

DEPRESSIONI INFANTILI

Mario Di Pietro

Introduzione

I problemi legati al benessere emotivo del bambino e dell'adolescente non sempre ricevono la dovuta considerazione nell'ambito della programmazione degli interventi sanitari. Ciò non può che sorprendere se si considerano i devastanti effetti che la sofferenza emotiva produce nella vita del bambino, ripercuotendosi spesso sul suo futuro adattamento in età adulta. I più frequenti di questi effetti sono problemi scolastici, difficoltà relazionali, comportamenti devianti, condotte suicidarie. La depressione intesa come sintomo si riferisce a un tono dell'umore caratterizzato da tristezza, uno stato d'animo che può pervadere di tanto in tanto la vita di un bambino, spesso per problemi contingenti, quali complicazioni scolastiche, difficoltà ad essere accettato dai coetanei, problemi nell'ambito della famiglia.

La depressione intesa invece come sindrome clinica, in età evolutiva è spesso associata ad eventi particolarmente stressanti quali:

- malattia personale (allergie, asma, gravi problemi organici)
- ambiente domestico disagiato (confusione, sporcizia, rumorosità)
- grave malattia di un genitore o un fratello
- ambiente scolastico sfavorevole (competitività, insegnanti inadeguati, compagni prepotenti)

Non è scopo di questo intervento approfondire gli aspetti eziologici e nosografici delle depressioni infantili, per cui mi limiterò a citare la tipologia dei disturbi depressivi più frequentemente oggetto d'intervento.

Quando si nota un umore fisico, bisogna tenere presente che la tristezza, in età evolutiva, può essere spesso collegata a una condizione di bassa autostima, un problema che si riscontra frequentemente durante la pubertà e l'adolescenza, in associazione a difficoltà relazionali. In questi casi sarebbe più appropriata una diagnosi di "reazione di adattamento con umore misto o umore depresso", in quanto questo lieve disturbo dell'umore sembra insorgere per cause psicosociali.

Nei casi in cui l'umore depresso e irritabile abbia una rilevanza maggiore, può essere più adeguata invece una diagnosi di disturbo distimico. Se si esaminano i criteri diagnostici stabiliti dal DSM-IV per il disturbo distimico, appare evidente che diversi disturbi dell'affettività che compaiono in adolescenza rientrano in tale diagnosi.

Oltre all'umore triste, col termine "depressione" ci si riferisce ad una costellazione di comportamenti che possono includere una perdita di interesse per molte attività, cambiamenti delle abitudini alimentari, senso di stanchezza, agitazione psicomotoria, diminuita capacità di concentrazione, alterazioni del sonno, idee di suicidio. Quando questi sintomi si verificano con un'intensità maggiore di quanto ci si potrebbe aspettare nel caso di disturbo distimico, allora si può ipotizzare un quadro diagnostico corrispondente all'episodio depressivo maggiore.

Un altro disturbo depressivo meno frequente in età evolutiva è il disturbo maniaco-depressivo, detto anche disturbo bipolare. Bambini e adolescenti affetti da tale disturbo attraversano periodi di iperattività, specialmente durante la fase maniacale ed è molto probabile che mostrino comportamenti aggressivi e antisociali seguiti da gravi alterazioni dell'umore di natura ciclica. Una posizione abbastanza diffusa negli anni '80 considerava molti dei disturbi dell'età evolutiva una forma di depressione "mascherata". Tale ipotesi sosteneva che, nel tentativo di liberarsi dei sintomi depressivi, il bambino cerca di mascherare la sua condizione mostrandosi spesso aggressivo. Nell'assumere tale punto di vista, diventava però molto difficile differenziare questa presupposta depressione mascherata da altri problemi quali i disturbi della condotta. La maggior parte dei comportamenti disturbati riscontrabili in età evolutiva potevano essere infatti ricondotti ad uno stato di depressione. Le uniche prove a sostegno di tale ipotesi andavano cercate nei sogni riferiti dai bambini, nell'interpretazione dei sogni, nel contenuto simbolico di quanto il bambino riferiva. In breve, la diagnosi di depressione in questi casi era affidata più alla fervida fantasia del neuropsichiatra o dello psicologo che a prove cliniche sostanziali. Attualmente la teoria della depressione mascherata è stata ormai quasi completamente abbandonata, mentre prevale la tendenza a considerare la possibilità che due o più disturbi possano coesistere. Vari studi hanno dimostrato che bambini e adolescenti possono manifestare il sovrapporsi di sintomi di depressione, di ansia, di disturbo della condotta e di disturbo oppositivo-provocatorio. Anche se rimane ancora molta strada da percorrere per una completa comprensione della depressione in età evolutiva, i contributi nell'ambito della prospettiva cognitivo-comportamentale sono stati notevoli.

