



Firenze 4 dicembre 2010



Depressione e patologia somatica



**M. Calabrò
U.O. Geriatria**

**La depressione determina
outcome avversi
in termini di salute
pari/superiori
ad altre malattie croniche**

Lancet 2007; 370: 851-58

Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys

Saba Moussavi, Somnath Chatterij, Emese Verdes, Ajav Tandon, Vikram Patel, Bedirhan Ustun

•La depressione produce maggior decremento in termini di salute rispetto a:

- cardiopatia ischemica cronica,**
- artropatie croniche degenerative,**
- BPCO,**
- diabete mellito**

•La multimorbidità associata alla depressione peggiora in modo drammatico gli outcome di salute rispetto alle medesime patologie non associate con depressione.

•Questi risultati indicano l'urgenza di affrontare la depressione come una priorità di salute pubblica, per ridurre il carico di malattia e di disabilità, e per migliorare lo stato di salute delle popolazioni.

Lancet 2007; 370: 851-58

Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys

John A. Lewin, Jacques Gille, George Peck, Guy Derogatis, Miles Frith, and Robert Lewis

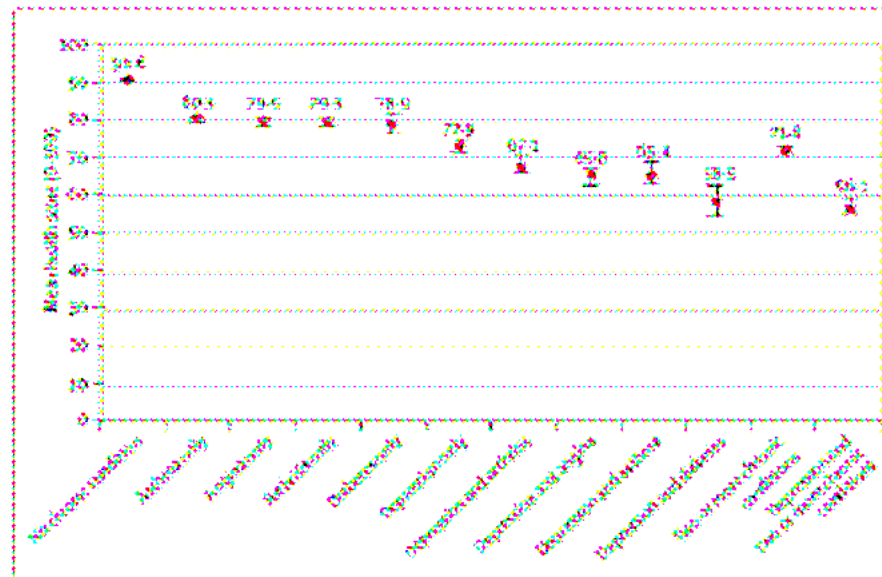


Figure: Global mean health by disease status
Data from WHS 2003.

- **Cenni storici**
- **La depressione nell'anziano**
- **Problematiche interpretative e culturali**
- **Depressione e malattie somatiche:
dimensioni del problema e quali outcomes**
- **Conclusioni**

- Cenni storici**

- La depressione nell'anziano

- Problematiche interpretative e culturali

- Depressione e malattie somatiche:
dimensioni del problema e quali outcome

- Conclusioni**

Depressione nell'Anziano

(Pancheri e Cassano, 1999)

- **Comune e trattabile**
- **Sottodiagnosticata e sottotrattata**
- **Ad elevato tasso di ricadute**
- **Ad elevato tasso di cronicizzazione**
- **Ad elevato rischio suicidario**
- **Peggiora la prognosi delle malattie somatiche**
- **Non è una risposta normale alla vecchiaia**

Fattori di rischio di depressione

- Età
- Sesso
- Scolarità
- Cognitività compromessa
- Malattie fisiche
- Farmaci
- Disabilità
- Povertà
- Eventi vitali
- Pensionamento
- Vedovanza
- Trasferimento (cambio di residenza)
- Supporto sociale carente o assente
- Interazione sociale carente o assente

Gli anziani sono ad alto rischio di depressione, perché rispetto ai giovani, è assai più probabile che:

- abbiano vissuto esperienze di malattia;**
- abbiano vissuto la morte di persone care;**
- assistano al proprio peggioramento dello stato funzionale**
- vivano il progressivo deterioramento del proprio stato di salute**

L'effetto cumulativo di tali esperienze di vita negative possono risultare un peso eccessivo da sopportare per una persona anziana.

