

L'ADOLESCENTE

il Medico di famiglia e il disagio giovanile : DEPRESSIONE E DISTURBI CORRELATI

Dr.Marilena Capriotti

Sussiste ormai un generale accordo sul fatto che i servizi di Medicina Generale (primary care) si trovino nella posizione migliore per identificare prontamente i soggetti affetti da un disturbo psichico presenti nella popolazione generale e per fornire globalità e continuità di interventi non solo al singolo paziente, ma anche al suo nucleo familiare.

Già dallo studio internazionale multicentrico dell'OMS effettuato nell'area di Verona, emergeva che i Disturbi psichici ben definiti secondo i criteri ICD-10, erano presenti in un paziente su otto (12,4%) tra quanti contattavano i servizi di Medicina Generale. Aggiungendo a questi anche i Disturbi Psichici definiti "sotto soglia", il rapporto diviene di un paziente su quattro (23,6%). Infine, sintomi psicopatologici indipendenti da qualsiasi criterio nosografico, sono stati lamentati da più della metà dei soggetti affluenti alla Medicina generale.(56,6%).

Si è stimato che il MMG abbia in cura il 90% dei pazienti con Depressione, si comprende quindi che, se la patologia non è riconosciuta, non potrà essere curata, in un momento in cui la classe medica dispone di appropriate strategie psicofarmacologiche di intervento.

Ciò è tanto più vero per la Depressione che insorge durante l'adolescenza.

Spesso la depressione è alla base dell'abuso di sostanze, di alcol e di devianze nel comportamento alimentare.

La maggior parte degli studenti delle ultime classi delle scuole medie superiori, consuma alcool giornalmente; come riferito nel corso del dibattito tenutosi all'Istituto Superiore di Sanità, al convegno Alcool e prevenzione. Il gruppo di età più a rischio è quello dei giovani tra i 14 e i 17 anni, in cui ci sono quasi 5000 maschi che consumano oltre mezzo litro di vino al giorno, più di 500.000 quelli che bevono birra, più di 300.000 invece coloro che bevono liquori.

Tra le femmine, la tendenza non è meno preoccupante: quasi 11.000 dichiarano di consumare oltre mezzo litro di vino al giorno, circa 5000 più di mezzo litro di birra al giorno, 110.000 si dicono bevitrice di liquori e di amari.

Le conseguenze:

- l'alcool è la prima causa di morte tra i giovani europei che fanno registrare 59.000 decessi l'anno tra incidenti stradali, suicidi dovuti alla incapacità di disassuefarsi, avvelenamenti, omicidi.
- Circa 50.000 incidenti stradali all'anno dei 170.000 complessivi, sono dovuti all'alcool.

L'indagine ministeriale del 1998 ha evidenziato che la diffusione dei Disturbi del comportamento alimentare stimati in Italia ed in costante aumento, è di circa l'1,5% nella popolazione femminile (età tra i 15 e i 24 anni). A tale percentuale occorre aggiungere le forme miste, le forme subcliniche, i casi di Binge eating disorders ed i casi in aumento nei soggetti maschi. La stima di prevalenza si situa a sopra il 5%. Inoltre la anoressia nervosa presenta un alto rischio di mortalità (20% entro i primi 17 anni dalla diagnosi) e un'alta percentuale di esiti (cronicità nel 25% dei casi e guarigione con difetto nel 35% dei casi).

Molti studi evidenziano che la depressione lieve è presente nel 10% degli studenti delle scuole medie superiori, la Depressione moderata nel 6% e la grave nel 2%. Questi dati si riferiscono alla Depressione conclamata, mentre i disturbi sotto soglia (che precedono la Depressione con alto grado di disagio ed alto consumo di farmaci ma che non rientrano nei criteri della diagnosi di depressione per il DSM IV-ter o dell'ICI-10) hanno una frequenza incredibilmente maggiore: L'abuso di sostanze nei giovani è spesso l'automedicazione della depressione.

La maggior parte dei comportamenti suicidari giovanili dipende dalla depressione.

