

DISTURBI DELL'UMORE

18/07/2013

Dipartimento di: Neuroscienze UOC Neuropsichiatria



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

Criteri diagnostici episodio depressivo e maniacale



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

Criteri diagnostici episodio depressivo

A: cinque o più dei seguenti sintomi devono essere contemporaneamente presenti per un periodo di due settimane. Con un cambiamento significativo del precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi deve essere umore depresso o perdita di interesse o piacere e non deve essere dovuto ad una condizione medica generale, ne a deliri o allucinazioni:

- 1. Umore depresso per tutto il giorno, quasi ogni giorno/ umore irritabile più frequente nei bambini**
- 2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi le attività, per tutto il giorno, quasi ogni giorno**
- 3. Significativa perdita di peso o aumento di peso o diminuzione o aumento dell'appetito, considerando nei bambini la normale variazione nel raggiungere i livelli ponderali standard**
- 4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno**
- 5. Agitazione o rallentamento psicomotorio osservabile anche da altri e non solo soggettivo**
- 6. Faticabilità e mancanza di energia quasi ogni giorno**
- 7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno**
- 8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione quasi ogni giorno**
- 9. Pensieri ricorrenti di morte,**
- 10. ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.**

B: i sintomi non soddisfano i criteri per un disturbo misto

C: i sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale

D: I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o di una condizione medica generale

E: I sintomi non sono meglio giustificati da lutto e cioè dalla perdita di una persona amata



DSM V: variazioni per episodio depressivo

- Criterio C diventa criterio B
- La presenza di un lutto nei due mesi precedenti non è più considerato criterio di esclusione per la diagnosi di episodio depressivo
- Vengono inseriti diverse caratteristiche specifiche in grado di individuare sottotipi con prognosi diversa
 - Caratteristiche miste dell'episodio: presenza di tre criteri dell'episodio maniacale senza che vengano soddisfatti i criteri per episodio maniacale
 - Presenza di suicidalità: caratterizzata per tipo di ideazione, presenza di pianificazione dell'atto, presenza di altri fattori di rischio (TS precedenti, uso di sostanze, storia traumatica)
 - Presenza di "distress da ansia"



Disturbi depressivi

- Disturbo Depressivo maggiore
 - Depressione lieve: presenza di 4 -5 sintomi di cui due devono essere variazione dell'umore ed apatia
 - Depressione moderata: almeno sei sintomi
 - Depressione severa: almeno sette sintomi
- Disturbo Depressivo maggiore ricorrente
- **Disturbo Distimico: durata dei sintomi superiore ai due anni**



DSMV: Nuove diagnosi per il disturbo depressivo

- Disturbo disforico premestruale
- Deregolazione dell'umore dirompente: diagnosi fino ai 18 anni
- Disturbo depressivo persistente
 - Disturbo depressivo maggiore cronico
 - Disturbo distimico



CRITERI DISREGOLAZIONE DELL'UMORE DIROMPENTE

- Umore cronicamente alterato in senso **depressivo o disforico**
- Segni di hyperaurasal (almeno 3)
 - Insonnia, agitazione, distraibilità, pensieri che si rincorrono fuga delle idee, logorrea, intrusività
- Frustrabilità estrema con almeno tre episodi settimanali di “temper Tantrum”
- I sintomi compromettono il funzionamento
- Sono presenti da almeno un anno **consecutivamente** con un esordio prima dei 12 anni



Criteri del DSM IV per Episodio maniacale

A: un periodo distinto di alterazione persistente e rilevante dell'umore di almeno una settimana (o di qualsiasi durata se necessaria ospedalizzazione). L'umore può essere espanso o irritabile.

B: durante il periodo di alterazione dell'umore 3 (o più) dei seguenti sintomi sono stati persistenti e presenti a un livello significativo (4 se l'umore è irritabile)

1. Autostima aumentata o grandiosità
2. Diminuito bisogno di sonno
3. Maggiore loquacità del solito
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente
5. Distraibilità
6. Aumento dell'attività finalizzata, oppure agitazione psicomotoria
7. Eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose

C: i sintomi non soddisfano l'episodio misto

D: L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento psico-sociale

E: i sintomi non sono dovuti ad effetti fisiologici diretti di una sostanza.