Tali condizioni possono risultare essere:

- fattori precipitanti una malattia depressiva?**
- eventi che inducono una “ragionevole” risposta maladattativa?**

Is depression overdiagnosed?

Gordon Parker scientia professor School of Psychiatry,
University of New South Wales, Randwick NSW 2031,
Australia g.parker@unsw.edu.au

YES It is normal to feel depressed.
In our study of 242 teachers,
the 1978 baseline question-

blue ...down in the dumps." Criterion
B (mandating four of eight listed items)
could be met by appetite change, sleep
disturbance, drop in libido, and fatigue.
Trials confirmed the low reliability of
these criteria,⁴ and studies showed variable

Does overdiagnosis matter?

Does current looseness matter if a low diagnostic threshold destigmatises depression, encouraging people to seek help? After all, breast screening programmes may lead to detecting more malignant lumps. However,

Le meta-analisi mostrano dati a favore all'utilizzo dei farmaci antidepressivi rispetto al placebo per quanto riguarda la depressione melanconica, tuttavia i trials sulla depressione maggiore mostrano solo minime differenze tra i farmaci antidepressivi e psicoterapie EBM e placebo.

Il beneficio del trattamento per la depressione minore e la depressione subsindromica è ancora meno chiaro.

Estrapolando il management delle forme depressive più severe con sintomatologia rilevante alle forme con minore sintomatologia si manifestano più aspetti di marketing che evidenze cliniche.

La depressione rimarrà una diagnosi "iperincludente" e aspecifica finchè non prevarrà il senso comune.

Does Depression in Older Medical Inpatients Predict Mortality?

Jane McCusker,^{1,2} Martin Cole,^{3,4} Antonio Ciampi,³ Eric Latimer,^{5,3}
Sylvia Windholz,^{3,5} and Eric Belzile¹

Departments of ¹Clinical Epidemiology and Community Studies and ²Psychiatry, St. Mary's Hospital, Montreal, Quebec, Canada,
³Departments of ⁴Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, ⁵Psychiatry, and
⁶Family Medicine, McGill University, Montreal, Quebec, Canada,
⁷Services, Policy and Population Health Research Theme, Douglas Hospital Research Centre, Montreal, Quebec, Canada,
⁸Division of Geriatric Medicine, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital,
Montreal, Quebec, Canada

Background. Previous studies of the effect of depression on mortality among older medical inpatients have yielded inconsistent results. We examined the effects on mortality of both a diagnosis of depression at hospital admission and a history of previous depression, taking into account potential sources of bias (sample selection and confounding).

Methods. Medical inpatients aged 65+ with at least rank cognitive impairment were recruited at two Montreal hospitals and were screened for depression. All those with a diagnosis of major or minor depression (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* [DSM-IV]) criteria and a random sample of nondepressed patients were invited to participate. Baseline data included: history of previous depression, severity of physical illness, comorbidity, and health services utilization. Cox proportional hazards methods were used to analyze survival during the 60- to 24-month follow-up period.

Results. Five hundred patients were enrolled; 136 (27.2%) had a history of previous depression. After adjustment for demographic factors, physical illness, cognitive impairment, and prior service utilization, the only depression group with significantly different mortality was patients with both current major depression and a history of depression, who had a 1.5-fold higher mortality risk (adjusted hazard ratio = 1.52 [95% confidence interval = 1.07, 2.15]).

Conclusioni: tra i pazienti senza anamnesi di depressione, una diagnosi di depressione in comorbidità non è associata con aumento della mortalità dopo aggiustamento per fattori confondenti.

Is depression overdiagnosed?

Ian Hickie executive director, Brain and Mind Research Institute, University of Sydney, Camperdown NSW 2050, Sydney, Australia ianh@med.usyd.edu.au

NO It is appropriate for the wider community to ask if the benefit of increased treatment of depres-

of mental hospital environments. Without diagnosis of these conditions, we would still distance ourselves, our families, and our communities from the benefits of receiving mental health care.

