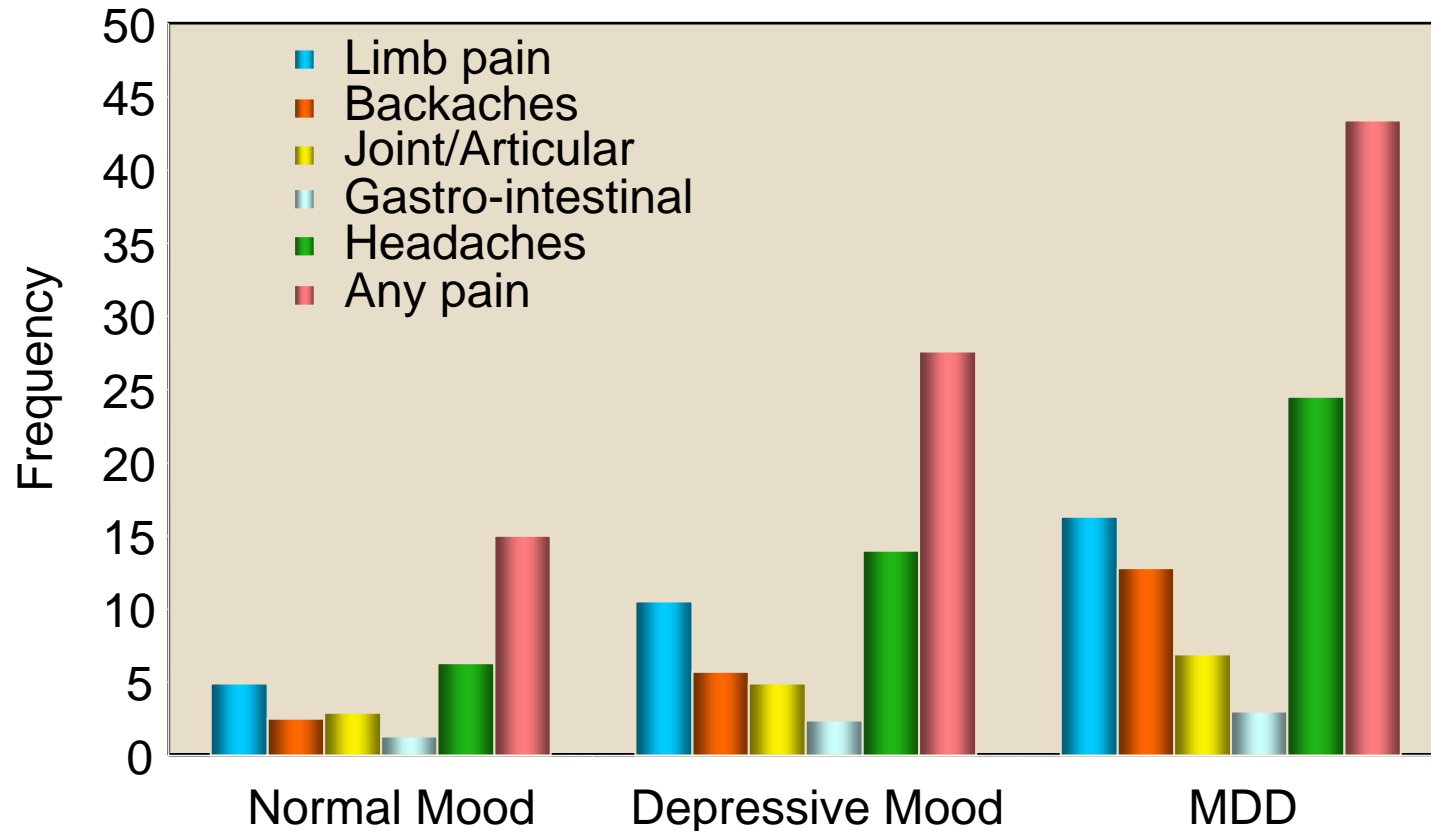


- In an international study of 1146 patients with major depression, **69%** reported only physical symptoms as the reason for their physician visit¹
- In another study, **76%** of patients diagnosed with depression or anxiety made “somatic presentations” (physical complaints)²