DSMV: criteri per episodio maniacale

- Nel criterio A viene specificata la presenza di un cambiamento significativo nell'energia e nelle attività oltre che nell'umore
- Vengono inseriti diverse caratteristiche specifiche in grado di individuare sottotipi con prognosi diversa
 - Eliminata la categoria di episodio misto e sostituita con **episodio maniacale con caratteristiche miste**
 - Come per la depressione viene inserito il sottotipo con **Distress ansioso**



Disturbi Bipolari

- Disturbo Bipolare I: almeno un episodio maniacale per il DSM IV, due episodi anche di diversa polarità per ICD 10
- Disturbo Bipolare II: episodi di ipomaniacalità, almeno un episodio di Depressione maggiore
- Ciclotimia: periodo di almeno due anni con cronica modificazione dell'umore con alternanza nelle due polarità senza che vengano mai soddisfatti i criteri per episodio depressivo maggiore o maniacale



DSMV: classificazione del disturbo bipolare

- Maggiore definizione della categoria DB Nas
 - **Storia passata di depressione** ed episodio di **Ipomania** in cui vengono soddisfatti i criteri per il numero di sintomi ma **non il criterio di durata (meno di 4 giorni)**
 - **Storia passata di depressione** ed episodio di **Ipomania** in cui **non** vengono soddisfatti i criteri per **il numero di sintomi** ma la durata è sufficiente (4 o più giorni)



CLASSIFICAZIONE SECONDO IL DSM IV-TR

- **Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)**
- **Disturbo d'Ansia di Separazione (SAD)**
- **Fobia specifica**
- **Fobia sociale**
- **Disturbo di Panico con e senza agorafobia**
- **Agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico**
- **Disturbo post-traumatico da stress**
- **Disturbo ossessivo-compulsivo**



CRITERI DIAGNOSTICI DISTURBI D'ANSIA

- **Sintomi comuni:** Ansia e preoccupazioni eccessive che si manifesta con
 - Ansia Libera
 - Irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi d fior di pelle;
 - difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
 - Irritabilità.
 - alterazioni del sonno.
 - Difficoltà nel controllo delle preoccupazioni
- **Il contesto** nel quale si verifica la sintomatologia ansiosa è da considerare il fattore discriminante per effettuare per la diagnosi dei diversi Disturbi d'Ansia.



DSMV: variazioni significative per il disturbo d'ansia

- Non vengono considerati più all'interno dei disturbi d'ansia sebbene in stretta continuità
 - **Il disturbo ossessivo compulsivo**
 - **Il disturbo post traumatico da stress**
- Viene eliminato il criterio dell' **“Insight”** per le fobie negli adulti
- Viene inserito il criterio di durata di almeno sei mesi anche per gli adulti in tutti i disturbi
- Il disturbo **da attacchi di panico ed il disturbo agorafobico** vengono definitivamente resi indipendenti



Caratteristiche in età evolutiva

Depressione

Disturbo bipolare

Disturbi D'ansia



Depressione: presentazione nei bambini

- in funzione delle abilità cognitive vi è maggiore difficoltà nella rappresentazione degli stati interni
 - Maggiori sintomi comportamentali
 - Maggiori lamentele somatiche
- L'umore appare più frequentemente irritabile



Presentazione in adolescenza

- maggiormente sovrapponibile alle forme dell'adulto:
 - Il quadro classico della depressione “endogena” (anedonia, rallentamento psicomotorio, disturbi sonno e appetito) si osserva praticamente solo in adolescenza
 - I sintomi “cognitivi” sono sovrapponibili ai quadri dell'adulto: *pensiero autocritico, senso di perdita di speranza, ideazione di morte*



Evoluzione e prognosi

- Durata media dell'episodio **dai due mesi agli otto**
- **50%** dei pazienti risulta ancora sintomatico dopo un anno
- Dopo la remissione una percentuale variabile tra il **30-50%** a seconda degli studi presenta ricaduta la percentuale sale al 70% dopo cinque anni
- L'evoluzione a lungo termine delle forme ad esordio infantile mostra ancora dati incerti rispetto alla continuità con depressione in età adulta
- Nelle forme con esordio adolescenziale al contrario la probabilità di riattivazione del disturbo in età adulta è molto elevata