The promotion of safer antidepressants in

antidepressants. In fact, substantive personal, demographic, geographical, professional, training, and health system barriers remain in place. The net result is that diagnosis of major depression is largely restricted to people with severe or persistent disorders,

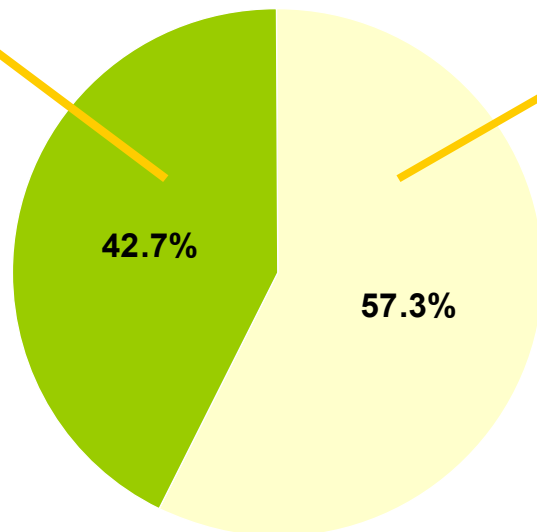
Il trattamento con antidepressivi, negli ultimi 15 anni, ha indotto un miglioramento della qualità di vita, di conseguenza la depressione maggiore non è sovradiagnosticata.

Dal punto di vista di economia sanitaria il trattamento della depressione maggiore riduce suicidi e aumenta la produttività e di conseguenza bilancio è positivo.

Many Depressed People Identified Remain Untreated

Anziani depressi
non
trattati

Anziani depressi
trattati



Results from the National Comorbidity Survey Replication

Kessler RC, et al. *JAMA*. 2003;289:3095-3105.

Associazione tra depressione (punteggio GDS) e mortalità a 6 mesi in una popolazione ultra 70enne.

		A		B	
n/morti		RR ^a	95% C.I.	RR ^b	95% C.I.
GDS					
0-2	227/35	1.0		1.0	
3-5	159/41	1.7	1.1-2.8	1.5	0.9-2.4
6-15	136/53	3.0	1.9-4.6	1.9	1.2-3.1
		$p < 0.0001^a$		$p < 0.005^b$	

A: analisi cruda.

B: corretto per età, sesso, scolarità, MMSE, numero di malattie, disabilità (BADL).

RR: risk ratio. C.I.: intervallo di confidenza.

- Cenni storici
- La depressione nell'anziano**
- Problematiche interpretative e culturali
- Depressione e malattie somatiche:
dimensioni del problema e quali outcome
- Conclusioni

Alla ricerca della definizione

La depressione è una malattia medica caratterizzata da persistente tristezza, sconforto e perdita di autostima.

Questi sentimenti sono accompagnati da riduzione di energia e capacità di concentrazione, disturbi del sonno (insonnia), diminuzione dell'appetito e perdita di peso.

Negli anziani, si presenta spesso anche con le preoccupazioni eccessive circa i dolori del corpo.

L'anziano depresso

“È difficile identificare una forma depressiva nel paziente anziano: il calo della libido non è un parametro importante in età senile. Gli anziani depressi provano più di rado sensi di colpa; invece di sonnolenza soffrono d'insonnia e la notte sviluppano pensieri paranoici.

Manifestano reazioni del tutto esagerate di fronte a piccoli problemi, sono inclini a somatizzare e a lamentare un numero incredibilmente elevato di dolori specifici e di disturbi correlati all'ambiente: questa sedia è diventata scomoda, la pressione della doccia è diminuita, mi fa male il braccio quando prendo in mano una tazza, le luci della stanza sono troppo intense, le luci della stanza sono troppo fioche e così via, all'infinito.

Diventano irritabili e scontrosi, si dimostrano sovente rudi o indifferenti nei confronti di quanti li circondano.

La depressione dell'anziano è, in molti casi, la conseguenza diretta delle variazioni insorte nei vari sistemi e apparati o il risultato della sofferenza e dell'umiliazione del decadimento fisico”

D. De Leo

Depression in the elderly

George S.Alexopoulos

Lancet 2005; 365:1961-1970

1-4% della popolazione anziana è affetta da depressione maggiore, con un'incidenza pari a 0,15%/anno.

Le donne sono depresse con incidenza doppia rispetto all'uomo

Prevalenza ed incidenza raddoppiano dopo 70-85 anni.

Il numero di anziani con disturbo bipolare è in progressivo aumento:

- perché il numero assoluto di anziani è in aumento?
- perché la proporzione di individui anziani con questa condizione è in aumento?