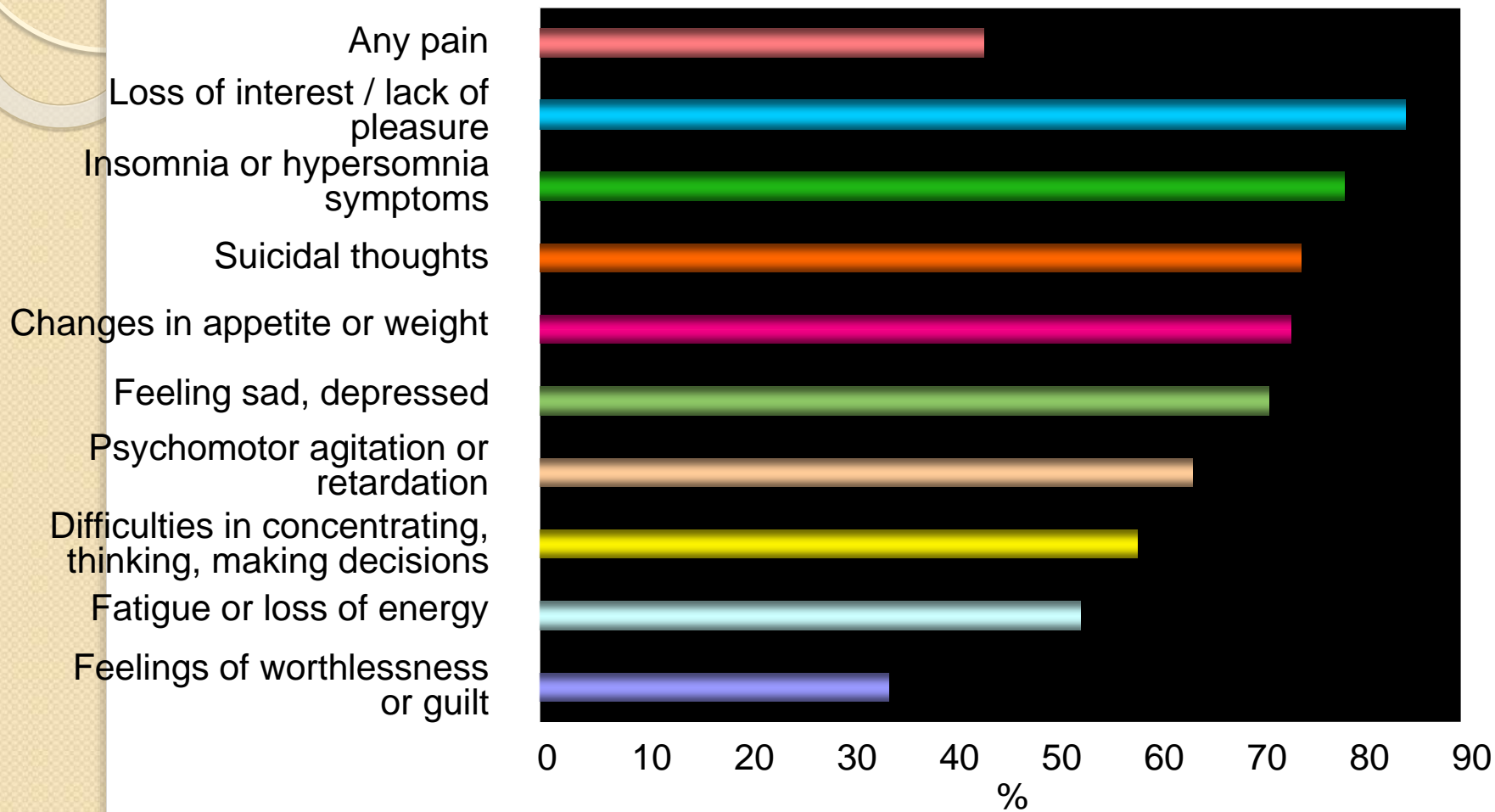
1. Simon GE, et al. *N Engl J Med* 1999;341:1329-1335.