Disturbo Bipolare in età evolutiva:

Fenotipi clinici

(Leibenluft E., Am.J.Psychiatry 2003)

- Fenotipo “Stretto”
 - Ciclicità del disturbo dell’umore con episodi di durata sovrapponibile alle forme adulte
 - **Presenza umore euforico**
- **Fenotipo “Ampio” (Severe Mood Dysregulation)**
 - **Cronica alterazione del tono dell’umore**
 - **Umore disforico/irritabile**
- Fenotipo/i “Intermedi”
 - Assenza di criteri operationalizzati omogenei



Studi longitudinali su popolazioni cliniche

Birmaher B. et al (2009)

- 81% dei pazienti mostrano una **remissione** (almeno 2 mesi senza sintomi affettivi)
- **Tempo medio per avere una remissione circa due anni**
- 62% dei pazienti ha una **RICADUTA** dopo 1,5 aa (media)
- Sintomatici per il 60% del tempo
41% del tempo con sintomatologia sub-sindromica
- Sintomi prevalenti depressivi e misti

Geller B. et al. (2008)

- 87% **remissione** (almeno 2 mesi senza sintomi affettivi)
- **tempo medio per la remissione circa un anno e mezzo**
- 74% dei pazienti ha una **RICADUTA** dopo 2 anni (media)
- Sintomatici 60%-49% del tempo durante le fasi di follow-up
- Sintomi prevalenti misti



Disturbi d'ansia in età evolutiva

- Elevata comorbidità
 - **tra i diversi Disturbi d'Ansia**
 - con i Disturbi dell'Umore: Circa 1/3 dei bambini e adolescenti ansiosi sviluppano un disturbo depressivo e che circa i 2/3 di quelli depressi sviluppano un disturbo d'ansia (Masi, Favilla ed altri, 2000).
 - ADHD.
- Gli studi longitudinali evidenziano che il rischio di sviluppare un Disturbo d'Ansia in età adulta è di 3-4 volte maggiore rispetto ai bambini non affetti (Pine et al, 1998, Newman et al., 1996).



Terapia



DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE: IL TRATTAMENTO

Dott. Simona Di Gioia



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

18/07/2013

Dipartimento di Neuroscienze, UOC Neuropsichiatria Infantile

IL TRATTAMENTO DISTURBI D'ANSIA/ DELL'UMORE

Terapia psicologica

- Terapia Cognitivo-Comportamentale (**CBT** individuale e di gruppo): ristrutturazione cognitiva e cambiamento comportamentale
- Terapia Dialettica Comportamentale (**DBT**, Linehan 1991): analisi di come affrontare conflitti ed emozioni negative intense.
- Terapia Interpersonale (**IPT**, Klerman 1984): riflessioni sulle relazioni sociali dei partecipanti
- **Terapia di Gioco**: attività ricreativa per affrontare paure e problemi
- **Terapia Psicodinamica**: comprendere l'origine e la natura di problemi radicati, compresi traumi

