LA DEPRESSIONE

COME CONCAUSA DELL'OBESITÀ SARCOPENICA

DOMENICO CASSANO

Neuro-Psichiatra, ASL SA

C. Mare di Stabia, 4 aprile 2025

Depressione

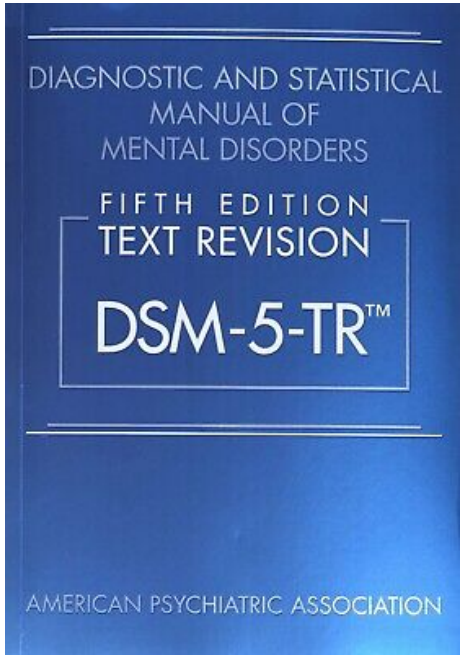
Obesità **Sarcopenia**

❑ AUMENTO GLOBALE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

- **entro il 2050 la % di popolazione mondiale > 65 anni raggiungerà il 22% vs il 12% documentato nel 2015**

WHO, 2017

IMPLICAZIONI MEDICHE, SOCIALI E MULTIDISCIPLINARI



DEPRESSIONE

- Circa il 20% degli ultra60enni soffre di un disturbo mentale
- Tra essi, il 7% ha una diagnosi di depressione

WHO, 2017

AMPIA VARIABILITA' NELLA PREVALENZA: 1- 17 %

- **FATTORI TRANSCULTURALI**
- **ASPETTI METODOLOGICI**
  - Diversità del campione (*popolazioni cliniche, community studies*)
  - Diversità degli strumenti diagnostici (*questionari autosomministrati, intervista clinica diretta*)
  - Variabilità nei criteri diagnostici (*peculiarità nell'anziano*)

