

DISTURBO DELLA CONDOTTA DEPRESSIVO



DIFFICOLTA' DIAGNOSTICHE

*Difficolta' a fare una **DIAGNOSI** per le caratteristiche di un minore che non e' in autoriferimento*

- Il minore viene portato dal *genitore/figura che ne ha la tutela* se nota campanelli di allarme in particolare sul versante comportamentale

CRITERIO ED APPROCCIO DIAGNOSTICO

- Secondo l'approccio diagnostico(clinico) facendo riferimento al *manuale ICD10* abbiamo nella categoria F92 che contraddistingue i Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale il codice **F92.0 Disturbo della condotta depressivo**, che si manifesta con un disturbo della condotta associato ad una persistente e marcata depressione dell'umore

CRITERIO ED APPROCCIO DIAGNOSTICO

- Troviamo altre tre categorie nella sezione per adulti:
- **F32 Episodio Depressivo**
- **F33 Sindrome Depressiva Ricorrente**
- **F34.1 Distimia** depressione cronica del tono dell'umore non sufficiente grave da giustificare la diagnosi di Sindrome Depressiva

CRITERIO ED APPROCCIO DIAGNOSTICO

- Inoltre consideriamo la categoria **F43.2 Sindromi da Disadattamento** che sono connotate da condizioni di malessere soggettivo e disturbi emozionali che insorgono nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita o alle conseguenze di un evento di vita stressante.

CRITERIO ED APPROCCIO DIAGNOSTICO

- Il codice **43.20** denota una **Reazione Depressiva Breve**, durata non superiore ad un mese
- Il codice **43.21** è connotato da uno **stato depressivo lieve** di durata non superiore ai due anni

CRITERIO ED APPROCCIO DIAGNOSTICO

Secondo l'**approccio empirico** (descrittivo) la depressione rientra nel cluster dei *Disturbi Internalizzanti* cioè connotati da comportamenti, ideazioni ed emozioni problematici rivolti verso se stesso

CRITERIO ED APPROCCIO DIAGNOSTICO

- Nell'**approccio esplicativo** si cerca di individuare cause o concause del disturbo.
- Un numero consistente di ricerche ha ipotizzato una relazione tra stile di attaccamento insicuro e depressione ma non ci sono sufficienti evidenze per confermare che ci sia un rapporto causa-effetto
- Si può ritenere che lo stile di attaccamento rappresenti un fattore di aumento del rischio in minore con altri

FATTORI DI RISCHIO

- Presenza di un genitore depresso(trasmissione intergenerazionale)
- Stile di parenting : scarso calore/rifiuto, punitivo/perfezionistico, ipercoinvolto/protettivo/ intrusivo
- Contesto di vita, rete familiare, rete sociale
- Stress, traumi, lutti
- Competenze cognitive, di apprendimento, emozionali e relazionali

FATTORI DI RISCHIO

- **Modello multifattoriale di Hammen e Rudolph (2003)** si basa su depressione di un genitore + stile di parenting connotato da bassa sensibilità ed alto livello di rifiuto + rappresentazione negativa di sé e degli altri

LINEE GUIDA

- Le *Linee Guida sui Disturbi Depressivi in Età Evolutiva* stilate dalla *SINPIA nel 2007* danno indicazioni sul piano diagnostico, terapeutico e gestionale.
- Sul piano diagnostico affermano che attualmente si tende ad osservare che i Disturbi Depressivi in età evolutiva , con differenze importanti, hanno una consistenza e stabilità di malattia simile a quella dell'adulto.

LINEE GUIDA

- Al momento di quantificare una stima epidemiologica sottolineano che le difficoltà diagnostiche legate all'estrema variabilità della sintomatologia in età evolutiva e degli strumenti diagnostici utilizzati rendono difficile una stima e solo in età adolescenziale notiamo una stima di prevalenza simile a quella degli adulti

LINEE GUIDA

- Si ribadisce che non c'è ancora concordanza in letteratura tra due tesi
- Depressione infantile e Depressione dell'adulto come un continuum
- Depressione infantile come un'entità clinica distinta

LINEE GUIDA

- Sul piano del trattamento le LG dedicano quattro pagine alla psicoterapia in cui si rileva che la TCC e la terapia Interpersonale risultano gli approcci migliori.
- Ben ventuno pagine sono dedicate alla terapia farmacologica
- Concludono lamentando pochi studi sull'efficacia della psicoterapia, dei farmaci, di confronto tra le due strategie!