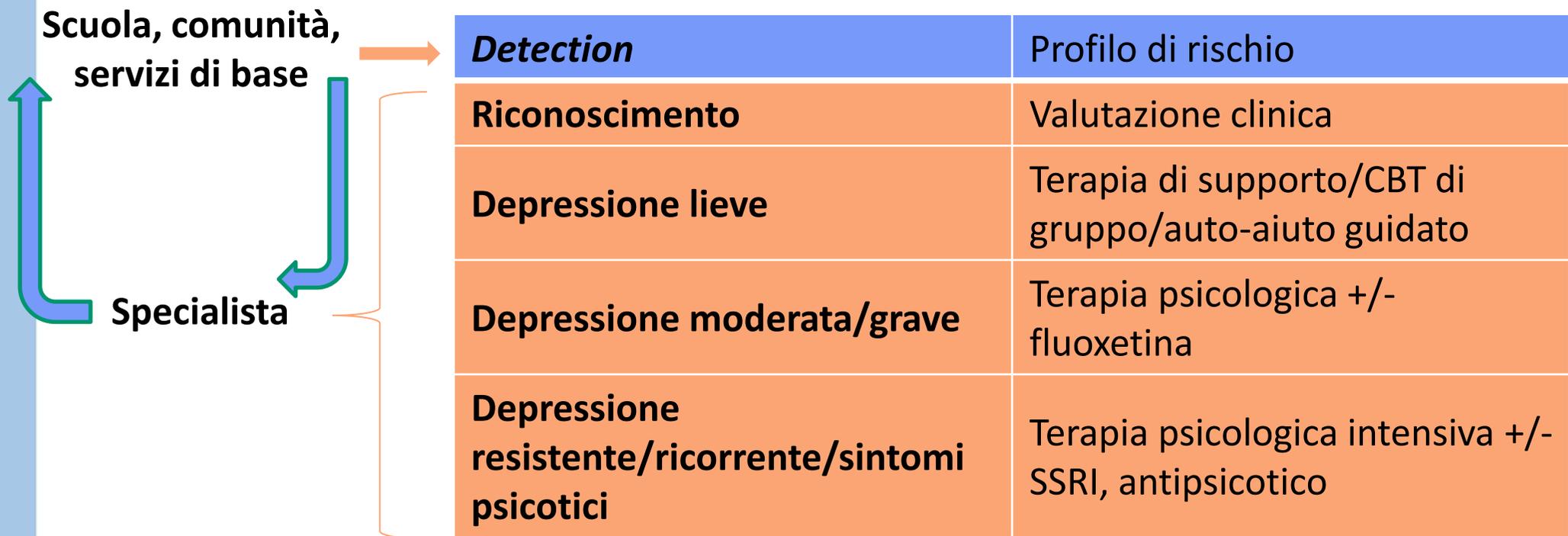
Terapia Farmacologica



LINEE GUIDA INTERNAZIONALI DEPRESSIONE GIOVANI (NICE 2005)

A focus on symptoms alone is not sufficient because a wide range of biological, psychological and social factors have a significant impact on response to treatment and are not captured by the current diagnostic systems

Pianificazione del **trattamento** (Modello a Step)

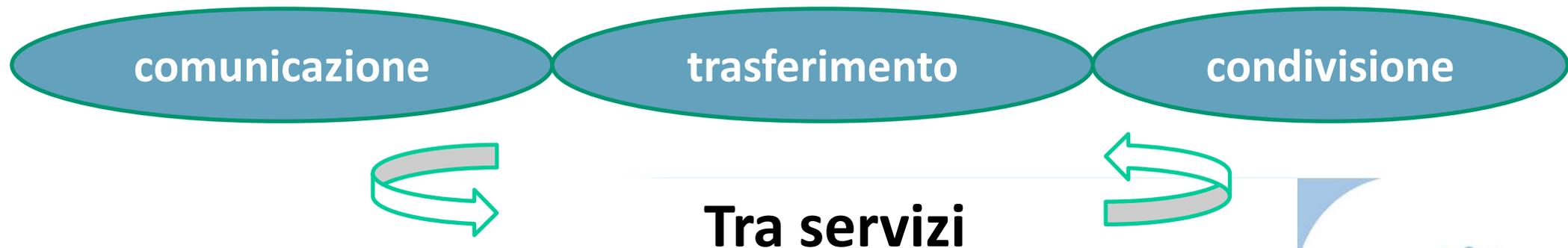


DISTURBO BIPOLARE: Trattamento (NICE, 2006)

Nessun servizio è in grado di rispondere alle necessità della persona per tutto il corso della vita

Le necessità di trattamento del disturbo bipolare dipendono da

- Fase di malattia
- Età
- Funzionamento
- Storia recente



Algoritmo di trattamento ansia/depressione in bambini e adolescenti

(JAACAP 2007; Guidelines and Protocols Advisory Committee, 2010)

Tutti i livelli di gravità

Interventi di base

Sonno, alimentazione, esercizio fisico
Efficacia della funzione genitoriale
Psicoeducazione
Invio alle risorse comunitarie di salute pubblica