DEPRESSIONE NELL'ANZIANO: MAGGIORE PREVALENZA VS IL GIOVANE ADULTO

❑ ***MAGGIORE VULNERABILITA'***

- **SUL PIANO BIOLOGICO**
- **SUL PIANO PSICOSOCIALE (EVENTI DI PERDITA)**

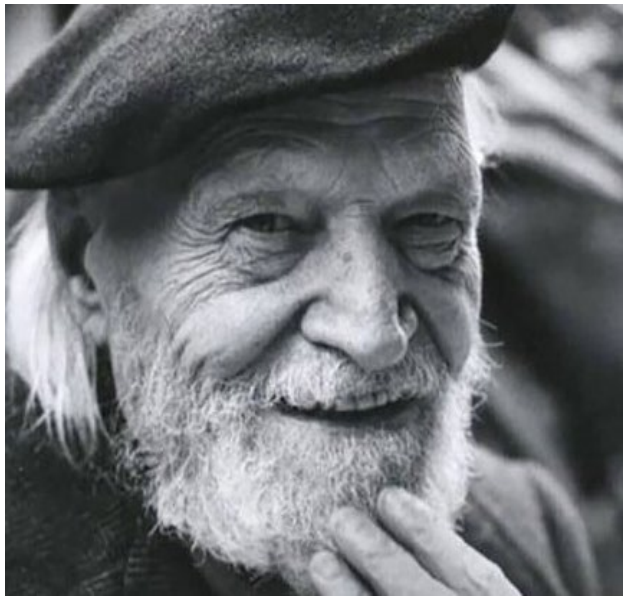
STATUS SOCIALE
STATUS FINANZIARIO
SALUTE
COMPAGNIA
INDIPENDENZA
ABITAZIONE

❑ ***MAGGIORE FREQUENZA DI LIFE EVENTS***

- **RIDUZIONE DELL'AUTOSTIMA**
- **RIDUZIONE DEL SUPPORT SOCIAL NETWORK**

DEPRESSIONE NELL'ANZIANO:
PROBLEMATICHE

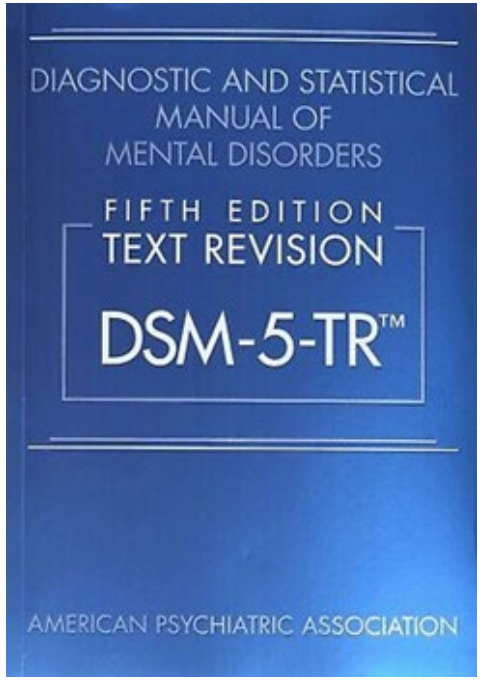
DIFFICOLTA’ NELLA DIAGNOSI



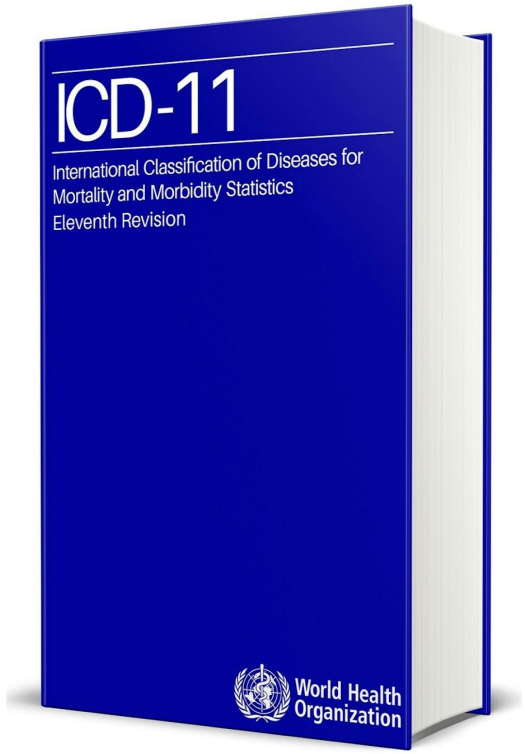
- RILUTTANZA A CHIEDERE L’AIUTO DEL MEDICO PER MOTIVI PSICHIATRICI
- TENDENZA A RITENERE I SINTOMI DEPRESSIVI QUALI MANIFESTAZIONI FISIOLOGICHE DELLA VECCHIAIA
- ELEVATA FREQUENZA DI PRESENTAZIONE SOTTO FORMA DI DEPRESSIONE MASCHERATA
- D.D. TRA PSEUDODEMENZA DEPRESSIVA E DEMENZA
- RELATIVA FREQUENZA CON CUI LA DEPRESSIONE E’ IATROGENA
- CONDIZIONI D’INTERESSE INTERNISTICO CON CUI LA DEPRESSIONE PUO’ ESORDIRE

LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO
L'INADEGUATEZZA DIAGNOSTICA

LIMITI DELLA NOSOGRAFIA TRADIZIONALE



DSM 5th TR, APA, 2023



ICD 11, WHO, 2018

Non è prevista alcuna categoria o criterio diagnostico specifico: riferimento ai criteri generali

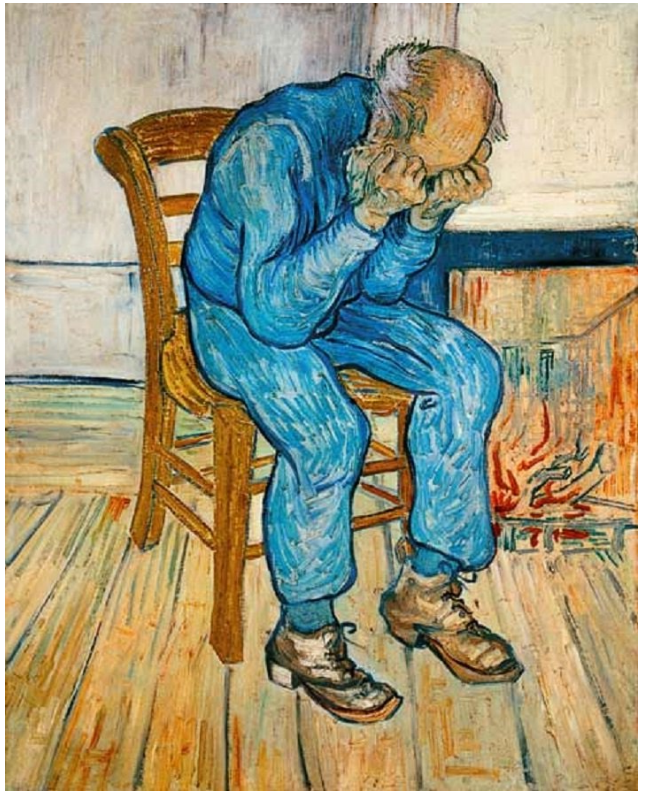
DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