2. Kirmayer LJ, et al. *Am J Psychiatry* 1993;150:734-741.

Pain and Depression



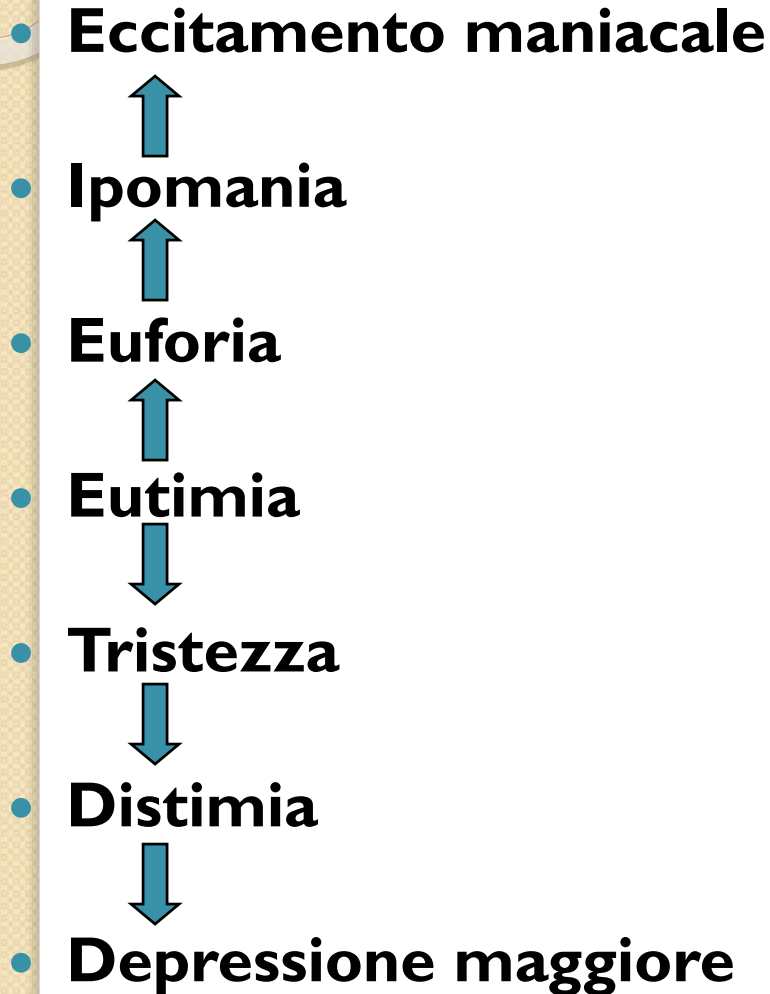
Frequency of Depressive Symptoms and Pain in MDD Subjects (n=748)



Sia nella Depressione che nella Demenza:

- **APATIA**
- **PASSIVITA'**
- **RIDUZIONE DI INIZIATIVA**

CLINICA: spettro delle tonalità timiche



RILEVARE UNA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NEL CONTESTO DI ALTRE PATOLOGIE MENTALI:

- **a- DEPRESSIONI SECONDARIE**
- **b- DISTURBI DI ADATTAMENTO**
- **c- REAZIONE DA LUTTO**
- **d- DEPRESSIONI ORGANICHE**


DEPRESSIONI ORGANICHE

- **A- m. S.N.C.:** m. di **Parkinson**, m. di **Alzheimer**
tumori, stroke, sclerosi multipla,
epilessia lobo temporale, traumi
cranici;
- **B- m. endocrine e dismetaboliche:**
ipotiroidismo, m. di **Cushing**, ipo e
ipercalcemia
- C- m. infettive:** mononucleosi, influenza, tbc
- D- m.addominali:** **tumori** del pancreas, epatiti e
cirrosi

DEPRESSIONI ORGANICHE

- F- farmaci: **corticosteroidi, contraccettivi**
orali

alfametildopa, betabloccanti,
indometacina, reserpina, **alcohol**,
neurolettici, **sedativi**, sospensione
da psicostimolanti (cocaina ed
anfetamine), antiblastici.