Depressione minore ha una prevalenza del 4-10%.

Disturbo distimico, caratterizzato da sintomi di bassa intensità della depressione che durano 2 anni o più, si verifica in circa il 2% degli anziani.

Gli anziani sono particolarmente soggetti a depressione

La possibile disabilità, la compromissione cognitiva, un calo di status socio-economico, e l'alta percentuale di donne che sopravvive alla morte del proprio partner potrebbero spiegare questa condizione

Alexopoulos, Lancet 2005; 365:1961-1970

- Cenni storici
- La depressione nell'anziano
- Problematiche interpretative e culturali**
- Depressione e malattie somatiche:
dimensioni del problema e quali outcomes
- Depressione e multimorbilità: che interpretazione dare?
- Conclusioni

Lo studio della depressione si avvale generalmente di due modelli:

Dimensionale

presuppone che la malattia si associ a un permanente stato di tristezza e che rappresenti la versione estrema di una condizione che tutti hanno provato e conosciuto.

Categorico

afferma che la depressione è una malattia distinta dalle altre manifestazioni emozionali.

Entrambi i modelli sono validi.

Che ci si avvii per gradi verso uno stato depressivo o che questo si scateni all'improvviso, si giunge in ogni caso in un luogo del tutto nuovo.

La depressione in età avanzata

Oggi la maggior parte dei ricercatori trova difficoltà nel concepire la depressione come condizione fenomenologicamente omogenea e pertanto l'approccio **categorico**, esemplificato dal DSM IV, risulta di maggior interesse al clinico.

Però

ipotesi:

- item per definire la presenza di depressione
- utilizzo di scale per la definizione della gravità

PERSPECTIVE

Culture and Depression

Arthur Kleinman, M.D.

In molte parti della società cinese, l'esperienza della depressione ha tratti fisici piuttosto che psicologici. Molte persone depresse cinesi non riferiscono di sentirsi tristi, ma piuttosto avvertono la noia, il disagio, senso di “pressione interna”, e sintomi somatici tipo dolore, vertigini e stanchezza. Questi sintomi culturalmente codificati possono confondere la diagnosi tra gli immigrati cinesi negli Stati Uniti, molti dei quali trovano la diagnosi di depressione moralmente inaccettabile e priva di significato esperienziale. Questo cambia modello culturale nel corso del tempo, ma continua a divergere in maniera significativa dalle esperienze di altri gruppi. Il modello di somatizzazione può non essere familiare ai medici degli Stati Uniti e potrebbe complicare ulteriormente il concetto di depressione, che, secondo la biomedicina, può essere un'emozione, un sintomo o una malattia.



- Cenni storici
- La depressione nell'anziano
- Problematiche interpretative e culturali
- Depressione e malattie somatiche:
dimensioni del problema e quali outcome**
- Conclusioni

Riprendendo il concetto che

**la depressione determina
outcomes avversi
in termini di salute,
pari o superiori
ad altre malattie croniche**

Lancet 2007; 370: 851-58

- **Peggioramento del performance status**
- **Peggioramento dello stato funzionale**
- **Aumento della mortalità**
- **Aumento del tasso di riospedalizzazione**
- **Più precoce istituzionalizzazione**

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY

Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20: 973–982.

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/gps.1389

Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities

Rebecca A. Drayer^{1,2,3}, Benoit H. Mulsant^{2,7*}, Eric J. Lenze^{2,3}, Bruce L. Rollman^{1,3},
Mary Amanda Dew^{2,3,4}, Kelly Kelleher⁵, Jordan F. Karp^{2,3,4}, Amy Begley^{2,3},
Herbert C. Schulberg⁶ and Charles F. Reynolds III^{2,3}

Nei pazienti più anziani con patologie mediche e disturbi somatici, si deve sempre considerare la possibilità di depressione.

Auspicabile l'utilizzo di scale di valutazione che enfatizzando i sintomi somatici associati con la depressione possono fornire una misura più accurata della **severità della depressione.**

Depressione e test di performance

Determinants of poor 6-min walking distance in patients with COPD: the ECLIPSE cohort.