FATTORE TEMPO

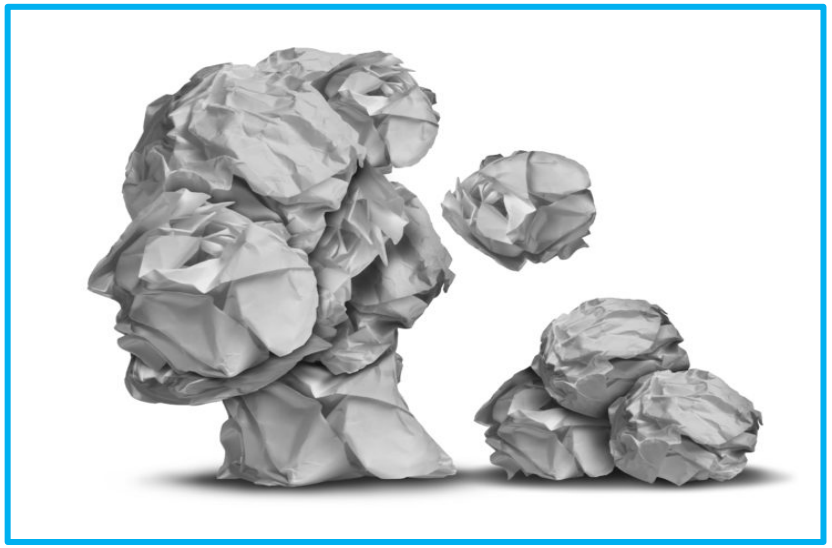
ETEROGENEITA' FENOTIPICA DEI DISTURBI DELL'UMORE

DISABLING PLEOMORPHIC ILLNESSES

variabilità del quadro clinico lungo l'arco della vita



Late-onset depression (LOD)

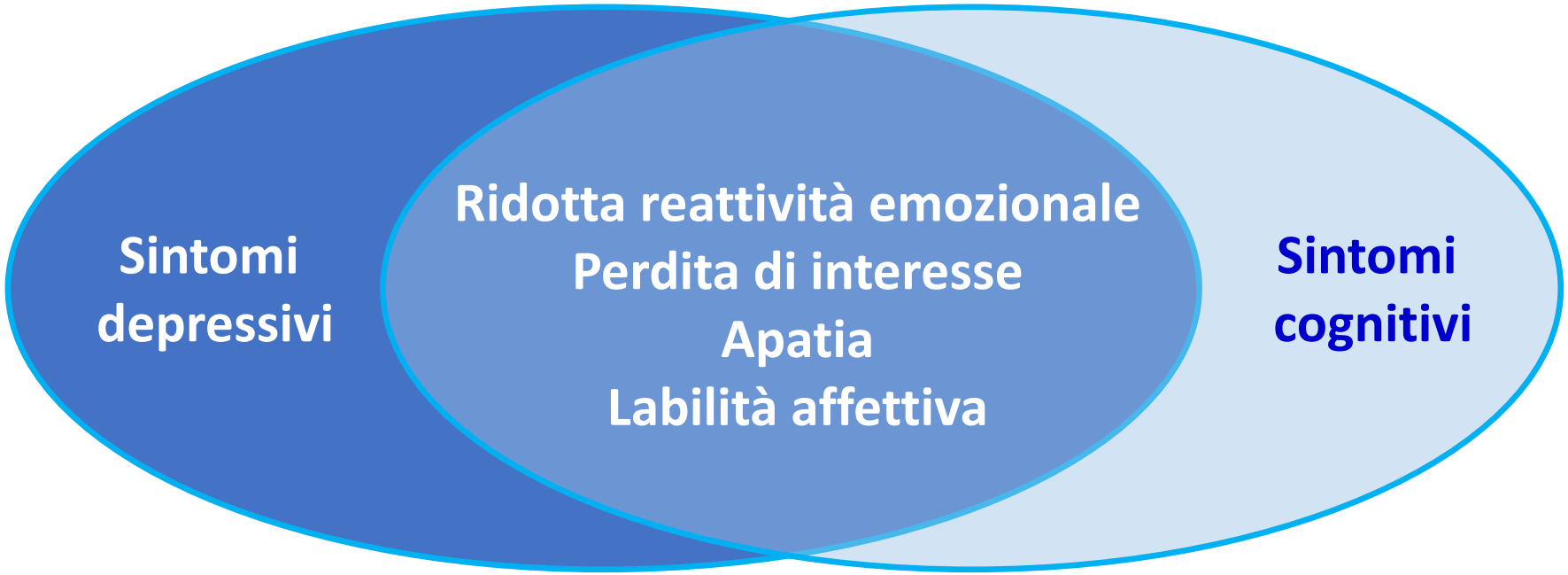


Quadri clinici della *depressione a esordio tardivo*, dopo i 60 anni caratterizzati da presenza di

- ***apatia***
- ***deficit neuropsicologici (inclusa la disfunzione esecutiva)***
- ***modificazioni psicomotorie***

Naismith SL et al,. Prog Neurobiol 2012;98:99-143
Weisenbach Slet al., Curr Psychiatry Rep 2014;16:463

LA DEPRESSIONE NELLA TERZA ETA’



