



Depressione e adolescenza

di S. Di Salvo, S. Cavalitto e A. Martinetto

Nella letteratura sull'adolescenza si fa spesso riferimento a vissuti d'inutilità e pessimismo, a sentimenti di colpa o vergogna, di delusione, d'isolamento, di bassa autostima che però si alternano a momenti di grandiosità, di onnipotenza oppure di agitazione o collera vera e propria. Anche al di fuori dell'ambito clinico notiamo come la quotidianità dell'adolescente sia spesso costellata da lunghe ore d'inattività che possono improvvisamente lasciare il posto a violente passioni non appena uno stimolo lo consenta, pur mantenendo sempre una sorta di noia o disinteresse di fondo difficile da smuovere. E' chiaro che non si può riassumere l'adolescenza solo in questa imprevedibilità: i cambiamenti di umore che la caratterizzano sono noti e la maggioranza degli adolescenti presenta un tratto depressivo del tutto simile a quello presente nell'adulto. E' quindi necessario differenziare la depressione come normale fenomeno presente nell'adolescente dalla malattia depressiva vera e propria. La distinzione tra aspetti fisiologici e patologici della depressione nell'adolescenza non è comunque facile e bisogna distinguere i fattori biologici da quelli esistenziali.

Eventi infantili e vulnerabilità alla depressione.

I fattori biologici comprendono, prima di tutto, quelli genetici, cioè quelli che valutano il rischio di ammalarsi di depressione in rapporto col grado di parentela con un depresso. Gli studi sui gemelli ci dicono che il rischio di depressione in gemelli monozigoti è del 76%, mentre nei dizigoti solo del 19%. Il fatto che anche tra i monozigoti non si sia raggiunto il 100% significa che, oltre ai fattori genetici, vi sono altre cause che concorrono a sviluppare una malattia depressiva. Tra di esse la separazione precoce, la perdita e l'adozione sono gli eventi stressanti che più frequentemente determinano l'insorgenza di disturbi depressivi.

Evoluzione e depressione

Possiamo affermare che la depressione costituisce una tappa imprescindibile del processo evolutivo. Melanie Klein parla esplicitamente di una "posizione depressiva" come tappa obbligata dello sviluppo infantile e la descrive come il momento in cui nel bambino cessa il vissuto di onnipotenza tipico della prima infanzia. Il modo in cui attraverserà questo momento risulterà determinante rispetto allo sviluppo, in età adulta, di una condizione depressiva patologica.

A questa concezione si contrappone quella di J. Bowlby secondo cui la depressione è essenzialmente dovuta, invece, alla perdita degli oggetti del proprio affetto, del proprio attaccamento e alla conseguente perdita di stima di sé.

Per M. Mahler, invece, la depressione è correlata a quella che lei chiama fase di “separazione-individuazione”. L’osservazione dello sviluppo del bambino evidenzia quanto sia importante il movimento di separazione lento e costante: dal distacco dalla vita intrauterina, alla rottura della simbiosi con la madre fino ai successivi e naturali distacchi cui l’essere umano è sottoposto. La vita umana è segnata dalle perdite, senza le quali però non ci sarebbe nessuno sviluppo ed evoluzione: attraverso di esse si viene a strutturare l’Io interno e con esso l’identità personale.

Il comune denominatore della depressione, quindi, è *la perdita*. Se nelle precoci esperienze le perdite sono state gravi e molto dolorose, in seguito diminuirà la capacità di tollerare ogni ulteriore perdita, reale o fantastica che sia, dando origine ad un vissuto depressivo che può trasformarsi in malattia vera e propria.

Una delle situazioni concrete dell’adolescenza consiste proprio nell’abbandono di vecchi stili di vita “infantili” che devono lasciare il posto a modalità più “adulte”. In primis sono proprio i rapporti familiari che si modificano per lasciare posto a nuovi progetti, amici e nuovi obiettivi.

Un altro livello di cambiamento, quindi di perdita, riguarda il corpo. Assieme alle modificazioni fisiche la personalità dell’adolescente va incontro ad una riorganizzazione generale dell’Io teso verso quello che sarà l’Io adulto della persona, con la sensazione di aver perso i tratti e i confini delle precedenti caratteristiche della personalità.

Modello psicologico relazionale

Tale modello individua come fattore causale dei disturbi depressivi gli aspetti relazionali all’interno della famiglia. I racconti dei pazienti riferiscono spesso marcata protettività materna accompagnata da un sostanziale disinteresse del padre, oppure atteggiamenti punitivi o irascibili.