Spruit MA, Watkins ML, Edwards LD, Vestbo J, Calverley PM, Pinto-Plata V, Celli BR, Tal-Singer R, Wouters EF
Evaluation of COPD Longitudinal to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) study investigators

Le determinanti della 6MWD sono complesse e dipendono sia da fattori fisici (polmonari e non-polmonari) e fattori psicologici (depressione) come valutato in un numeroso gruppo multi di pazienti ben caratterizzati con BPCO clinicamente stabile da moderata a molto grave.

Depressive Symptoms and Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Effect on Mortality, Hospital Readmission, Symptom Burden, Functional Status, and Quality of Life

*Tze-Pin Ng, MD, Mofeen Naji, PhD, Wan-Cheng Tsai, MD, Zhenping Cao, MSc,
Kun-Chang Ong, MMed(ChMed), Philip Eng, MMed(ChMed)*

Conclusioni: alla depressione in comorbidità con BPCO sono associati:

- minore sopravvivenza,
- degenza ospedaliera prolungata,
- persistenza del fumo di sigaretta,
- peggioramento della sintomatologia
- peggiore stato funzionale fisico e sociale

Gli interventi che riducono la sintomatologia depressiva possono potenzialmente migliorare gli outcome della BPCO

Arch Intern Med. 2007; 167:60-67

Association Based on Cox Regression Analysis of Groups of Risk with 12-Months Mortality In 621 Hospitalized Elderly Patients

	Total/events	RR (a)	95%CI	RR (b)	95%CI
No COPD and no depression	95/6	1.0	ref.	1.0	ref.
No COPD and yes depression	422/66	2.2	1.1-5.9	2.2	1.0-5.3
Yes COPD and no depression	21/5	4.1	1.2-13.4	4.0	1.2-13.3
Yes COPD and yes depression	83/28	6.4	2.6-15.4	4.9	2.0-12.0
Sex (males)	188/42	1.7	1.1-2.6	1.5	1.0-2.4
Age>80	337/55	1.1	0.7-1.7	1.1	0.9-4.6
Education (<5 yrs)	127/26	1.3	0.8-2.2	1.1	0.9-1.4
Dementia	172/46	2.4	1.6-3.7	1.9	1.3-2.9
Charlson Index >3	173/47	2.5	1.6-3.9	1.0	0.7-1.5
Disability in BADL	335/66	1.5	1.1-2.4	1.2	1.1-1.3
Malnutrition	191/63	2.5	1.6-3.9	1.6	1.1-3.2

Arch Intern Med. 2007; 167:60-67

Outcomes of Minor and Subsyndromal Depression among Elderly Patients in Primary Care Settings

Jeffrey M. Lyness, MD; Moonseong Heo, PhD; Catherine J. Datto, MD, MS; Thomas R. Ten Have, PhD; Ira R. Katz, MD, PhD; Rebecca Drayer, MD; Charles F. Reynolds III, MD; George S. Alexopoulos, MD; and Martha L. Bruce, PhD, MPH*

Background: Although depressive conditions in later life are a major public health problem, the outcomes of minor and subsyndromal depression are largely unknown.

Objective: To compare outcomes among patients with minor and subsyndromal depression, major depression, and no depression, and to examine putative outcome predictors.

Design: Cohort study.

Setting: Patients from primary care practices in greater New York City, and Philadelphia and Pittsburgh, Pennsylvania.

Patients: 622 patients who were at least 60 years of age and presented for treatment in primary care practices that provided usual care in a randomized, controlled trial of suicide prevention. Of the 441 (70.9%) patients who completed 1 year of follow-up, 122 had major depression, 205 had minor or subsyndromal depression, and 114 did not have depression at baseline.

Measurements: One year after a baseline evaluation, data were collected by using the following tools: Hamilton Depression Rating Scale, the depressive disorders section of the Structured Clinical

1-year Hamilton depression score was 10.9 (95% CI, 9.6 to 12.2) for those with initial major depression, 7.0 (CI, 5.9 to 8.1) for those with minor or subsyndromal depression, and 2.9 (CI, 1.6 to 4.2) for those without depression ($P < 0.001$ for each paired comparison). Compared with patients who were not depressed, those who had minor or subsyndromal depression had a 5.5-fold risk (CI, 3.1-fold to 10.0-fold) for major depression at 1 year after controlling for demographic characteristics ($P < 0.001$). Cerebrovascular risk factors were not associated with a diagnosis of depression at 1 year after controlling for overall medical burden. Initial medical burden, self-rated health, and subjective social support were significant independent predictors of depression outcome.