LINEE GUIDA

- Sotto l'aspetto della gestione viene sottolineata l'importanza di una **PRESA IN CARICO** del caso attraverso la formulazione di un **PROGETTO DI INTERVENTO INTEGRATO** che preveda un lavoro d'equipe spaziando dalla valutazione del minore a quella della coppia genitoriale/famiglia allargata, dall'ambiente significativo per il minore alla sua rete sociale e a

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

- **INTERVISTE** (strutturate o semistrutturate)
 - Diagnostic Interview Schedule for Children(DISC; Shaffer, Fisher & Lucas, 1999)
 - Child and Adolescent Psychiatric Assessment(CAPA; Angold, 1989; Angold et al, 1995a)
- **SCALE DI VALUTAZIONE**
 - Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992)
 - Children's Depression Rating Scale-Revised(CDRS-R; Poznanski & Mokros, 1979)
- **SCALE PER LA VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE**
 - Clinical Global Impression (CGI; NIMH, 1970)

PRATICA CLINICA

- La depressione in età evolutiva è denotata da una *costellazione psicopatologica* in cui l'umore deflesso comporta una significativa compromissione del funzionamento adattivo, sociale e cognitivo.

SEGNI PRODROMICI

- Dolori alla testa, stanchezza
- Mostrarsi annoiato
- Perdita di interessi
- Tendenza ad isolarsi
- Paura della morte
- Idee suicidarie
- Calo nel rendimento scolastico

SEGNI PRODROMICI

- Assenze a scuola
- Difficoltà nelle relazioni sociali
- Difficoltà di autoregolazione emotiva
- Minacce o tentativi di fuga
- Scarsa tolleranza alla frustrazione
- Uso di sostanze o alcool
- Adozione di comportamenti spericolati

TRATTABILITA'

- E' maggiore quando il tratto depressivo è parte predominante del disagio
- E' minore quando il quadro clinico è dominato da problematiche non depressive
- E' maggiore quando il minore riconosce il problema ed è collaborativo
- E' maggiore quando la famiglia riconosce il problema e supporta la

TCC E DEPRESSIONE IN ETA' EVOLUTIVA

*La **TCC** non e' un insieme di tecniche che, se attuate in modo prestabilito e consequenziale, portano ad un buon esito. Questo punto di vista e' fondamentale nel trattamento della depressione per non incorrere nel fallimento della progettualita'.*

RUOLO DELLO PSICOTERAPEUTA

- IL TERAPEUTA E' UNA GUIDA ED UN FACILITATORE
- PROPONE UNA OSSERVAZIONE IN VIVO DEI COMPORTAMENTI E DEI PENSIERI ALLA BASE DELLA DEPRESSIONE
- ADOTTA UN APPROCCIO OTTIMISTICO RINFORZANDO LA CONVINZIONE CHE SI PUO' CAMBIARE

COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA

- Cambiamento di comportamento o atteggiamenti rilevanti nella formazione/mantenimento della patologia
- Fonte di informazione di dati che il minore non conosce o non ricorda
- Collaborazione per mettere in pratica il programma terapeutico

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach M.T., Profilo comportamentale generale, in Kirby e Grimley (1986)
- Castonguay L.G., Oltmanns T.F., Sica C.(a cura di)(2016), Psicologia clinica e Psicopatologia. Un approccio integrato. Cortina Editore
- Di Blasio P.(a cura di) (2005), Tra rischio e protezione : la valutazione delle competenze parentali, Edizioni Unicopoli , Milano

BIBLIOGRAFIA

- Hammen, C. & Rudolph, K. (2003). Childhood depression. In E. J. Mash & R. A. Barkley, Child Psychopathology, 2nd Edition (pp. 233-278). New York: Guilford Press
- Organizzazione Mondiale della Sanità(1992), ICD-10:decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali, Masson, Milano
- Sinpia(2007) linee guida sui Disturbi depressivi in età evolutiva