SOVRAPPOSIZIONE
TRA SINTOMI DEPRESSIVI E COGNITIVI

La depressione senza tristezza: *la sindrome da deplezione*

- ***Sintomi fondamentali:***
  apatia, astenia, adinamia, ritiro

Sachdev PS et al., *DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals: An Overview*. Harv Rev Psychiatry 2015;23:320-8

DD APATIA E DEPRESSIONE

SINTOMI COMUNI

- Perdita di interessi
- Perdita di energia
- Rallentamento psicomotorio

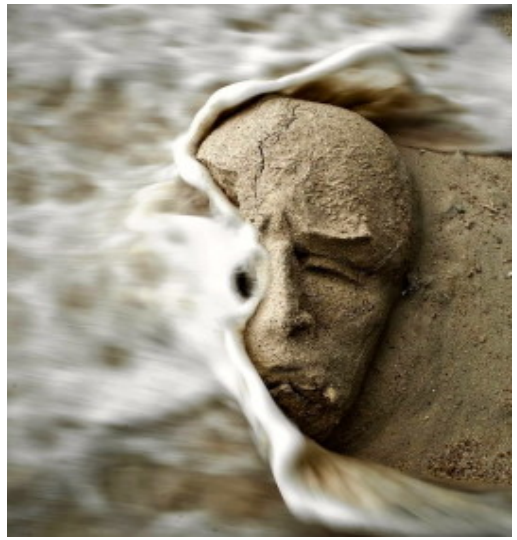
APATIA

- Perdita di motivazione/iniziativa
- Appiattimento emotivo, indifferenza
- Mimica facciale inespressiva

DEPRESSIONE

- Umore depresso
- Hopelessness, Helplessness
- Eccessiva autocritica e sensi di colpa
- Ideazione suicidaria
- Sintomi vegetativi
- Mimica facciale improntata a tristezza e sconforto

DEPRESSIONE NON MAGGIORE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA



- **Quadri minori o parziali di depressione: non raggiungono il limite numerico minimo di 5 sintomi previsto per la diagnosi di depressione maggiore**

  ***Caratteristiche sintomatologiche*:**

- **Elevati livello di ansia, minore frequenza di umore depresso**
- **Compromissione cognitiva di grado variabile (*pseudodemenza depressiva*) con scarsa auto-percezione dello stato di salute**
- **Elevata frequenza di presentazione sotto forma di sintomi somatici (*depressione mascherata)***
- **Maggiormente influenzata dai fattori psico-sociali (*"life-events"*)**

DEPRESSIONE NELL'ANZIANO: PECULIARITA' CLINICHE

- IRREQUIETEZZA PSICOMOTORIA
- ANSIA SPESSO ACCENTUATA, DI SOLITO SOMATIZZATA
- LAMENTELE IPOCONDRIACHE
- CONTENUTI DELLA DEPRESSIONE (*tematiche di rovina, ipocondriache, persecutorie*)
- DISTURBI DELLA PERCEZIONE (*illusioni e allucinazioni*)
- COMPROMISSIONE DELLA SFERA COGNITIVA
- MAGGIORE TENDENZA ALLA CRONICIZZAZIONE
- MAGGIORE RISCHIO SUICIDARIO

DEPRESSIONE MASCHERATA

- DIMINUZIONE DELL'APPETITO, PERDITA DI PESO, RIDUZIONE DELLA LIBIDO, DISTURBI DEL SONNO
- ALTERAZIONI DELLA VITALITA'
- VARIAZIONI DIURNE DELLA SINTOMATOLOGIA
- COMPARSA PERIODICA DELLA SINTOMATOLOGIA
- STORIA PERSONALE DI PRECEDENTI EPISODI DEPRESSIVI TIPICI O DI TENTATIVI DI SUICIDIO
- PRECEDENTE RISPOSTA FAVOREVOLE A TRATTAM. FARMACOLOGICI ED ESK ATTUATI PER UNA SINTOMATOLOGIA SOMATICA IMPRECISATA
- STORIA FAMILIARE DI DISORDINI AFFETTIVI

PSEUDODEMENZA DEPRESSIVA

- ESORDIO BRUSCO E PROGRESSIONE RAPIDA DELLA SINTOMATOLOGIA
- UMORE DISFORICO
- ATTENZIONE E CAPACITA' DI CONCENTRAZIONE CONSERVATE
- IL SOGGETTO SI LAMENTA DEI PROPRI DEFICIT COGNITIVI, LI DESCRIVE DETTAGLIATAMENTE
- NON MOSTRA ALCUN INTERESSE AD ESEGUIRE I COMPITI PROPOSTI
- FORNISCE AI TEST COGNITIVI FREQUENTI RISPOSTE DEL TIPO "NON LO SO"
- PUO' FORNIRE PRESTAZIONI DIFFERENTI DI FRONTE A TESTS DELLA MEDESIMA DIFFICOLTA'