E' del tutto normale che genitori e figli adolescenti abbiano scontri e discussioni. I dissensi nascono poiché le posizioni in questa età, sono estremizzate, in quanto per i genitori, gli

adolescenti rappresentano l'anticonformismo e per gli adolescenti, i genitori sono "l'autorità" a cui tutto va contestato. Questi atteggiamenti tendono ad affievolirsi intorno ai 18-19 anni.

Sono tre le aree principali di "tensione" adolescenziale che si verificano: nelle relazioni con i genitori, nei rapporti coi coetanei, nell'immagine che il giovane ha di se stesso come persona fisicamente matura.

Young distingue negli adolescenti, atteggiamenti definiti "comuni" da atteggiamenti definiti "non controllati" verso i quali dobbiamo porre attenzione.

Gli atteggiamenti **comuni** sono: criticare e discutere con i genitori, prevaricare i familiari e gli amici, provare sostanze come nicotina e alcool, fare "bravate" e atteggiarsi a "bullo", burrascose e a volte insolite storie d'amore.

Gli atteggiamenti invece definiti "**non controllati**" sono: rifiuto di frequentare la scuola, vandalismo e furti, abuso di droghe, promiscuità sessuale, disordini alimentari, depressione del tono dell'umore con rischio suicidario.

Quello che il MMG deve saper valutare nel giovane è la sensazione di inadeguatezza del proprio corpo che può sfociare in patologia, utilizzando il potenziale insito in ogni visita che esegue su un adolescente (approccio opportunistico). Il nostro intervento sull'adolescente deve essere finalizzato a:

- far stabilire una precisa identità
- far acquisire fiducia in se stessi
- contribuire a sviluppare un codice morale personale
- far operare scelte anche professionali
- far raggiungere un comportamento sessuale da adulto
- far avere stima di se

Le caratteristiche **cliniche** dei Disturbi dell'Umore nei giovani come negli adulti sono: Periodicità e Polarità.

Periodicità: il 70% di pazienti affetti da Disturbi dell'Umore va incontro, dopo guarigione a nuovi episodi di malattia. Si parla così di ricorrenza. Si parla invece di ricaduta, quando il riemergere dei disturbi depressivi, avviene prima del pieno recupero funzionale.

Polarità: il paziente manifesta periodicamente solo episodi depressivi oppure alterna fasi depressive con fasi euforiche o maniacali.

Sulla base di questi due parametri (periodicità e polarità), distinguiamo:

- 1- DISTURBI DELL'UMORE UNIPOLARI (depressione Maggiore, Distimia, Disturbo sotto soglia)
- 2- DISTURBI DELL'UMORE BIPOLARI (disturbo bipolare e ciclotimia)

La ciclotimia è caratterizzata dall'alternarsi di fasi ipomaniacali e fasi depressive, di minore intensità rispetto all'episodio depressivo maggiore e durata superiore ai 2 anni.

Nell'odierno panorama scientifico, vengono correntemente impiegati nella diagnostica della pratica clinica, il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), e l'ICD-10 (International Classification of Diseases). Tali sistemi nosografici non si sono rivelati adeguati alla Medicina generale poiché non catturano l'intero spettro psicopatologico della popolazione generale. La **diagnosi differenziale** di queste patologie, deve essere posta con:

- 1-Le Depressioni secondarie ad un disturbo d'ansia, ad un disturbo ossessivo-compulsivo, a una sindrome da attacchi di panico, la quale spesso evolve in una manifestazione di tipo depressivo.
- 2-I Disturbi da adattamento, in cui i sintomi conseguono ad un cambiamento importante nella vita del soggetto che mal si adatta alla nuova situazione e recedono dopo rimozione della causa.
- 3- Depressioni conseguenti a malattie organiche