Limitations: Participants received care at practices that had personnel who had been given enhanced education about depression treatment; 29.1% of participants withdrew from the study before completing 1 year of follow-up.

Conclusions: The intermediate outcomes of minor and subsyndromal depression demonstrate the clinical significance of these conditions and suggest that they are part of a spectrum of depressive illness. Greater medical burden, poor subjective health status, and

Conclusioni; gli outcome intermedi della depressione minore e subsindromica dimostrano il significato clinico di tali condizioni e suggeriscono che queste sono parte del più ampio spettro della patologia depressiva.

La multimorbosità e la scarsa percezione del proprio stato di salute e la progressiva sensazione di “abbandono sociale” aumentano il rischio di outcome avversi

Depression and Negative Outcomes in Patients With Heart Failure

Rehospitalization:

without HF and depression was 35%;
in patients without HF and with depression was 38%;
in patients with HF and without depression was 44%;
and in those with HF and with depression was 67%

Mortality:

neither HF nor depression was 4%;
in patients without HF and with depression, 7%;
in patients with HF and without depression, 15%;
in patients with both HF and depression, 21%

ORIGINAL INVESTIGATION

Relationship of Depression to Death or Hospitalization in Patients With Heart Failure

*Andrew Sherwood, PhD; James A. Blumenthal, PhD; Ranak Trivedi, PhD; Kristy S. Johnson, MPH;
Christopher M. O'Connor, MD; Kirkwood F. Adams, Jr, MD; Carla Sueta Dupree, MD; Robert A. Waugh, MD;
Daniel R. Bensimhon, MD; Laura Gaulden, MS; Robert H. Christenson, PhD; Gary G. Koch, PhD; Alan L. Hinderliter, MD*

Arch Intern Med. 2007;167:367-373

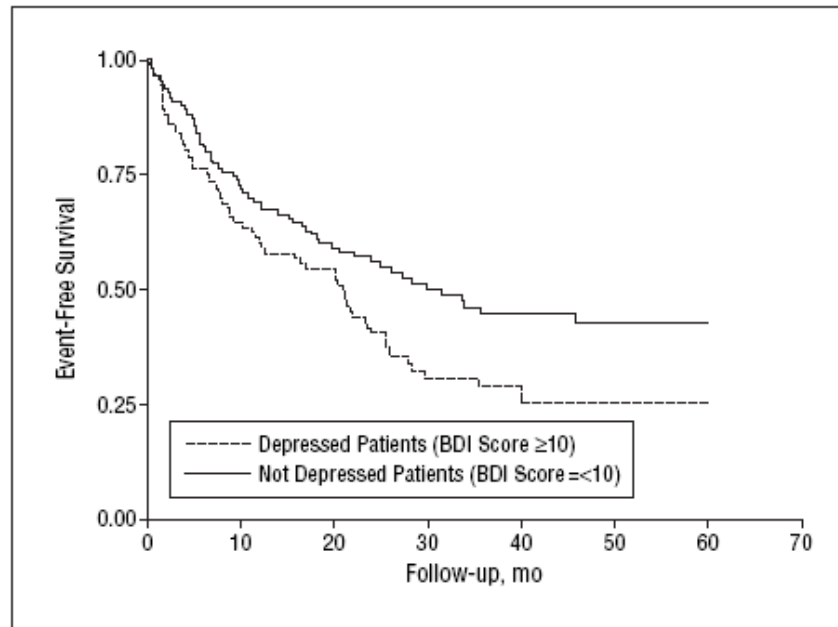


Figure. Kaplan-Meier curves indicate the composite end point of death or hospitalization because of cardiovascular disease in 94 patients with heart failure (HF) with clinically significant symptoms of depression (BDI score ≥ 10) compared with 110 patients with HF without depression (BDI score < 10). Note: $P = .02$ comparing patients with and without depression, based on proportional hazards models including adjustment for age, HF etiology, left ventricular ejection fraction, *N*-terminal pro-B-type natriuretic peptide, and antidepressant medication use. BDI indicates Beck Depression Inventory.

