



La Depressione nell'infanzia

di S. Di Salvo, M. Marino e A. Martinetto

I sintomi

I bambini, rispetto agli adulti, hanno difficoltà ad esprimere verbalmente i sintomi depressivi e tendono a descriverli con diversi modi di dire quali: “sentirsi triste”, “infelice”, “giù”, “aver voglia di piangere”, “essere nervoso”, “star male”, “sentirsi da schifo”, “essere a pezzi”...

Per tale motivo è molto importante imparare a riconoscere lo stato emozionale del bambino attraverso l'espressione del volto e del comportamento e tenere presente che la sintomatologia della depressione infantile interessa, oltre l'area emotiva, anche quella cognitiva, sociale, fisica e neurovegetativa.

Nei bambini depressi un ruolo importante spetta alla *tristezza*, sintomo presente in bambini sofferenti di qualsiasi tipo di disagio psicologico ma, nel caso di depressione, è in forma grave, duratura e può essere così intensa da essere descritta come un dolore che fa molto male e che “non si può sopportare”. Ciò che caratterizza la tristezza depressiva è che in essa non vi è relazione tra eventi spiacevoli e il sentimento. Difficilmente basterà qualcosa di piacevole a distrarre il bambino e, se qualcosa riesce a rallegrarlo, il miglioramento dell'umore sarà di breve durata. Uno dei criteri descritti da DMS-IV per determinare la gravità sintomatica della tristezza in una diagnosi di depressione è che il bambino si senta triste per almeno tre ore al giorno, per un minimo di tre giorni la settimana e che la tristezza non sia totalmente attribuibile ad eventi negativi.

Un'altra emozione molto comune tra i bambini depressi è la *rabbia* che può essere prevalente, anche rispetto alla tristezza, e può andare da una lieve irritabilità ad un senso di fastidio, a scoppi d'ira e al sentirsi così arrabbiati “da non poterlo sopportare”. Questo sentimento, comunque sia espresso, può essere transitorio o durare per tutto l'arco della giornata. Ciò che caratterizza la rabbia depressiva è che sovente non è possibile stabilire una connessione di causa-effetto tra gli eventi e la manifestazione del sentimento. Più la rabbia del bambino non è motivata dall'ambiente circostante, più è grave. Il sintomo diviene significativo quando dura per almeno metà della giornata e si ripete almeno tre volte la settimana.

Sempre presente nelle manifestazioni depressive è la *perdita della possibilità di provare piacere in ciò che si fa* (anedonia). I bambini appaiono annoiati, indifferenti a qualsiasi tipo di attività sia loro proposta.

A completamento dei sintomi di tipo emozionale è da sottolineare che la *tendenza al pianto* è più spesso presente rispetto agli altri bambini e le lacrime sono slegate da eventi negativi.

Tra i bambini depressi è diffuso il sentimento di “*non sentirsi amati*”: il bambino percepisce assenza di amore o di preoccupazione nei suoi confronti. Il sentimento di solitudine affettiva può portare all'autocommiserazione, alla sensazione di essere trattati ingiustamente dalla vita rispetto agli altri bambini. Spesso è anche presente il sentimento di *perdita della speranza* rispetto al futuro. Il bambino depresso fatica ad intravedere soluzioni positive ai suoi problemi e, quando la disperazione diventa totale, potrebbe arrivare a credere che l'unica via di uscita sia il suicidio. La preoccupazione della morte può anche presentarsi come paura di morte per le persone care o come paura generica, anche se il bambino non ha fatto esperienze di perdita.

Altro sentimento diffuso è *il senso di colpa*, sotto forma di rimorso per essersi comportati male, che costituisce un sintomo quando si presenta per periodi lunghi e investe situazioni di cui il bambino non può oggettivamente essere ritenuto responsabile.

Nell'area cognitiva i bambini depressi hanno spesso *un'autovalutazione negativa*. Parlano di se stessi come di bambini incapaci, si percepiscono come inadeguati e non cambiano idea neppure di fronte a valutazioni obiettivamente positive delle loro prestazioni. L'autostima rimane bassa e la gravità del sintomo è dipendente dalle aree della sua quotidianità coinvolte: si può passare dal solo rendimento scolastico o sportivo ad ogni aspetto della vita.

I pensieri negativi su di sé implicano *difficoltà di concentrazione* più o meno accentuate. Può accadere che non riesca a concentrarsi su nulla anche quando si sforza di farlo. Tale difficoltà, associata agli altri sintomi descritti in precedenza, determinare il *calo del rendimento scolastico* che può anche essere molto evidente.

All'inizio della depressione può essere presente la tendenza ad isolarsi, con sensibile riduzione del tempo dedicato a parlare o a giocare con gli altri.

Per quanto riguarda i sintomi fisici e neurovegetativi, sono presenti *senso di affaticamento*, sensazione continua di stanchezza e mancanza d'energia per eseguire i propri compiti. La situazione diventa grave quando il bambino si sente stanco o bisognoso di riposo per la maggior parte del giorno, fino ad arrivare a sentire di non avere energia per muovere gambe o braccia.

Il *rallentamento psicomotorio* si verifica quando i movimenti corporei e i tempi di reazione si rallentano in modo oggettivo ed evidente. Il bambino appare sempre esausto e si muove come se fosse trattenuto da pesi invisibili.

Anche il linguaggio può essere disturbato: il bambino può parlare più lentamente o con voce bassa e monotona e può aver bisogno di tempi lunghi per poter formulare le risposte ad eventuali domande.

Un discorso a parte merita il comportamento opposto a quello appena descritto: il bambino depresso può, infatti, presentare *agitazione psicomotoria*. In questo caso non riesce a stare fermo, è spinto a muoversi in continuazione, è spesso irritabile e arrabbiato e può mettere in atto frequenti comportamenti aggressivi verso se stesso o verso gli altri.