Gravità o persistenza dei sintomi

Step 1: Terapia Psicologica

CBT (ansia/depressione), IPT (depressione)

Step 2: Terapia farmacologica

Se limitazioni funzionali significative e/o sintomi vegetativi

Specialista:

Rischio suicidario
Possibile bipolarità
Grave evitamento

Terapia farmacologica

se persistenza di gravi sintomi dopo l'intervento

Fluoxetina – depressione

Fluoxetina, fluvoxamina, sertralina - ansia



TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

COME FUNZIONA

***Perdere la partita
sarebbe terribile!
Giocherò sicuramente
male in campo e tutti
rideranno di me!***

La mia squadra è più forte, è improbabile che perdiamo...
Può capitare a tutti una partita "no"



TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

OBIETTIVI

Chiarire la natura irrealistica di pensieri, attribuzioni e aspettative

Riconoscimento di reazioni fisiologiche e delle emozioni connesse

**Correggere:
credenze negative**



comportamenti



emozioni



TERAPIA DIALETTICA-COMPORTAMENTALE

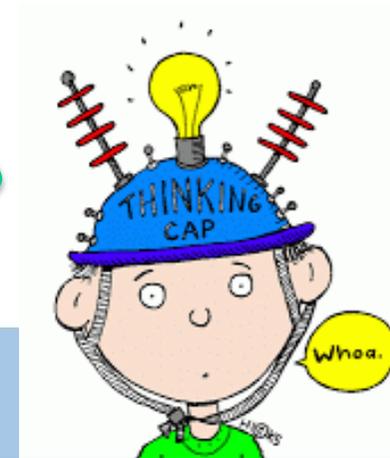
COME FUNZIONA

Catena degli eventi



Quali bisogni volevo esprimere con quel gesto?
In quale altro modo avrei potuto esprimerli?

Freeze Frame



TERAPIA DIALETTICA-COMPORTAMENTALE

OBIETTIVI

- Mirata per le necessità terapeutiche di adolescenti con depressione cronica, resistente alla CBT e ad elevato rischio di autolesività e suicidio

Supportive selftalk

Interpersonal Effectiveness

Emotion Regulation

Distress Tolerance

TERAPIA INTERPERSONALE

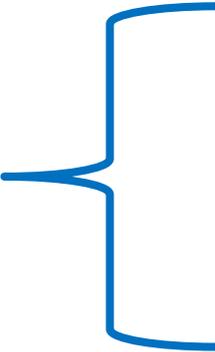
COME FUNZIONA

La psicopatologia si manifesta all'interno del contesto interpersonale

Funzionamento sociale



Influisce sulla formazione dei sintomi



Conflitti interpersonali
Cambiamenti di ruolo
Deficit interpersonali



TERAPIA INTERPERSONALE

OBIETTIVI

Intervento psicoeducativo (“ruolo di malato”)



Inventario interpersonale



Rinegoziazione delle problematiche interpersonali



EVIDENZE DI EFFICACIA in bambini e adolescenti

ANSIA

CBT efficace a livelli statisticamente significativi rispetto a nessun trattamento (**Cochrane Review**; James, **2005**)

Ultima revisione sistematica **Cochrane** (James AC et al., **2013**):

- 41 studi tra 1970-2012, totale 1806 bambini e adolescenti con diagnosi certa di ansia
- Qualità degli studi “moderata”
- Evidenza di efficacia limitata rispetto a trattamenti non-CBT ed a trattamento farmacologico da solo.



EVIDENZE DI EFFICACIA in bambini e adolescenti

DEPRESSIONE (David-Ferdon e Kaslow, 2008)

Evidence-based Psychosocial Treatment (dal 1998):

BAMBINI \leq 12 anni

CBT
efficacia consolidata

Terapia comportamentale
efficacia probabile

ADOLESCENTI \geq 13 anni

CBT e IPT
efficacia consolidata



EVIDENZE DI EFFICACIA in bambini e adolescenti

DEPRESSIONE (Cochrane Intervention Review, Cox et al., 2013)

Evidenza di efficacia limitata per:

- Terapia antidepressiva VS psicoterapia (rispettivamente 67.8% VS 53.7% in remissione)
- Terapia combinata VS terapia antidepressiva da sola (rispettivamente 65.9% VS 57.8% in remissione)

Ideazione suicidaria significativamente più alta nel gruppo trattato con antidepressivi (18.6%) rispetto al gruppo trattato in psicoterapia (5.4%) con effetto fino a 6-8 mesi dal trattamento

Nessuna robusta conclusione...



LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA DEVE ESSERE DIRETTA A RAGGIUNGERE:

- promuovere la sicurezza fisica;
- adeguata soddisfazione dei bisogni di base;
- adesione al programma terapeutico;
- assicurare esperienze e interazioni tranquillizzanti e proficue;
- supportare la famiglia.



COME SI MANIFESTA LO STATO D'ANSIA:

- **disagio;**
- **senso di terrore;**
- **stato di allarme;**
- **aumento della pressione arteriosa;**
- **aumento della frequenza respiratoria**



RUOLO DELL'INFERMIERE A CONTATTO CON PAZIENTI CON DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE

- **FUNZIONE CONTENITIVA**
- **FUNZIONE FILTRANTE**



APPROCCIO RELAZIONALE AL PAZIENTE ANSIOSO:

interventi:

- 1 avere un atteggiamento calmo, quando si approccia il paziente**
- 2 allontanare persone presenti e diminuire gli stimoli ambientali**
- 3 rassicurare il paziente, comprendere la sua sofferenza e restare accanto a lui**
- 4 parlare con il paziente in modo semplice, chiaro e con messaggi brevi**
- 5 somministrazione dei farmaci ansiolitici e valutarne l'effetto**
- 6 fornire al paziente spiegazioni semplici su quanto si sta facendo**
- 7 quando il livello di ansia e' diminuito, incoraggiare il paziente a parlare della sua esperienza**



Accoglienza del bambino e la sua famiglia

- **Funzione di accudimento**
- **Affidabilità dell'operatore**

Domande specifiche da porre nella fase di apertura della cartella:

- **Presenza di fobie specifiche**
- **Caratteristiche ambientali utili al buon adattamento del ragazzo (presenza di claustrofobia, marcata intolleranza alle attese)**
- **Eventuale terapia farmacologica**
- **Rapporto del paziente con le pratiche medico-infermieristiche (prelievi, visite)**

Domande specifiche da porre nella fase di apertura della cartella:

