

La depressione in età infantile L'importanza di una corretta diagnosi e terapia



Giacere sveglio, programmando il futuro, cercando di sbrigliare, districare, dipanare e far quadrare il passato e il futuro... è ormai solo inganno... il futuro senza futuro...
(T. S. Eliot)

L'identificazione dei ragazzi depressi Modificare le convinzioni erranee

"Sono così triste", "Non mi sopporto", "Non riesco a smettere di piangere". Queste frasi tratte da lettere lasciate da adolescenti che si sono tolti la vita indicano chiaramente uno stato depressivo. Se il ventesimo secolo fu definito "età dell'ansia", Davi Goleman descrive la nostra epoca come "l'anticamera dell'Età della malinconia". I dati della ricerca internazionale suggeriscono il diffondersi di un'epidemia di depressione; in tutto il mondo il rischio di depressione aumenta di generazione in generazione. In particolare, la depressione infantile, una volta pressoché sconosciuta, è emersa come elemento rilevante del problema più generale. Il disturbo depressivo non può essere tuttavia considerata una sorta di indice di debolezza personale, né è una condizione che possa essere eliminata con la volontà o con il tempo.

La depressione è una malattia che investe l'intero organismo ed influenza la vita psichica, le emozioni e i pensieri interferendo nel normale funzionamento della persona, nei suoi rapporti con la famiglia e gli amici. Per alcune persone gli stati depressivi possono essere tanto gravi da diventare debilitanti o costituire una minaccia per la vita. Sembra, infatti, esistere una relazione molto stretta tra la depressione e il suicidio. Negli ultimi decenni i tassi di suicidio tra gli adolescenti hanno continuato ad aumentare; oggi, il suicidio è la terza causa di morte tra i giovani statunitensi d'età compresa tra i 15 e i 24 anni. Le statistiche mostrano che ogni anno sono circa 2.000 gli adolescenti che si tolgono la vita e che per ogni tentativo riuscito ce ne sono circa 350 falliti. L'American Psychiatric Association suggerisce che il numero effettivo dei suicidi potrebbe essere due o tre volte superiore a quello indicato dalle statistiche perché soprattutto per quanto riguarda i bambini, i suicidi vengono spesso riportati come morti dovute a cause accidentali o sconosciute.

La natura della depressione infantile

Nonostante quanto detto in premessa, i bambini depressi vengono identificati solo in parte e ciò per numerose ragioni. La prima è che ci sono svariate false credenze, cui comunemente si presta fede, che negano l'esistenza della depressione durante l'infanzia o l'adolescenza.

Analizziamone alcune:

1. La convinzione erronea forse più comune è che l'infanzia sarebbe un periodo spensierato e felice. Per molti adulti ciò è vero, perlomeno sulla base dei ricordi che essi serbano. D'altro canto, molti adulti che non hanno avuto un'infanzia felice spesso non lo ammettono e si considerano la sfortunata eccezione alla regola. Oggi ad ogni modo i bambini crescono sotto pressioni più forti, con un minor supporto a casa ed un ambiente sempre più impersonale e spersonalizzante che consente una quantità molto minore di contatti interpersonali e di attività.
2. La depressione viene spesso considerata il risultato o la reazione a qualche evento traumatico o una forte delusione. Ma se nessun dramma è avvenuto, allora perché il bambino è depresso? In tal senso bisogna considerare, oltre ai fattori biologici, anche le differenze evolutive; eventi che non turberebbero un adulto possono invece essere molto penosi per un bambino. Inoltre, in genere, non è un singolo evento, per quanto potente, a innescare la depressione, bensì una serie di eventi anche meno evidenti e drammatici.
3. La convinzione irrazionale degli insegnanti di dover soddisfare tutti i bisogni di ciascun allievo. Quindi se un bambino appare abbattuto pensano che sia una loro responsabilità quella di tirarlo su di morale. Questi insegnanti vedono il fatto di inviare un bambino dallo psicologo come un fallimento personale.
4. L'ultima ragione, forse la più importante, della mancata segnalazione e invio ai servizi competenti di questi bambini da parte degli insegnanti, risiede nel fatto che i bambini depressi raramente disturbano in classe. In genere, infatti, sono bambini apparentemente tranquilli che siedono nelle ultime file dell'aula e che non parlano molto. Quando si chiede loro di fare qualcosa, sono normalmente ansiosi di compiacere l'insegnante e aderiscono comunemente alle richieste ricevute. E' facile che questi bambini vengano dimenticati, perché non sono vivaci e non sollecitano l'attenzione degli insegnanti o di altri membri del personale scolastico.

Le diverse espressioni della depressione

Abbiamo già affermato che la depressione è qualcosa che trascende il singolo sintomo della tristezza. Si tratta, infatti, di una sindrome che coinvolge una moltitudine di sintomi concomitanti.

I sintomi più frequenti sono:

- Sentirsi tristi o irritabili durante la giornata
- Perdita di interessi e piacere nelle attività che fino a quel momento si svolgevano volentieri
- Cambiamento di peso ed appetito
- Mutamenti del normale ciclo del sonno, difficoltà a addormentarsi, interruzione del sonno, risveglio precoce la mattina presto
- Continuo senso di fatica, perdita di energia e di slancio vitale
- Sentirsi inutili, disistima di sé, sentirsi disperati o irragionevolmente colpevoli
- Crisi di pianto
- Incapacità di concentrazione, smemoratezza, incapacità di prendere decisioni
- Insoddisfazione generalizzata
- Lamentele per dolori fisici indeterminati e sempre diversi
- Pensieri ricorrenti di suicidio e morte

Alcune ricerche indicano che nei preadolescenti l'intensità dei sintomi depressivi non varia significativamente in relazione al sesso. Studi condotti invece su adolescenti suggeriscono una prevalenza del problema nelle ragazze. Le differenze di sesso diventano più evidenti nell'età adulta: le donne riferiscono, infatti, un numero di sintomi depressivi notevolmente maggiore rispetto agli uomini.

Forme di disturbo depressivo

Esistono tre principali forme di disturbo depressivo:

1. L'episodio depressivo maggiore
2. La distimia
3. La depressione ciclica

Questi tre tipi di depressione si differenziano in termini di intensità e durata dei sintomi, ma sembrano tutti avere una qualche base organica.

L'episodio depressivo maggiore implica una combinazione di sintomi che interferiscono pesantemente con la capacità di una persona di lavorare, dormire, mangiare e godere di attività prima ritenute piacevoli.

La distimia è un disturbo, invece, meno grave rispetto all'episodio depressivo maggiore. Le persone distimiche manifestano in genere sintomi cronici che non sono del tutto invalidanti ma che comunque impediscono loro di funzionare al massimo delle loro capacità ed energie.

La depressione ciclica è - infine - il disturbo più raro. Si manifesta ciclicamente in forma di enormi sbalzi d'umore. A volte questi sbalzi sono estremamente rapidi e violenti, mentre in altri casi sono gradualmente.

I sintomi nel dettaglio

L'umore depresso

Il sintomo che rappresenta la quintessenza della depressione è la tristezza. E' bene ricordare tuttavia che alcuni bambini fanno esperienza della rabbia come prima emozione del disturbo depressivo. Altri ancora parlano di "mancanza di piacere" (anedonia). I ragazzi possono usare una varietà di termini per descrivere il loro sentimento di tristezza; per citarne alcuni: "giù", "nervoso", "male", "triste", "da schifo", "a pezzi", "vuoto". Un aspetto importante da valutare è l'intensità di questo sentirsi tristi. I bambini con una depressione clinicamente rilevante descrivono il loro sentimento di tristezza come differente da quelli provati in passato in risposta ad una perdita. In alcuni casi l'intensità è così forte da far parlare di dolore psichico: "E' così terribile che fa male". Bisogna inoltre considerare la reattività ossia il grado in cui il sentimento è influenzato dagli eventi ambientali. Nelle forme estreme non c'è associazione tra gli eventi ambientali e questo sentimento.

L'irritabilità o l'umore collerico

La rabbia è un'emozione molto comune tra i bambini depressi. Il sentimento di rabbia si situa lungo un continuum che va da una lieve irritabilità o senso di fastidio agli scoppi d'ira, ai pensieri omicidi e al fatto di sentirsi così arrabbiati da non sopportarlo.

L'anedonia

L'anedonia è la perdita della risposta di piacere. Il bambino smette di trarre piacere dalle attività o dagli eventi di cui godeva prima che avesse inizio l'episodio depressivo.