L’ambiente familiare può, inoltre, avere un ruolo scatenante del disagio adolescenziale quando sono presenti disaccordo coniugale o divorzio, quando si verifica la perdita di uno dei genitori o quando un eccessivo controllo genitoriale ostacola l’aspirazione dell’adolescente ad una separazione dal nucleo familiare.

L’ambiente familiare può, invece, avere un ruolo protettivo e rassicurante quando la reazione depressiva è scatenata dal fallimento di una relazione amorosa, da una difficoltà scolastica o da crisi della relazione col gruppo amicale.

La depressione può quindi essere considerata una tappa ineliminabile del percorso evolutivo dell’adolescente che porta con sé sofferenza, ma nello stesso tempo anche potenzialità di

arricchimento della personalità e presupposto per il futuro cambiamento. Va tenuto presente che, mentre la malattia depressiva vera e propria si presenta, anche nell'adolescenza, caratterizzata dall'immobilità, la depressione del processo di crescita se ne differenzia in quanto è in rapporto con dinamiche di movimento e trasformazione.

Diffusione della depressione nell'adolescenza

Gli studi epidemiologici più recenti parlano di un aumento della depressione nell'adolescenza, soprattutto nel sesso femminile. Probabilmente ciò è associato alle modificazioni biologiche relative a quest'età più che ad un effettivo aumento di questa forma psicopatologica. In Europa, secondo le statistiche dell'Unione Europea, il 4% degli adolescenti tra i 12 e i 17 anni soffre di depressione grave e la percentuale sale al 9% intorno ai 18 anni.

I sintomi della depressione nell'adolescenza

Non è semplice, da un punto di vista clinico, la distinzione tra lo stato depressivo ed altre manifestazioni psicopatologiche, in particolare i disturbi di personalità; inoltre nell'adolescente a tratti depressivi spesso si associano condotte quali abuso di sostanze, gesti impulsivi, sintomi della sfera psicosomatica.

Secondo i criteri del DSM-IV i disturbi dell'umore nell'adolescenza possono essere diagnosticati con gli stessi criteri usati per gli adulti, tenendo presente, però, il livello evolutivo raggiunto dal soggetto. E' possibile fare diagnosi di depressione quando sono presenti contemporaneamente da almeno due settimane i seguenti sintomi:

- Rallentamento psicomotorio, ideativo e della verbalizzazione, accompagnato dalla percezione della lentezza del trascorrere del tempo. E' anche presente apatia, superficialità e disinteresse per le attività giornaliere.
- Sintomi della sfera psico-fisica come anoressia, bulimia, marcati disturbi del sonno.
- Tristezza e apatia di entità tale da assumere caratteristiche di disperazione, isolamento, timidezza paralizzante, pianto immotivato, eccessivo adattamento alle convenzioni del gruppo a livello tale da rendere incapaci di prendere alcuna decisione personale.
- Angoscia e agitazione accompagnate da abuso di sostanze stupefacenti o alcool, comportamenti delinquenti con aggressività contro gli altri e contro di sé, fino a condotte suicidarie. Queste costituiscono un rischio serio in quanto l'adolescente tende ad agire secondo la legge del "tutto o nulla": i più recenti dati statistici dicono che il suicidio è ormai la seconda causa di morte tra i 15 e i 19 anni, con una percentuale triplicata negli ultimi trenta anni.

Esistono comunque diverse forme con cui può manifestarsi il disagio depressivo nella fase adolescenziale. Ne facciamo una breve descrizione.

Distimia

Prende questo nome il disturbo depressivo che si manifesta, come nell'adulto, con affaticamento, scarsa autostima, difficoltà a concentrarsi, sentimenti di abbandono, senso di solitudine, incremento o diminuzione del sonno e dell'appetito; non sono presenti periodi superiori ai due mesi liberi dai sintomi. La distimia può essere anche preludio ad un disturbo depressivo maggiore nell'età adulta.

Disturbo depressivo stagionale

Come accade per gli adulti, anche negli adolescenti può essere presente un disturbo affettivo stagionale che si manifesta in genere tra ottobre e novembre, periodo in cui è presente lo stress dovuto alla ripresa dell'anno scolastico. Questa coincidenza rende più difficile la diagnosi differenziale tra disturbo affettivo stagionale vero e proprio ed altri tipi di disturbi dell'umore.

Stati misti dell'umore

Molto spesso negli adolescenti il disturbo bipolare dell'umore si manifesta con stati misti, in cui è presente un'alternanza del livello dell'umore a cicli rapidi. Questa situazione clinica può essere confusa con un generico disturbo del comportamento adolescenziale, soprattutto in soggetti con elevata irascibilità o comportamento deviante. Infatti gli stati misti possono essere accompagnati da abuso di sostanze e va quindi valutata la differenza da altri disturbi dell'umore con andamento non misto.