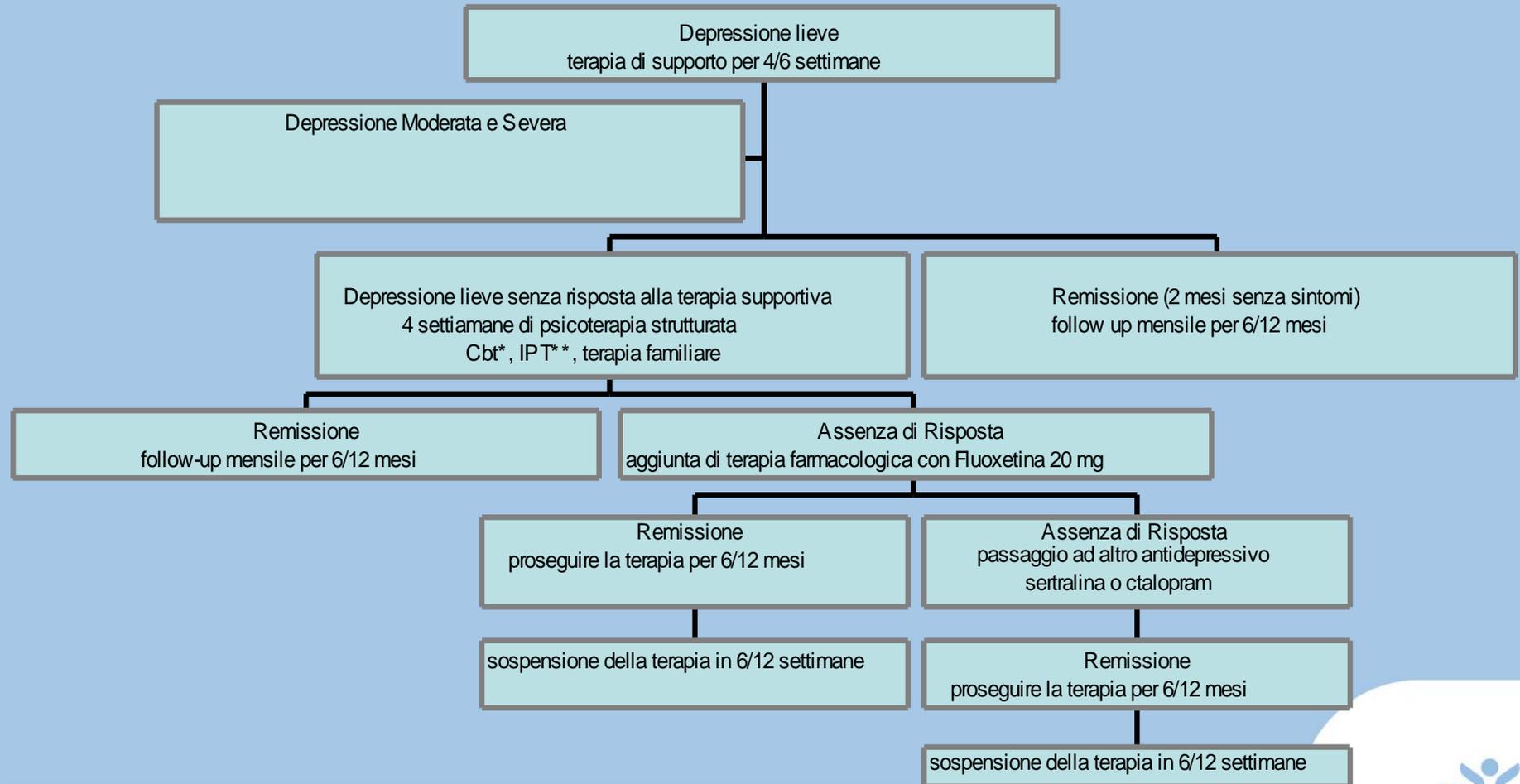
- **Presenza di fobie specifiche**
- **Caratteristiche ambientali utili al buon adattamento del ragazzo (presenza di claustrofobia, marcata intolleranza alle attese)**
- **Eventuale terapia farmacologica**
- **Rapporto del paziente con le pratiche medico-infermieristiche (prelievi, visite)**

UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI OTTENUTE:

- condivisione con l'equipe di cura
aggiustamenti ambientali, se necessari**
- predisposizione della terapia al bisogno, se
presente**
- accompagnamento graduale del paziente
all'esecuzione delle pratiche mediche**

Conclusioni:

L'infermiere ha un ruolo importante, l'approccio dell'infermiere al paziente con disturbo dell'umore deve essere finalizzato a creare un clima emotivo favorevole alla realizzazione dell'assistenza e al progetto di cura. Le emozioni e il bagaglio di esperienza non solo professionale, ma anche umana, sono strumenti indispensabili per il bambino e la famiglia.



Risposta alla terapia (TADS 2004)

- **Solo 1/3** dei pazienti raggiunge una remissione completa
- 40% non ha una risposta adeguata al trattamento farmacologico
- Il trattamento combinato psicoterapia più fluoxetina sembra offrire vantaggi in fase acuta ma non a medio lungo termine



Review efficacia SSRI NSRI in età evolutiva
Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN cochrane collaborative group

farmaci	N° studi	N° sogg.	CDRS-R Diff-media	Remissioni Risk-ratio	CDI/BDI Diff-media	C-GAS Diff.media	Suidarietà Risk-ratio
paroxetina	4	704	-1,18	1,12	-0,43	1,6	1,57
fluoxetina	4	704	-5,63	1,47	-1,3	3,08	1,77
sertralina	1	364	-3,52	1,17	-0,28	1,31	2,97
citalopram	2	407	-2,9	1,16		2,5	1,53
escitalopram	2	575	-2,67	1,19		2,28	0,91
venlafaxina	2	367	-1,90	1,16			12,93
mirtazapiana	1	255	-2,79				0,5



Review efficacia SSRI NSRI in età evolutiva

Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN cochrane collaborative group