Table 2. Cox Proportional Hazards Regression Analyses for Death and Hospitalizations Because of Cardiovascular Disease

Variable*	Deaths or Hospitalizations (n = 120)		All-Cause Deaths or Hospitalizations (n = 145)		Deaths (n = 54)	
	HR (95% CI)	P Value	HR (95% CI)	P Value	HR (95% CI)	P Value
Age/10 y†	1.11 (0.94-1.32)	.22	1.18 (1.00-1.39)	.045	0.92 (0.71-1.18)	.49
HF etiology	1.05 (0.71-1.55)	.82	0.90 (0.64-1.28)	.57	1.37 (0.75-2.52)	.31
LVEF, %	0.99 (0.97-1.01)	.27	0.99 (0.98-1.01)	.60	0.97 (0.94-1.00)	.06
NT-ProBNP/1000 pg/mL	1.28 (1.16-1.42)	<.001	1.23 (1.12-1.35)	<.001	1.42 (1.24-1.64)	<.001
BDI score	1.06 (1.03-1.09)	<.001	1.06 (1.03-1.09)	<.001	1.05 (1.00-1.10)	.06
Antidepressant medication	1.75 (1.14-2.68)	.01	1.57 (1.06-2.34)	.02	1.79 (0.96-3.34)	.07

Abbreviations: BDI, Beck Depression Inventory; CI, confidence interval; HF, heart failure; HR, hazard ratio; LVEF, left ventricular ejection fraction; NT-proBNP, N-terminal pro-B-type natriuretic peptide.

*Values for each variable in the model are adjusted for all other variables in the model.

†Age divided by 10 indicates the heart rate values associated with age reflect a decade.

Conclusions: Symptoms of depression were associated with an adverse prognosis in patients with HF after controlling for HF severity. The unexpected association of antidepressant medications with worse clinical outcome suggests that patients with HF requiring an antidepressant medication may need to be monitored more closely.

Depression and health status in elderly patients with heart failure: a 6-month prospective study in primary care.

Sullivan MD, Newton K, Hetch J, Russo JR, Spertus JA

Scopo: determinare la prevalenza e gli effetti della depressione sullo stato di salute tra i pazienti ambulatoriali anziani con scompenso cardiaco:

Studio di coorte di 6 mesi riferito a 139 pazienti ambulatoriali anziani con insufficienza cardiaca.

Diagnosi di depressione al basale erano:

- depressione maggiore e/o di distimia (9%)
- depressione minore (10%)
- nessuna depressione (81%)

La depressione ha effetti significativi e persistenti sullo stato di salute dei pazienti anziani con insufficienza cardiaca, compresi i sintomi ascrivibili all' insufficienza cardiaca, la funzionalità fisica e la qualità della vita.

Questo può aiutare a spiegare perché la depressione è stata associata con un aumento delle spese sanitarie in questa popolazione

**Differential associations between specific depressive symptoms
and cardiovascular
prognosis in patients with stable coronary heart disease**

Hoehn PW, Whooley MA, Martens EJ, Na B, van Melle JP, de Longe P

Nei pazienti con malattia coronarica stabile, i sintomi somatici della depressione sono stati il fattore predittivo di maggiore rilevanza di eventi cardiovascolari rispetto ai sintomi cognitivi.

Questi risultati sono in accordo con studi precedenti.

Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere i processi fisiopatologici con cui i sintomi depressivi somatici possano contribuire alla prognosi nei pazienti con malattia coronarica.

Ipotesi

Nei soggetti anziani la depressione è un importante fattore di rischio di mortalità; nel nostro studio è un fattore di rischio superiore alle malattie croniche cardiache.

Il suo effetto sulla mortalità può essere dovuto a:

- un effetto biologico sulla funzionalità cardiaca**
- cambiamenti nei comportamenti di salute, come la scarsa aderenza ai piani di trattamento prescritti.**

I nostri dati sono a favore della seconda ipotesi, dal momento che la depressione esercita quasi lo stesso effetto negativo in soggetti affetti da malattie cardiache come in quelli non affetti.

Interventions for preventing depression after stroke

Hackett ML, Anderson CS, House A, Halteh C

Il ruolo degli interventi per la prevenzione della depressione post-ictus non è ad oggi chiaro.

La depressione è una complicanza comune ed importante frequentemente malgestita.

Poco si conosce se il precoce trattamento dopo lo stroke possa ridurre il rischio di depressione e migliorare il recupero funzionale.