Disturbi somatici diffusi sono il mal di testa, dolori allo stomaco, alla schiena, alle gambe. Per tali disturbi non si rilevano cause oggettive, ma sono comunque d'intensità tale da interferire con l'esecuzione delle attività quotidiane.

La depressione può anche determinare *alterazioni dell'appetito*. La quantità di cibo assunta può diminuire lievemente o molto, fino a causare l'arresto del normale aumento di peso. Può però succedere che il bambino riferisca un aumento della sensazione di fame e che mangi di più, con aumento di peso eccessivo rispetto al normale incremento della crescita.

Frequenti sono i disturbi del sonno che possono manifestarsi con diverse modalità: il bambino può avere serie difficoltà a addormentarsi oppure può desiderare di dormire per un tempo superiore a quello normale per la sua età (ipersonnia).

Diagnosi

Il DMS-IV indica tre categorie principali di disturbi depressivi:

1 - La depressione maggiore che, oltre alla preminenza di un sintomo persistente di tristezza o mancanza di piacere, include almeno altri quattro dei seguenti sintomi:

- assenza o diminuito interesse per le attività solite;
- disturbi dell'alimentazione e un insolito aumento o diminuzione di peso;
- disturbi del sonno;
- rallentamento psicomotorio o agitazione psicomotoria;
- affaticamento;
- autovalutazioni negative o eccessivo senso di colpa;
- difficoltà di concentrazione;
- pensieri ricorrenti di morte, ideazione o comportamenti suicidari.

Per una diagnosi di depressione maggiore, quattro o più di questi sintomi devono essere presenti quasi ogni giorno per un periodo di almeno due settimane.

2 - Il disturbo distimico (o depressione minore), in cui i sintomi descritti in precedenza sono meno gravi e la cui durata tende ad essere più breve. Il disturbo distimico è caratterizzato da uno dei

disturbi dell'umore (tristezza o rabbia) e da un certo altro numero di sintomi associati al disturbo depressivo. Devono essere presenti almeno due dei seguenti sintomi:

- affaticamento;
- disturbi del sonno;
- autovalutazioni negative;
- diminuita concentrazione;
- riduzione delle prestazioni scolastiche;
- chiusura sociale;
- mancanza di piacere;
- irritabilità o rabbia nei confronti di chi si prende cura del bambino;
- incapacità di rispondere con piacere a lodi e ricompense;
- livelli medi di rallentamento psicomotorio;
- autocommiserazione o disperazione;
- tendenza eccessiva al pianto;
- pensieri ricorrenti di morte o di suicidio.

3 - *Nei disturbi depressivi non altrimenti specificati* rientrano i bambini che presentano sintomi depressivi tali da non soddisfare i criteri di diagnosi né di depressione maggiore né di disturbo distimico.

Trattamento

Il trattamento della depressione nel bambino può essere considerato un processo a tre fasi. La prima include la diagnosi, la valutazione della severità della sintomatologia, l'informazione del paziente e dei familiari circa la natura del disturbo, la valutazione delle difficoltà associate al disturbo e la scelta di specifiche modalità di trattamento.

La seconda fase include i trattamenti diretti al miglioramento dei sintomi e delle difficoltà associate al disturbo.

La terza comprende la valutazione dell'andamento del quadro clinico, l'eventuale revisione del trattamento e la riformulazione di nuovi obiettivi terapeutici.

Nonostante esistano numerose possibilità di trattamento dei disturbi dell'umore nel bambino e siano tutte ampiamente utilizzate, poche sono state soggette a studi sistematici capaci di provare la loro validità. Il trattamento si basa, quindi, sull'esperienza clinica e sulle conoscenze relative al trattamento dell'adulto. Tuttavia il bambino presenta caratteristiche cognitive, sociali e biologiche

diverse rispetto all'adulto e una semplice estrapolazione dei risultati ottenuti nella popolazione adulta non è sufficiente per una fondata scelta terapeutica.

La presa in carico del paziente e della famiglia è rilevante per una buona riuscita del trattamento: i familiari di solito si sentono in colpa in quanto ritengono di essere stati inadeguati nell'accudimento dei figli e di aver contribuito all'insorgenza del disturbo.

I diversi approcci terapeutici, dalla psicoterapia individuale alla farmacoterapia, non devono essere utilizzati in modo alternativo e competitivo, ma complementare. Se per i casi meno severi può essere sufficiente un intervento psicosociale e psicoterapeutico, la tendenza emersa in questi ultimi anni è, nei casi particolarmente gravi, di non escludere l'intervento farmacologico.

Nel caso di una terapia farmacologica, la scelta del farmaco deve essere fatta in base alla diagnosi e ai sintomi bersaglio: va comunque tenuto presente che si ricorre ai farmaci quando i sintomi sono talmente gravi da interferire con il funzionamento ed il futuro sviluppo del bambino. Qualsiasi trattamento deve essere inoltre preceduto da un'analisi del rapporto rischio/beneficio che dovrà essere spiegato ai familiari.

Un altro punto importante è decidere quale sia l'ambiente ottimale per il trattamento. Anche se l'obiettivo principale è di ricorrere il meno possibile a condizioni restrittive, l'eventualità dell'ospedalizzazione o di un momentaneo allontanamento dal nucleo familiare deve essere presa in considerazione quando il soggetto è a rischio di suicidio e la famiglia non è in grado di assicurare un'adeguata assistenza, quando l'irritabilità e l'agitazione psicomotoria sono tali da compromettere i rapporti con i compagni o i familiari per i potenziali scoppi di aggressività fisica o quando vi è un problema diagnostico, come ad esempio la possibilità che si tratti di un primo episodio psicotico.