- IL DEFICIT MNESICO COINVOLGE IN EGUAL MISURA I RICORDI ANTICHI E RECENTI
- FREQUENTI LACUNE MNESICHE RELATIVE A PERIODI ED EVENTI DETERMINATI
- NON SI RISCONTRA UN'ACCENTUAZIONE NOTTURNA DELLA SINTOMATOLOGIA
- IL COMPORTAMENTO APPARE ADEGUATO, IN CONTRASTO CON L'APPARENTE ENTITA' DEL DEFICIT COGNITIVO
- STORIA PERSONALE E/O FAMILIARE DI DISORDINI AFFETTIVI

OBESITÀ

- Proporzioni epidemiche in tutto il mondo per stili di vita obesogeni sempre più pervasive
- Nel 2015, il 39% della popolazione mondiale è in sovrappeso o obeso

Chooi Y. C. et al, 2018

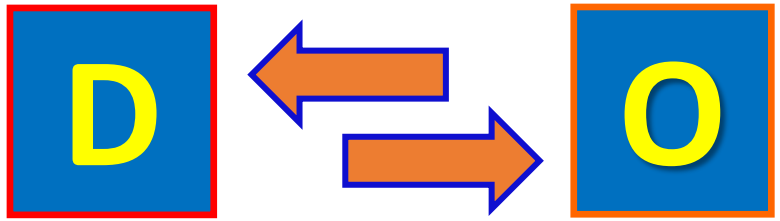
- **AUMENTO DEL RISCHIO DI**

  - malattie metaboliche
  - insufficienze croniche di organi
  - cancro
  - alta % di complicanze in corso di malattie acute

DEPRESSIONE E OBESITA’

❑ UNA RELAZIONE BIDIREZIONALE

- **D. causa di obesità – D. causata da obesità**



- **Tra le popolazioni obese, elevata prevalenza della depressione**

❑ UNA RELAZIONE SPECIFICA

- **Nelle misure di peso estreme (sottopeso e obesi)**

maggiore prevalenza della depressione (23%) tra i partecipanti obesi

Carey M. et al, 2014

Depressione come fattore di rischio per l'obesità

- I soggetti depressi hanno una probabilità significativamente maggiore di sviluppare obesità rispetto a quelli non depressi

Blaine B. et al, 2008

Obesità come fattore di rischio per la depressione

- L'obesità aumenta il rischio di depressione

Luppino F.S. et al, 2010

DEPRESSIONE E SARCOPENIA

Hamer M. A. et al, 2015

International Journal of Obesity (2015) **39**, 1717–1720
© 2015 Macmillan Publishers Limited All rights reserved 0307-0565/15
www.nature.com/ijo

ORIGINAL ARTICLE

Sarcopenic obesity and risk of new onset depressive symptoms in older adults: English Longitudinal Study of Ageing

M Hamer, GD Batty and M Kivimaki

- la SARCOPENIA (intesa come bassa forza di presa) è associata a sintomi depressivi
- la relazione era presente solo tra i partecipanti classificati come obesi

- potenziale effetto sinergico dell'aumento della massa grassa e della sarcopenia sull'insorgenza della depressione

- l'aumento della massa grassa e la diminuzione della massa muscolare, da sole, sono associate a una condizione psicologica peggiore

Batsis J. A. et al, 2018

OBESITA' E SARCOPENIA

- ❑ S. PRIMARIA: perdita di massa e forza muscolare, tipica dell'invecchiamento (*Pérez-Baos et al, 2018)*
- ❑ S. SECONDARIA: infiammazione cronica (dovuta a una condizione morbosa) associata a un aumento in circolo di citochine pro-infiammatorie che alterano il turnover proteico con conseguente catabolismo dei muscoli

❑ SARCOPENIA CAUSATA DA OBESITA'

- infiltrazione della massa muscolare da parte del tessuto adiposo

Kalinkovich A., 2016

- terapie miranti a ridurre il peso
- complesse anomalie metaboliche
- stile di vita obesogeno
- comorbidità con una malattia cronica (*Cruz-Jentoft A. J. et al, 2019)*

❑ FATTORE PROGNOSTICO NEGATIVO NEI SOGG. OBESI

- FRAGILITÀ - DISABILITÀ - MORBILITÀ - MORTALITÀ

OBESITA' SARCOPENICA

❑ **UNA COMBINAZIONE DI ECCESSO DI TESSUTO ADIPOSO E DIMINUZIONE DELLA MASSA E DELLA FORZA MUSCOLARE SCHELETRICA**

Yu S. et al, 2014

❑ **FATTORI PATOGENETICI**

- *invecchiamento*
- *stile di vita sedentario*
- *aumento dell'apporto energetico*
- *insulino-resistenza*
- *infiammazione*
- *stress ossidativo*

Polyzos S. A. et al, 2018

OBESITA’ SARCOPENICA: COMPLICANZE

- **Tasso di mortalità > 24% (attribuito a tutte le cause) in adulti obesi sarcopenici vs gli adulti obesi non sarcopenici**

  Tian S. et al, 2015

- **Maggiore carico di disabilità: *la debolezza dovuta alla sarcopenia si combina con la necessità di sostenere il peso aggiunto dall'obesità***

  Roubenoff R. et al, 2004

- **Aumento del rischio di cadute (*per riduzione della forza muscolare*)**
- **Rischio di fratture (*ipostenia muscolare associate a riduzione della densità ossea legata all’età*)**

  Batsis J. A. et al, 2018

- **Peggiora la qualità della vita: riduzione della capacità di esercizio, dell'attività quotidiana e della cura di sé**

  Cho Y. et al, 2015

OBESITÀ SARCOPENICA ⇆ DEPRESSIONE

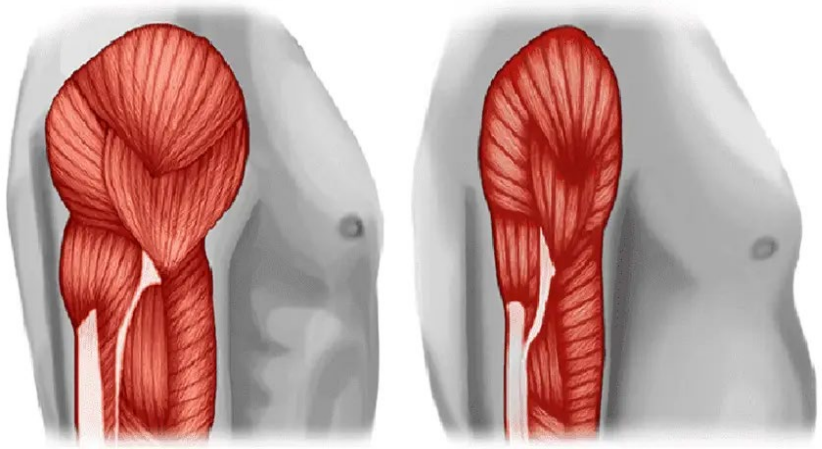
❑ Se l'obesità e la sarcopenia da sole sono chiaramente associate alla depressione,
la coesistenza di queste due condizioni (SO) con i disturbi depressivi è attualmente poco chiara

SO E DEPRESSIONE: PROBLEMATICHE

- DIFFERENZE NEGLI STANDARD E NEI PUNTI DI CUTOFF PER DEFINIRE SIA LA SARCOPENIA CHE L'OBESITA'
- MANCA A TUTT'OGGI UNA DEFINIZIONE UNIVERSALE PER COMBINARE OBESITA' E SARCOPENIA
- GLI STUDI CONDOTTI SONO MOLTO ETEROGENEI NELLE MISURE UTILIZZATE

GRUPPI DI LAVORO SULLA SARCOPENIA

- **EWGSOP**: *European Working Group on Sarcopenia in Older People*
- **AWGS**: *Asian Working Group*
- **IWG**: *International Working Group*



- **Il Gruppo di lavoro asiatico (AWGS) considera la massa muscolare come indicatore primario, ma utilizza valori di cut-off diversi a causa delle differenze morfologiche tra caucasici e asiatici (*Chen L. K. et al, 2016*)**
- **Il Gruppo di lavoro internazionale sulla sarcopenia basa la diagnosi su una bassa massa grassa combinata con un funzionamento fisico inadeguato (*Fielding R. et al, 2011*)**

- **La sarcopenia primaria potrebbe essere misurata come massa muscolare, forza muscolare o entrambe**

ATTUALMENTE LA BASSA FORZA DI PRESA DELLA MANO È IL PRINCIPALE FATTORE DETERMINANTE PER LA DIAGNOSI DELLA CONDIZIONE

SO E DEPRESSIONE

- **DUE STUDI LONGITUDINALI**

International Journal of Obesity (2015) **39**, 1717–1720
© 2015 Macmillan Publishers Limited All rights reserved 0307-0565/15
www.nature.com/ijo

ORIGINAL ARTICLE

Sarcopenic obesity and risk of new onset depressive symptoms in older adults: English Longitudinal Study of Ageing

M Hamer, GD Batty and M Kivimaki

Hamer M. et al, International journal of obesity, 2015

- **L'obesità sarcopenica è associata a un rischio più elevato di sintomi depressivi a 6 anni di follow-up**
- **Il rischio è significativo anche dopo l'aggiustamento per le covariate (OR aggiustato 1,79 gruppo di riferimento adulti non obesi e non sarcopenici)**

Sarcopenic obesity predicts nonremission of late-life depression

Kitty J.E. Kokkeler ✉, Karen S. van den Berg, Hannie C. Comijs, Richard C. Oude Voshaar, Radboud M. Marijnissen

Kokkeler, K. J. et al, International Journal of Geriatric Psychiatry, 2019

- Indagine condotta in Olanda su una coorte depressa
- Associazione significativa tra sarcopenia e obesità (misurata in modo continuo come bassa forza di presa della mano e circonferenza vita) nel predire la mancata remissione dei sintomi depressivi dopo 2 anni
- Nel gruppo sarcopenico un aumento della circonferenza vita è associato a un OR aggiustato di 1,06