Questa revisione di 14 studi ha coinvolto 1.515 partecipanti e non ha riscontrato evidenze che i farmaci antidepressivi prevenivano la depressione o accelerino e abbiano un effetto positivo sul recupero clinico-funzionale dopo lo stroke.

Due studi hanno dimostrato che la psicoterapia può essere in grado di migliorare l'umore dei pazienti e prevenire la depressione, ma non migliora i risultati di altri outcomes.

L'evidenza di questi risultati è limitata a causa della piccola percentuale di sopravvissuti idonei a follow-up a distanza.

Sono necessari studi clinici atti a verificare l'efficacia della prevenzione della depressione in tutti gli stroke.

Cochrane Reviews

Social and Gender Inequalities in Depressive Symptoms Among Urban Older Adults of Latin America and the Caribbean

Beatriz Eugenia Alvarado,¹ Maria Victoria Zunzunegui,^{1,2} François Béland,³
Maryline Sicotte,¹ and Lourdes Tellechea⁴

¹Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, Québec, Canada.

²Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal, Québec, Canada.

³Département de l'Administration de la Santé, Université de Montréal, and SOLIDAGE, Lady Davis Institute, Jewish Hospital of Montréal, Québec, Canada.

⁴Departamento de Geriatria, Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay.

Objectives. This study examined gender differences in depression by examining differential exposure and vulnerability to socioeconomic factors during the life course.

Methods. The data used for the analyses originated from a cross-national survey of older adults living in seven large Latin American cities. We examined associations between depressive symptomatology and socioeconomic conditions and health indicators in childhood, adulthood, and old age. We used the Geriatric Depression Scale to classify respondents with high levels of depressive symptoms.

Results. The prevalence of depression in the urban population of Latin America was relatively low, ranging across cities from 0.4 to 5.2% in men and from 0.3 to 9.5% in women. Women were more exposed to social and material disadvantages during their life course than men but were not more vulnerable to them than men. Current socioeconomic conditions and health status as well as functional disabilities mainly accounted for gender differences in the prevalence of depression. Additionally, poor health and hunger during childhood, as well as illiteracy or lack of education, were associated with depression in both men and women.

Discussion. Cumulative life course exposure to social and material disadvantage and current material, social, and health conditions explain the higher frequency of depression in women.

- Dopo frattura di femore l'uomo (rispetto alla donna) diviene più depresso, muore di più e richiede maggiori attenzioni per la ripresa della funzione.

- Perché? A quali fattori (biologici/clinici) deve essere attribuita la maggior comparsa di depressione, la quale a sua volta indurrebbe la mortalità più elevata, con un effetto che si riflette sulla funzione?



THE FEMALE BRAIN

Louann Brizendine, M.D.

"Un libro utile per le donne... indispensabile per gli uomini!"

DANIEL GOLEMAN



IL CERVELLO DELLE DONNE

Louann Brizendine

Rizzoli

Therapies for depression in Parkinson's disease

Ghazi-Noori S, Chung TH, Deane K, Rickards HE, Clarke CE

Conclusioni degli Autori:

I dati attuali disponibili sull'efficacia e la sicurezza di eventuali terapie con antidepressivi nella malattia di Parkinson sono insufficienti per formulare raccomandazioni per il loro uso.

Ulteriori studi randomizzati controllati su larga scala sono urgentemente necessari in questo settore.

- Cenni storici
- La depressione nell'anziano
- Problematiche interpretative e culturali
- Depressione e malattie somatiche:
dimensioni del problema e quali outcome
- Conclusioni**

CONCLUSIONI I/II

- Il paziente geriatrico affetto da depressione è sempre affetto da multimorbidità.
- La depressione peggiora gli outcome in termini di salute
- La depressione e la multimorbidità peggiorano ulteriormente gli outcome
- L'assessment geriatrico permette di definire lo stato di salute del paziente e di collocarne l'affettività nel contesto clinico.

CONCLUSIONI III/II

Il problema è chiarire se la depressione sia una comorbidità, la cui rilevanza potrebbe essere smascherata da una malattia fisica, oppure una condizione psicologica indicatore di fragilità, spia di un'incapacità a far fronte ad un evento stressante.

Nel primo caso il trattamento farmacologico potrebbe essere efficace, nel secondo, inutile o negativo.

***R.Rozzini & M.Trabucchi,
Arch Int Med, 2003; 163:498-499***