- 19 studi: RCT vs placebo 335 soggetti
- Riduzione media sintomatologia 3.51 (17-113)
- Remissioni 448/1000 vs 380/1000
- Maggiore efficacia negli adolescenti che nei bambini
- Rischio suicidario maggiore del 58% nel gruppo che assume antidepressivi
- Fluoxetina ed Escitalopram efficacia confermata in più di uno studio
 - Non omogeneità dei risultati in funzione delle misure (più significativa la riduzione dei sintomi che il tasso di remissioni)
 - Nella metanalisi complessiva non emerge significativa differenza di efficacia tra diverse sostanze



Comparazione di efficacia 12 antidepressivi nella depressione maggiore dell'adulto

*Andrea Cipriani, Toshiaki A Furukawa, Georgia Salanti, John R Geddes, Julian P T Higgins, Rachel Churchill, Norio Watanabe, Atsuo Nakagawa,
Ichiro M Omori, Hugh McGuire, Michele Tansella, Corrado Barbui (Lancet 2009)*

- 117 RCT comparative : 24595 soggetti
- Comparazione di efficacia sulla base della risposta, tollerabilità sulla base dei drop-out
- Mirtazapina, venlafaxina, **escitalopram**, venlafaxina, **sertralina** più efficaci
- **Escitalopram**, **sertralina**, citalopram, bupropione meglio tollerati



DEPRESSIONE RESISTENTE : TORDIA

- 334 ADOLESCENTI 12-18 ANNI CON ALMENO UNA TERAPIA FARMACOLOGICA ASSUNTA A DOSAGGIO PIENO E PER UN TEMPO ADEGUATO
 - 12 settimane trattamento acuto: non responder passano fase in aperto (stesso farmaco, aggiunta stabilizzatore, switch, aggiunta di psicoterapia)
 - 24 settimane conclusione CBT avvio fase in aperto per tutti
 - 48-72 settimane follow-up
- SUDDIVISI IN QUATTRO BRACCIA DI TRATTAMENTO
 - SWITCH AD ALTRO ANTIDEPRESSIVO (FLUOXETINA-CITALOPRAM-PAROXETINA)
 - SWITCH VENLAFAXINA
 - CBT Più SSRI
 - CBT Più VENLAFAXINA



Risultati

- Nessuna differenza tra i trattamenti nella probabilità di remissione al follow-up
- **maggior efficacia in acuto del trattamento combinato**
- Tasso cumulativo di remissioni
 - 17,7% 12 sett
 - 38,8 %24 sett
 - 50% 48 sett
 - 61% 72 sett



Predittori positivi

- Riduzione >40% punteggi CDRS-R alla 6° settimana
- Mantenimento terapia antidepressiva fino alla 48° settimana
- Minore gravità del quadro all'ingresso
- Minore cronicità del quadro depressivo



Predittori negativi

- Ideazione suicidaria
- Abuso d'alcol
- Comorbidity con disturbo d'ansia
- Storia di abuso e trattamento combinato



Depressione resistente : la letteratura dell'adulto

- Switch ad altro antidepressivo
- Aggiunta di brupupione (STAR-D)
- ECT
- Aggiunta di litio (evidenze forti per effetto prevenzione suicidaria)
- Associazione mirtazapina Venlafaxina (non confermato da STAR-D)
- Aggiunta di T3



Il trattamento farmacologico dei disturbi D'ansia in età evolutiva

- Non è da considerarsi di prima scelta a meno di una grave compromissione dell'adattamento in relazione ai sintomi
- Benzodiazepine: consigliate nel trattamento a breve termine degli stati d'ansia acuta tenendo conto del rischio del maggior rischio di disinibizione nei bambini
- SSRI: RCT hanno mostrato buona efficacia con fluoxetina, citalopram, paroxetina
- Nel disturbo da attacchi di panico, disturbo post traumatico da stress necessario dosaggio più elevato (dosaggio antidepressivo elevato 40-60 mg per fluoxetina)
- La venlafaxina ha mostrato efficacia significativa nei disturbi d'ansia in questa fascia d'età (March; 2007)



GRAZIE

Dipartimento di:



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO