



Depressione e adolescenza

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

Nella letteratura sull'adolescenza si fa riferimento a vissuti d'inutilità e pessimismo e a sentimenti di colpa o vergogna, di delusione, d'isolamento, accompagnati da una 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 vediamo che la quotidianità dell'adolescente è spesso costellata da lunghe ore d'inattività che possono improvvisamente lasciare il posto a violente passioni non appena uno stimolo lo consenta, pur magari 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 piuttosto noti e la maggioranza degli adolescenti presenta un tratto depressivo piuttosto stabile e del tutto simile a quello presente nella depressione dell'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 contemplano, prima di tutto, quelli genetici e 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 la depressione all'interno di gemelli monozigoti si è rivelata essere al 76%, mentre nei dizigoti solo al 19%. Il fatto che anche tra i monozigoti non si sia raggiunto il 100% come percentuale significa che, oltre ai fattori genetici, vi sono altre cause che concorrono a sviluppare una malattia depressiva.

La separazione precoce, la perdita e l'adozione rappresentano, indipendentemente dalla familiarità, eventi stressanti che possono indurre l'insorgenza di disturbi depressivi.

Scegliendo come evento la separazione dei genitori e confrontando gli adottivi con i non adottivi, è stato possibile riscontrare una maggiore frequenza di patologie psichiatriche negli adottivi, sebbene non sia stata evidenziata una particolare specificità per la depressione.

Evoluzione e depressione

Possiamo affermare che la depressione costituisce una tappa imprescindibile del processo evolutivo e, sarebbe meglio dire, un tema costante nello sviluppo umano.

Questo vale soprattutto per la teorizzazione di M. Klein che parla esplicitamente di una “posizione depressiva” come tappa obbligata dello sviluppo infantile e che potremmo descrivere come il momento in cui nel bambino cessa quel vissuto di onnipotenza tipico e utile nella prima infanzia, ma ovviamente non ripetibile con il crescere dell’età. Il modo in cui il bambino 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 reattività depressiva 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 a 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 queste separazioni si viene a strutturare l’Io interno e con esso l’identità personale.

Il comune denominatore della depressione, quindi, è la perdita, il lutto. 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 si può trasformare in malattia vera e propria.

In quest’ottica 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 il posto a nuovi progetti, amici e nuovi obiettivi. A modificarsi, quindi, sono proprio i legami più profondi ed antichi che vengono vissuti anche come perdita di un universo noto, caratterizzato dalle figure significative dell’infanzia, portando con sé conseguenti vissuti di tipo depressivo.

Un altro livello di cambiamento e 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

Il modello mette l'accento sugli aspetti relazionali all'interno della famiglia come fattore causale dei disturbi depressivi. I racconti dei pazienti riferiscono spesso marcata protettività materna accompagnata da un sostanziale disinteresse del padre, oppure atteggiamenti punitivi o irascibili.

Esistono, comunque, situazioni diverse e la depressione in età adolescenziale può avere significati psicopatologici differenziati.

L'ambiente familiare può giocare 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 allorché la reazione depressiva è scatenata dal fallimento di una relazione amorosa, da una difficoltà scolastica o da crisi della relazione col gruppo amicale.

Una frustrazione o un lutto possono quindi dare origine a reazioni di disagio che possono poi potenzialmente trasformarsi in depressione.

Possiamo considerare la depressione come una tappa ineliminabile del percorso evolutivo dell'adolescente, tappa che porta con sé sofferenza, ma nello stesso tempo anche potenzialità di arricchimento della personalità e presupposto per un futuro cambiamento, una futura trasformazione.

Va tenuto presente che mentre la malattia depressiva vera e propria si presenta, anche nell'adolescenza, caratterizzata dall'immobilità, l'atteggiamento depressivo del processo di crescita dell'adolescente se ne differenzia in quanto è in rapporto con dinamiche di crescita.

In ogni caso la prognosi di un episodio depressivo in adolescenza è in genere meno infausta che in altre età proprio perché in ogni momento può manifestarsi una spinta evolutiva verso nuovi ideali e nuovi scenari esistenziali che portano così nuove energie psichiche.

Diffusione della depressione nell'adolescenza

Gli studi epidemiologici più recenti parlano di un aumento della depressione nell'adolescenza, soprattutto per il sesso femminile in età puberale. Probabilmente ciò può essere associato alle modificazioni biologiche relative a questa età più che ad un effettivo aumento di questa forma psicopatologica.

In Italia i ragazzi depressi sono più di 800.000. Per quanto riguarda l'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 varie come abuso di sostanze, gesti impulsivi, sintomi della sfera psicosomatica. In generale possiamo dire che la depressione nell'adolescente si presenta con sintomi che ricalcano quelli dell'adulto, con scarso rendimento scolastico, povertà nelle relazioni sociali e anche possibili condotte suicidarie.

Seguendo 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 le 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 accompagnata da abuso di sostanze stupefacenti o alcol, comportamenti delinquenti con aggressività contro gli altri e contro di sé fino a

condotte suicidarie che costituiscono un rischio serio nell'adolescenza in quanto in questa età si tende ad agire secondo la legge del "tutto o nulla". A tale proposito, 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 si può manifestare il disagio depressivo nella fase adolescenziale:

Distimia

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

Disturbo depressivo stagionale

Come accade per gli adulti, negli adolescenti può essere presente un disturbo affettivo stagionale, il quale si manifesta in genere tra ottobre e novembre, periodo che peraltro per gli adolescenti è comunque fonte di stress per la ripresa dell'anno scolastico. Questa coincidenza perciò rende più difficile una diagnosi differenziale tra disturbo affettivo stagionale vero e proprio ed altri tipi di disturbi dell'umore collegabili alle prestazioni scolastiche richieste.

Stati misti dell'umore

Molto spesso negli adolescenti il disturbo bipolare dell'umore si manifesta con stati misti con 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 dell'umore

Alcuni tratti o disturbi veri e propri dell'adolescenza possono in parte mascherare o rendere più difficile una diagnosi certa. Nonostante questo però il disturbo bipolare può essere riconosciuto in modo piuttosto sicuro. Anche se è vero che gli sbalzi di umore tipici di questa

malattia possono essere associati ad un esordio schizofrenico, occorre distinguere queste due patologie per poi proporre percorsi terapeutici diversi. Infatti tipici del disturbo affettivo bipolare sono anche sintomi di tipo psicotico che possono presentarsi con disturbi del pensiero, grandiosità, idee bizzarre, ma che non sono riconducibili ad una condizione di schizofrenia. Può diventare difficile allora distinguere un rallentamento depressivo da un rallentamento schizofrenico, un'apatia schizofrenica da una depressiva. Nonostante questo, però, attenendosi ai criteri diagnostici del DSM-V validi per l'adulto, nel determinare il disturbo affettivo bipolare si riesce ad avere una buona sicurezza nella diagnosi anche con l'adolescente.

Disturbi dell'Adattamento che presentano umore depresso

In questa situazione clinica i sentimenti di tristezza, solitudine e vuoto che si presentano sono riconducibili ad eventi stressanti chiaramente identificabili. Queste reazioni devono aver insorgenza 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 difficoltà di resa scolastica e 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 accaduto nell'arco dei 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 queste complicanze è spesso l'abuso di alcol o di altre sostanze che in molti casi sono assunte a scopo di "automedicazione", cioè con il vano 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 facile, in alcuni casi, la confusione tra la diagnosi di disturbo borderline di personalità e la diagnosi 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

In particolar modo nell'adolescenza la terapia dei disturbi dell'umore tiene conto di un ottica multifattoriale, nella quale rientra anche la famiglia del paziente che va sostenuta con appositi interventi, anche psicoeducativi, cioè che spieghino come affrontare in modo corretto il disagio del figlio.

Tutto questo deve essere fatto però senza sacrificare lo spazio individuale di fiducia che il ragazzo ha con il curante, perché se questo spazio personale ed individuale del paziente scomparisse la cura non sarebbe possibile. E' anche importante che il curante non si trovi nella posizione 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 il paziente, almeno in fase acuta, possa giovare di una psicoterapia. E' importante in questi casi stabilire una buona alleanza sull'assunzione della cura farmacologica, alleanza in cui la famiglia può fare molto, soprattutto per diminuire il vissuto di diversità che il paziente può avere nei confronti dei coetanei.

La terapia farmacologica 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 farmacologica 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 suicidari, la psicoterapia costituisce l'indicazione di elezione.

**Per approfondimenti sul tema del Disagio Giovanile, vedi la pubblicazione on line:
“Disturbo da Attacchi di Panico e Disagio Giovanile” alla sezione Studi Clinici**