La tendenza al pianto

I bambini depressi tendono a piangere più degli altri ed il loro pianto non è in genere legato agli eventi ambientali. Essi tendono anche ad avere una soglia più bassa di fronte agli eventi ambientali negativi. La punta di massima gravità è comunque la situazione in cui il bambino si sente sul punto di piangere per molto tempo ma non vi riesce.

Il non sentirsi amato

Questo si riferisce alla percezione del bambino che nessuno lo ami o si preoccupi per lui.

Le autovalutazioni negative

I bambini depressi tendono a valutare negativamente le loro prestazioni, le loro capacità e le altre qualità personali significative. Possiamo considerare questo sintomo significativo quando riferisce valutazioni negative in almeno tre ambiti: intelligenza, aspetto fisico, personalità, profitto scolastico e abilità atletiche.

La disperazione

La disperazione corrisponde al pensiero che il futuro potrà soltanto peggiorare. Poiché il bambino pensa che i suoi problemi continueranno ad aumentare e che non ha speranza di risolverli, può arrivare a credere che la sua unica via d'uscita sia il suicidio.

Difficoltà di concentrazione

Il bambino depresso passa molto tempo a pensare alla sua "triste" situazione. Si perde così in un mondo di pensieri e gli riesce, di conseguenza, difficile concentrarsi su quello che avviene nel mondo esterno.

La chiusura sociale

Parlando di chiusura sociale ci si riferisce alla riduzione della frequenza di contatti e della profondità di coinvolgimento con altri bambini e adulti.

Ideazione e comportamenti suicidari

Benché il suicidio sia raro prima dei 10 anni, i bambini più grandi spesso ci pensano e talvolta lo commettono.

I predittori del comportamento suicidario sono:

- Ideazione suicidaria: comprende il pensare di uccidersi, pensieri del tipo "Starei meglio se fossi morto", "I miei genitori sarebbero più felici se io fossi morto"; "Nessuno si prende veramente cura di me....se fossi morto sarebbe lo stesso.."
- Intensità del desiderio di uccidersi e specificità del piano (nel caso in cui l'atto debba essere compiuto alla presenza di altri, l'intento è meno grave rispetto all'espressione di volersi uccidere quando in giro non c'è nessuno)
- Grado di disperazione
- Precedenti tentativi di commettere suicidio

L'affaticamento

Questa sensazione di affaticamento varia lungo un continuum di gravità che va da una leggera diminuzione dell'energia ad una situazione in cui il bambino ha bisogno di continue pause per riposarsi o sente le gambe e le braccia pesanti.

Cambiamento nell'appetito e/o nel peso

Disturbi del sonno

Insonnia (insonnia iniziale, intermedia o mattutina) o Ipersonnia



Rallentamento psicomotorio

Si verifica quando i movimenti corporei, il linguaggio, i tempi di reazione si rallentano in modo oggettivo ed evidente. Talvolta il b. cammina più lentamente e appare esausto. Alcuni bambini riferiscono la sensazione di avere come dei pesi fissati alle mani e ai piedi.

Agitazione psicomotoria

L'agitazione psicomotoria si situa all'estremo opposto dei comportamenti del rallentamento psicomotorio. In questo caso il bambino appare agitato incapace di sedere tranquillo; è perennemente in movimento, giocherella, cammina, tamburella con le mani.

Come stare accanto ad un ragazzo depresso? Alcune raccomandazioni per gli amici e genitori