L'Attacco di Panico, in aumento nei giovani, si manifesta come episodio acuto d'ansia (acme in meno di 10 minuti, durata da qualche secondo ad un'ora) con sensazione di paura, impotenza, minaccia alla propria incolumità fisica. Può accompagnarsi a manifestazioni neurovegetative e vissuto catastrofico. Prevalgono i fenomeni somatici e comportamentali, ma anche cognitivi (paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo). Spesso siamo portati a non prendere in

considerazione i sintomi somatici denunciati dal paziente in quanto non indicano alcuna grave condizione, o viceversa reagiamo in maniera esagerata prescrivendo indagini eccessive ed inutili, o pensiamo ad un attacco di panico come sintomo psicotico;

l'Agorafobia può manifestarsi da sola o con il disturbo di panico ed è caratterizzata dall'ansia che il paziente prova quando si trova in luoghi o situazioni da cui risulta difficile uscire o in cui risulta impossibile ricevere soccorso. Agli attacchi si accompagnano ben presto uno stato di paura e di ansietà, sintomi neurovegetativi, ansia anticipatoria e stato di allerta con ricerca di rassicurazione.

Il 20% circa delle crisi di Panico sfocia in elaborazione Ipocondriaca, ossia ricorso a visite ed esami ripetuti ed al Pronto Soccorso.

. Negli attacchi minori ci sono spesso vertigini, palpitazioni, senso di irrealtà, vampate di caldo e brividi. La deprivazione del sonno aumenta gli attacchi. Il primo attacco consegue spesso a condizioni drammatiche come lutti, pericolo di vita, ipertiroidismo, disendocrinie, stupefacenti, e risulta di una intensità mai provata prima facendo temere al paziente l'infarto o l'ictus. La frequenza degli episodi critici è in media di 2-4 alla settimana. Il p. struttura così una Condotta di Evitamento, associando gli attacchi a situazioni e luoghi specifici, giungendo a condotte di tipo agorafobico per evitare gli attacchi ed alla ricerca di rassicurazione.

Va rilevato anche il rischio di suicidio che nell'Attacco di panico è del 20% (nella Depressione Maggiore raggiunge il 15%).

Nella Fobia Sociale Primaria il paziente teme ed evita le situazioni che l'espongono al giudizio altrui. Non ha episodi critici di panico.

L'intervento **terapeutico** che coinvolge il Medico di Medicina generale è rivolto alla valutazione e delle fasi iniziali dell'aspetto clinico del disagio e della componente socio-ambientale in cui tale disagio è sorto. La conoscenza da parte del MdF dei familiari del paziente e spesso delle loro dinamiche psicopatologiche, gli conferiscono un ruolo primario nella gestione delle fasi precoci della Depressione e dei Disturbi ad essa correlati.

Gli SSRI e gli SNRI sono farmaci utilizzati con buoni risultati nel trattamento della Depressione e dei Disturbi di Ansia. La revisione di tali farmaci (citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mianserina, mirtazapina, paroxetina, reboxetina, sertralina e velafanxina) ha considerato il rischio potenziale di comportamento suicidario in bambini e adolescenti trattati con tali prodotti .

Il Comitato scientifico dell'EMEA (CHMP) ha concluso nel 2005(revisione iniziata nel 2004 su richiesta della Commissione Europea), che:

- 1- in nessuno degli studi clinici condotti su bambini e adolescenti, ci sono state segnalazioni di morti per suicidio;
- 2- i bambini ed adolescenti che assumevano SSRI e SNRI mostravano una maggiore propensione al comportamento e alla ideazione suicidaria (comportamento aggressivo, comportamento oppositivo e rabbia);
- 3- La maggior parte di questi prodotti è approvata nell'Unione Europea per il trattamento della Depressione e dell'Ansia nell'adulto ma non nei bambini e adolescenti;
- 4- Tuttavia alcuni di questi medicinali sono autorizzati per uso pediatrico nel trattamento del Disturbo ossessivo-compulsivo e nel Disturbo da deficit dell'attenzione /iperattività (sertralina).

Tuttavia, nel caso in cui, sulla base di un bisogno clinico individuale il medico ritenga di dover trattare il paziente, quest'ultimo deve essere attentamente controllato particolarmente nelle fasi iniziali della terapia per rilevare l'eventuale insorgenza di comportamento suicidario, autolesionismo e ostilità. Il trattamento in atto non deve essere interrotto dal paziente o dai genitori senza aver prima ricevuto una consulenza da parte del medico curante per la possibilità di sintomi da astinenza come capogiro, disturbi del sonno, ansia; si raccomanda infatti di ridurre gradualmente le dosi.