The Association between Sarcopenic Obesity and Depressive Symptoms in Older Japanese Adults

Shinya Ishii [1], Chang Chang [1], Tomoki Tanaka [2], Aki Kuroda [2], Tetsuo Tsuji [2], Masahiro Akishita [1], Katsuya Iijima [2,*]

Ishii S et al, PLoS ONE, 2016

- Ampio studio giapponese di alta qualità su adulti anziani
- L'obesità sarcopenica è significativamente associata a un aumento del rischio di sintomi depressivi in un ampio campione di adulti anziani (OR aggiustato 2,79 (1,43-5,43), p=0,003, rispetto al gruppo di riferimento di adulti non obesi e non sarcopenici)
- L'aumento del rischio di sintomi depressivi è stato riscontrato soprattutto nei soggetti di età compresa tra 65 e 74 anni (OR aggiustato 6,05 (1,89-19,38), p=0,003)

❑ STUDIO TRASVERSALE

ELSEVIER

Journal of Affective Disorders
Volume 238, 1 October 2018, Pages 305-310

Research paper

Depressive symptoms, handgrip strength, and weight status in US older adults

- **Adulti obesi di età > 60anni, sia uomini (OR aggiustato -3,72) che donne (OR aggiustato -1,83) con sintomi depressivi da moderati a gravi presentano una forza di presa inferiore rispetto a quelli senza sintomatologia depressiva**

- **Le associazioni non sono significative per i soggetti con sintomi depressivi lievi**

SO E DEPRESSIONE: *EVIDENZE*

❑ **STUDI LONGITUDINALI**

- **La SO aumenta il rischio di depressione e incide sul decorso, determinandone la cronicizzazione**

❑ **STUDI TRASVERSALI: risultati eterogenei.**

- **L'associazione con la depressione è significativa negli studi dove la sarcopenia è intesa come *forza di presa della mano* (*Fukumori N. et al, 2015*; *Ashdown-Franks G. et al, 2018*)**
- **Nei soggetti normopeso l'umore non è correlato con la massa muscolare**

❑ **Nei soggetti obesi, i livelli di ansia e depressione sono correlati alla riduzione della massa magra e alla sua infiltrazione nel tessuto adiposo (*Cugini P. et al, 1999*)**

❑ **Effetto sinergico della bassa forza di presa e della depressione sulla mortalità in adulti anziani (*Park S. et al, 2019*)**

❑ **In un ampio campione (studio NHANES), maggiore prevalenza di depressione in soggetti in sovrappeso (in base al BMI) con un aumento della circonferenza vita (*Zhao G. et al, 2011*)**

STRATEGIA COMBINATA

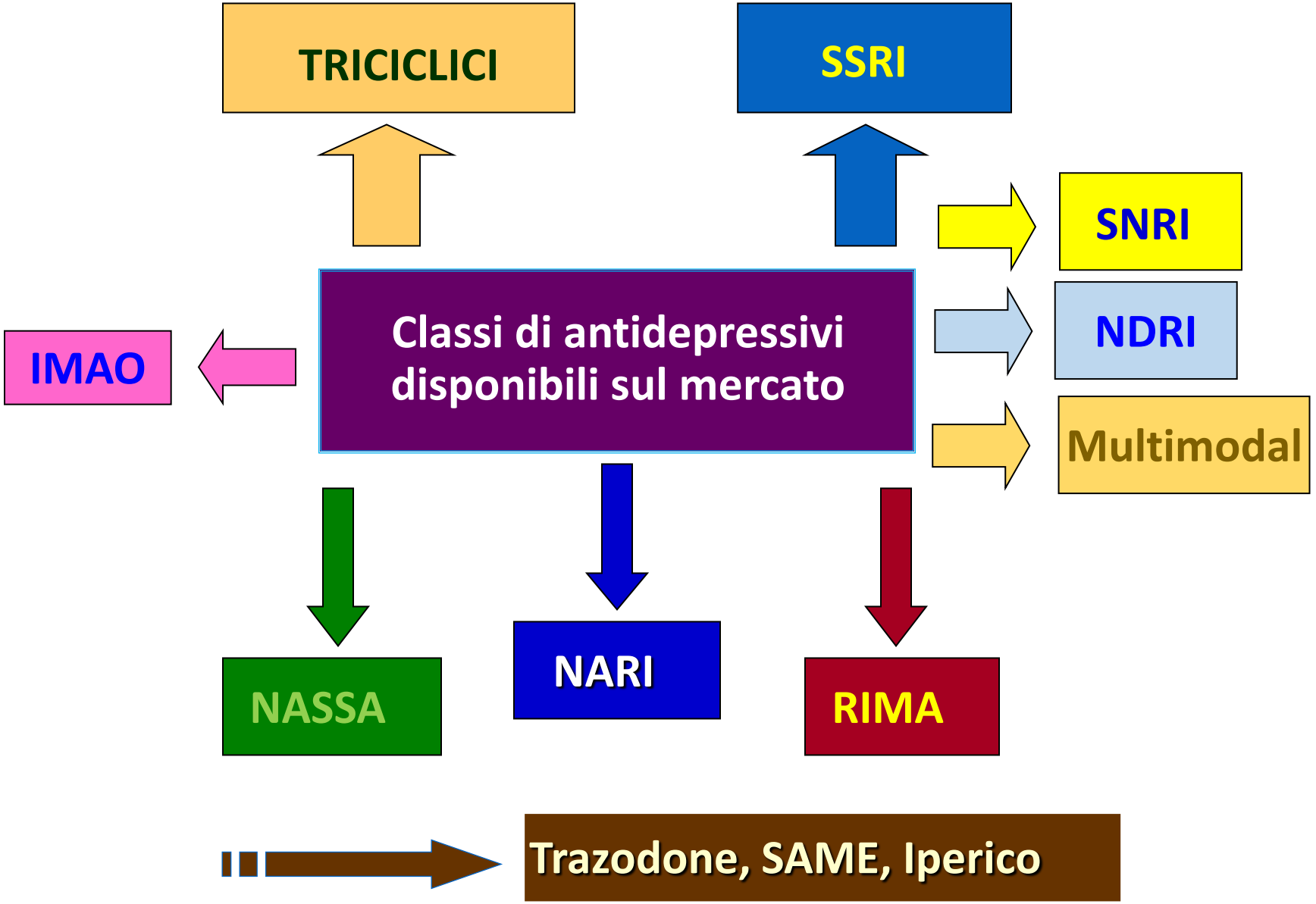
❑ DIETA

- **IPOCALORICA (non più di 200-700 Kcal di deficit per minimizzare la perdita di massa muscolare)**
- **AUMENTO DELL'APPORTO PROTEICO per preservare la qualità e la quantità dei muscoli (*Trouwborst I. et al, 2018)***
- **TIPOLOGIA DELLE PROTEINE: di alta qualità e distribuite uniformemente nell'arco della giornata, con un'assunzione ogni 3-4 ore (*Trouwborst I. et al, 2018*).**

❑ ALLENAMENTO

- **aerobico per la perdita di grasso**
- **allenamento di resistenza**

❑ PSICOTERAPIA E ALTRI TRATTAMENTI (ESK, etc)


TRICICLICI
SSRI
SNRI
NDRI
Multimodal
Classi di antidepressivi disponibili sul mercato
IMAO
NASSA
NARI
RIMA
Trazodone, SAME, Iperico

IN CONCLUSIONE

- La correlazione tra SO e depressione è maggiormente significativa quando la sarcopenia è definita utilizzando la forza della presa della mano
- Il legame tra SO e depressione può essere bidirezionale, ma ciò richiede ulteriori indagini
- LA SO può costituire un fattore di rischio per la depressione. Ciò consente di poter mettere in atto:
  - misure preventive nei confronti dell'insorgenza di sintomi depressivi
  - strategie di trattamento appropriate per combattere gli effetti dell'obesità sarcopenica
- Scarsa comprensione sui meccanismi fisiopatologici che correlano la SO ai disturbi depressivi (possibilità di progettare adeguate strategie d'intervento)
- Il riconoscimento dei fattori di rischio potenzialmente modificabili potrebbe consentire la messa in atto di strategie di prevenzione su base di popolazione

- BASSA CONSAPEVOLEZZA NEL MONDO SANITARIO DELL'IMPORTANZA DEL MANTENIMENTO DEL MUSCOLO SCHELETRICO NELL'OBESITA'

- LA GRAN PARTE DEGLI STUDI E' STATA CONDOTTA DI RECENTE IL CHE TESTIMONIA CHE LA SO E' UNA CONDIZIONE CHE GUADAGNA SEMPRE MAGGIORE ATTENZIONE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

OBESITAS IPSA MORBUM

DEPRESSIONE NELL'ANZIANO: PROBLEMATICHE

- DIFFICOLTA' NELLA DIAGNOSI
- LIMITI DELLA NOSOGRAFIA TRADIZIONALE
- FATTORE TEMPO ED ETEROGENEITA' FENOTIPICA DEI DISTURBI DELL'UMORE
- LATE-ONSET DEPRESSION (LOD)
- SOVRAPPOSIZIONE TRA SINTOMI DEPRESSIVI E SINTOMI COGNITIVI
- LA DEPRESSIONE SENZA TRISTEZZA: *LA SINDROME DA DEPLEZIONE*
- DEPRESSIONE NON MAGGIORE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA

- PECULIARITA' NELLA PRESENTAZIONE CLINICA:

✓ *DEPRESSIONE MASCHERATA*

✓ *PSEUDODEMENZA DEPRESSIVA*