 COSA NON DIRE	 COSA DIRE
<i>"Ma cerca di tirarti su, tutti hanno dei problemi. Devi farcela tu, con le tue forze"</i>	<i>"La depressione è una malattia come le altre. Non puoi pensare di uscirne da solo, senza cure. E con le cure, guarda che nell'80-90% dei casi si può migliorare o star bene come prima"</i>
<i>"Esci, vedi gente e vedrai che starai meglio. Certo che se stai sempre lì a lamentarti. Fai qualcosa di utile, lavora e vedrai che ti passa tutto"</i>	<i>"Non è tutto così nero come ti sembra ora. Sono gli 'occhiali della depressione' a farti vedere tutto in negativo"</i>
<i>"Ma guarda a chi sta peggio di te e ha dei problemi veri. Tu hai il lavoro, la salute, sei giovane. Cosa ti manca?"</i>	<i>"Senti, finché stai così male, non prendere decisioni. Non licenziarti, separarti, non vendere la casa.. Può darsi che quando starai meglio tu veda le cose in un altro modo.."</i>
<i>"Se stai veramente male, è meglio che tu lasci questo lavoro (o questa relazione o questa città)"</i>	<i>"Cerca di aver pazienza, continua con la cura. Sai che gli antidepressivi non fanno effetto subito. Ci vogliono 2-3 settimane, a volte 4. Poi starai meglio"</i>
<i>"Stai attento a non intossicarti. con i farmaci non si mai.."</i>	<i>"E' vero, adesso stai meglio, però per sospendere la cura senti prima il medico. Queste terapie hanno tempi precisi. Non devi correre il rischio di una ricaduta. Ti ricordi come stavi male?"</i>
<i>"Cosa vuoi mai che ti faccia una pastiglia. Si ti calmerà, si sa come sono i sedativi, ma non pensare che possa risolvere i tuoi problemi"</i>	
<i>"Adesso stai bene, quindi smetti di prendere quelle pastiglie. Guarda che poi ti abitui e non puoi più farne a meno. Non vorrai drogarti"</i>	

Cosa fare per un amico, un'amica che "è sempre giù", oltre ogni comprensione? L'istinto è di stimolarlo a reagire, a scuotersi, a uscire "con le sue forze" da quella cupa apatia o doloroso isolamento. Niente di più sbagliato. La prima cosa che dobbiamo comprendere è che la depressione è una malattia che annulla la volontà, una malattia della volontà. Se si farà proprio questo concetto si eviteranno anche frustrazioni e scoraggiamenti o, al contrario, di sentirsi irritati in quanto ogni sollecitazione, ogni intervento con una persona depressa sembra cadere nel vuoto: tutto resta - o pesantemente ritorna - come prima. Sarebbe un grave errore colpevolizzare l'interessato per la mancanza di miglioramenti dicendo che "non vuol collaborare", "non vuol provare", "non vuol fare".

Il vostro ragazzo o amico soffre già di tali sensi di colpa che quanti gli stanno accanto devono piuttosto cercare di alleviarglieli: ditegli, perciò, che non sforzi né si preoccupi, che starà meglio e potrà fare tutto come gli altri (o come una volta) appena la terapia comincerà a fare effetto. Del resto, ad un malato di polmonite o a chi si è rotto una gamba direste mai: "sforzati di star bene", "devi farcela da solo", "muoviti e vedrai" ?.

Come per una polmonite o per una gamba rotta, così per la depressione - e per il suo polo opposto, la mania - la cosa più importante e urgente è aiutare chi ne soffre a trovare la corretta diagnosi e la corretta terapia. In una parola, il medico giusto. Lo specialista del settore è lo psichiatra. Molti nutrono ancora dei pregiudizi su questa figura ("il dottore dei matti") e si può incontrare un rifiuto così motivato: "Andare dallo psichiatra? Ma non sono pazzo, io!". Sarà compito di chi vive accanto al paziente spiegargli che la psichiatria ha fatto enormi passi avanti e che molti e diversissimi dalla pazzia sono i disturbi di cui si occupa. Potrà servire citare il caso di conoscenti o personaggi famosi di cui si sa che sono stati in cura da uno psichiatra. Anche in assenza di questo pregiudizio, in molti casi è difficile convincere il malato a consultare un medico: fa parte del quadro della depressione (e ancora più della mania). Infatti, chi soffre spesso non ritiene di essere malato oppure si oppone a qualunque terapia perché convinto dell'inguaribilità del suo caso. O, ancora, respinge l'idea che il suo soffrire possa essere legato a fattori "fisici" e pertanto rifiuta ogni farmaco o altra terapia biologica.

Convincere ad andare dal medico è quindi il primo imperativo per chi sta accanto ad un malato di depressione. Occorre fermezza su questo punto, anche se l'atteggiamento sarà, e deve essere, di caldo affetto.

Dott. Pio Maria Federici
Medico Chirurgo
Spec. in Psicologia Clinica

Astrolabio cooperativa sociale
Viale XXI Aprile, 53 - Latina 04100 LT
Tel.: 0773.666315-664898
Fax: 0773.470100
Email: astrolabio@astrolabio.org
Sito: www.astrolabio.org