Disturbo Bipolare

Gli sbalzi di umore tipici del disturbo bipolare, nell'adolescente, vanno differenziati da quelli presenti nelle fasi iniziali di un disturbo schizofrenico. Può anche risultare problematico distinguere il rallentamento depressivo da quello schizofrenico, l'apatia schizofrenica da quella depressiva. Nonostante questo, attenendosi ai criteri diagnostici del DSM-IV validi per l'adulto, è possibile fare, con una buona sicurezza, la diagnosi di Disturbo Bipolare anche nell'adolescente.

Disturbi dell'Adattamento

In questa situazione clinica i sentimenti di tristezza, solitudine e vuoto che si presentano sono riconducibili ad eventi stressanti chiaramente identificabili. I sintomi devono iniziare a manifestarsi entro tre mesi dall'evento stressante e non avere una durata superiore ai sei mesi. Nei bambini e

negli adolescenti questo si manifesta soprattutto con riduzione del rendimento scolastico e difficoltà nei rapporti interpersonali. Il lutto è escluso da questo quadro clinico.

Lutto non complicato

Un quadro depressivo completo si può manifestare in seguito ad un lutto avvenuto nei tre mesi precedenti. Prevalgono la perdita dell'appetito e di peso, insonnia, difficoltà nelle relazioni sociali, perdita d'interessi e raramente rallentamento psicomotorio. Nel caso di adolescenti e bambini spesso questo avviene come reazione alla perdita di uno dei due genitori.

Diagnosi differenziale della depressione nell'adolescenza

Come accennato in precedenza, nell'adolescenza la depressione può essere accompagnata da comportamenti devianti o altra sintomatologia clinica che ne rende più complessa l'identificazione diagnostica. Una di tali complicanze è spesso l'abuso di alcool o di altre sostanze che in molti casi sono assunte a scopo di "automedicazione", cioè allo scopo di lenire il dolore psicologico provato per qualche frustrazione non elaborata. In questo caso è importante conoscere la storia del ragazzo per capire se i sintomi depressivi siano insorti prima o dopo l'assunzione di sostanze.

Può essere anche non facile la distinzione tra la diagnosi di disturbo borderline di personalità e quella di depressione. Anche in questi casi può aiutare molto la storia del soggetto, il suo modo di rapportarsi nelle relazioni e di agire nei contesti in cui è inserito.

Come riconoscere la depressione nell'adolescente

Il riconoscimento dei disturbi dell'umore nell'età adolescenziale risulta essere un fattore di prevenzione molto importante per eventuali patologie dell'adulto e per le relative terapie da intraprendere, soprattutto nei casi di disturbo bipolare dell'umore.

Spetta soprattutto ai genitori cogliere i primi segnali del malessere depressivo. Il campanello d'allarme deve suonare quando si manifestano cambiamenti improvvisi e importanti nella vita del ragazzo: crollo del rendimento scolastico, allontanamento dagli amici, chiusura in se stesso, disinteresse per ciò che prima lo appassionava.

Terapia della depressione nell'adolescenza

Nell'adolescenza la terapia dei disturbi dell'umore tiene conto di un'ottica multifattoriale, nella quale rientra anche la famiglia che va sostenuta con interventi anche psicoeducativi, cioè che spieghino come affrontare il disagio del figlio. Tutto questo deve essere fatto salvaguardando lo

spazio individuale di fiducia che il ragazzo ha con il curante perché, se venisse meno, la cura non sarebbe possibile.

E' anche importante che il curante non svolga azione di "mediatore" tra la famiglia ed il paziente in eventuali conflitti, perché anche in questo caso lo spazio terapeutico del paziente sarebbe compromesso.

Se viene diagnosticato un disturbo dell'umore grave è difficile che una psicoterapia, almeno nella fase acuta, possa essere utile. E' importante, in questi casi, stabilire una buona alleanza con la famiglia circa l'assunzione di farmaci, soprattutto per ridurre il vissuto di diversità nei confronti dei coetanei. La terapia farmacologia è necessaria quando i sintomi raggiungono una gravità tale da interferire nella vita sociale, scolastica e affettiva dell'adolescente, compromettendo il processo di crescita, o quando esiste un reale pericolo di messa in atto di tentativi di suicidio.

Bisogna comunque tenere presente che la terapia farmacologia cura solo i sintomi e non le cause del malessere e va quindi utilizzata per un periodo di qualche mese, il tempo cioè necessario per la scomparsa dei sintomi della fase acuta.

Se viene invece diagnosticato un disturbo dell'umore più lieve, in cui i sintomi non determinano interferenze con il processo di crescita e non vi siano pericoli di comportamenti suicidiari, la psicoterapia costituisce la principale indicazione.