-Il rischio di mortalità nel post-infarto è 3,5 volte superiore nei soggetti depressi rispetto ai non depressi

Roose e Dalack; Glassman e Saphiro, 1998; Pennix et al. 2000; Lesperance et al 2000.

DISTURBI DELL'UMORE:depressione

- **DISTURBI DELL'UMORE UNIPOLARI:**

1- **Depressione Maggiore**

2- **Distimia**

3- **Disturbo sotto soglia**

DISTURBI DELL'UMORE BIPOLARI:

1- **Disturbo bipolare**

2- **Ciclotimia**

DOTTORE, SONO STANCA

Depressione Maggiore, Distimia, Disturbo sotto soglia o “eccessiva tristezza?”

- **Esistono criteri clinici :**
- Concetto del prof. Arieti
- DSM IV ter
- ICD-10
- Prime –MD
- Scale di valutazione (Hamilton, Beck e altre)

DEPRESSIONE MAGGIORE ? CRITERI DSM IV ter

- Almeno **5** sintomi per almeno **2 settimane**, almeno uno è sempre:

- 1- depressione del tono dell'umore; poi
- 2- perdita degli interessi;
- 3- perdita o aumento di peso;
- 4- agitazione o rallentamento ideo-motorio;
- 5- perdita di energie;
- 6- insonnia o ipersonnia;
- 7- sentimenti di colpa;
- 8- deficit di concentrazione
- 9- ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria

DISTIMIA

Criteri diagnostici DSM IV ter

Umore depresso (per più di 2 mesi in **2 anni**)

+ almeno 2 dei seguenti sintomi:

Inappetenza o iperfagia

Insonnia o ipersonnia

Affaticabilità

Bassa autostima

Scarsa capacità di concentrazione

Sentimenti di disperazione

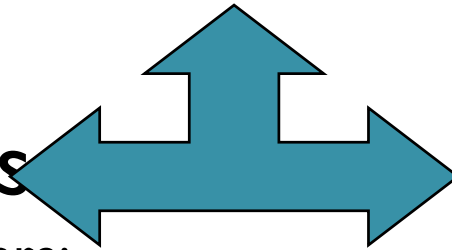
DISTURBO DEPRESSIVO SOTTO SOGLIA

criteri ICD-10

4 sintomi depressivi

due dei quali **sempre**

umore depressivo



anedonia

Gli altri 2 possono riguardare:

- variazioni dell'appetito e del peso
- Disturbi del sonno
- Agitazione o rallentamento psicomotorio
- Bassa autostima
- Difficoltà di concentrazione
- Idee di morte

Leggieri G. (SIMG-OMS) 1995

Berardi et al (SIMG-OMS) 1995

Judd et al, 2004

Criteria DSM IV : EPISODIO MANIACALE del disturbo bipolare

- Tono dell'umore elevato per almeno 1 settimana;

Presenza di almeno **3** di questi sintomi:

- - Logorrea;
- Accelerazione delle idee;
- Aumento stima di se;
- Riduzione bisogno di sonno;
- Distraibilità;
- Agitazione psicomotoria;
- **Coinvolgimento eccessivo** in attività potenzialmente pericolose o piacevoli;

Fare sempre:

- Esame fisico

Es.laboratorio (emocromo, VES, TSH, FT3, glicemia, transaminasi, bilirubina, γ GT, dos.ac.folico, markers epatite B e C ecc.)

- Eeg (epilessia o isteria?)

Ecg (tachiaritmia o extrasistolia organica o funzionale?)

TC o RMN cerebrale (se si sospetta una forma organica o una Demenza vascolare o Pick)

QUANDO INVIO ALLO SPECIALISTA?

Nel caso di:

- **rischio suicidario;**
- **Associazione di deliri ed allucinazioni;**
- **Concomitante e complessa patologia internistica;**
- **Insuccesso di un ciclo di terapia antidepressiva adeguata;**
- **Valutazione di terapia psicofarmacologica in atto;**

Grazie, M. Capriotti