Comorbidità nei disturbi depressivi in età evolutiva

Per le implicazioni che ciò può avere sulla scelta di una strategia terapeutica, in questa sede mi soffermerò sulla compresenza di ansia e depressione.

Alcune ricerche hanno individuato una serie di sintomi che possono comparire sia nella depressione che nell'ansia. Essi sono: irritabilità, difficoltà a dormire, mancanza di concentrazione, agitazione, irrequietezza, senso di stanchezza. Dato il parziale sovrapporsi della sintomatologia non deve sorprendere l'esistenza di un'elevata correlazione tra questionari misuranti il livello di ansia e quelli misuranti il livello di depressione. Nella pratica clinica si riscontra spesso la presenza di problemi di ansia in bambini che sono stati presi in trattamento per un disturbo depressivo, così come non è raro riscontrare un umore depresso in bambini per i quali lo scopo del trattamento era un disturbo d'ansia.

Al fine di massimizzare l'efficacia del trattamento è utile considerare le somiglianze e le differenze esistenti tra queste due categorie di disturbi.

Per quanto riguarda una prima differenziazione sul piano dell'affettività è stata proposta una distinzione che prende in considerazione la positività e la negatività generale delle emozioni sperimentate.

Si è riscontrato che l'ansia è caratterizzata dalla dominanza di affettività negativa (paura, nervosismo, irritazione) malgrado siano presenti anche nei momenti di affettività positiva (eccitamento, entusiasmo, gioia). La depressione invece è caratterizzata dalla dominanza di affettività negativa (tristezza, angoscia, colpa) e da una quasi totale assenza di affettività positiva. Queste osservazioni ci fanno supporre che un bambino ansioso (ma non depresso), malgrado esperisca un certo ammontare di emozioni negative, conservi ancora la capacità di divertirsi e di trovare piacere in molte cose. D'altro canto, invece, un bambino che abbia contemporaneamente un problema di ansia e di depressione vivrà una condizione doppiamente sfavorevole, in quanto si troverà a vivere una gran quantità di emozioni negative senza quasi mai avere il sollievo di qualche parentesi emotiva piacevole. Sotto il peso di tale sofferenza, il bambino depresso e ansioso perderà la motivazione a impegnarsi in qualsiasi attività, peggiorando ulteriormente la propria situazione. Altre considerazioni sulla differenziazione cognitiva dell'ansia e della depressione possono essere effettuate dal punto di vista dello stile attributivo. Si è notato, ad esempio, che nelle situazioni ansiogene i bambini depressi tendono ad effettuare attribuzioni del tipo interno ("Sono io la causa di ciò") in misura molto maggiore rispetto ai bambini che sono semplicemente ansiosi, ma non depressi. Per facilitare un più rapido cambiamento nel tono dell'umore ed un maggior coinvolgimento nella gestione dell'ansia risulterà allora particolarmente efficace il ricorso ad attività di "verifica empirica" in cui gli assoluti attributivi possono essere messi alla prova e contestati.

Le variabili cognitive nei disturbi depressivi in età evolutiva

Le variabili cognitive che entrano in gioco nei disturbi depressivi sono riconducibili ad alcune delle convinzioni irrazionali di base individuate da Ellis:

1: Autoaccusa:

- “Sono una persona completamente negativa e merito di essere severamente condannata e punita”; ”.
- ”Si deve essere sempre bravi e competenti per essere considerati degni di valore

2: Autocommiserazione:

- “E’ terribile e catastrofico se le cose non vanno come vogliamo”;
- “La sofferenza umana dipende solo da cause esterne ed non possiamo fare nulla per controllare o cambiare le nostre emozioni”.

3: Eterocommiserazione:

- “Dobbiamo sconvolgerci enormemente per i problemi e i disturbi degli altri”.
- “Ci deve essere sempre una soluzione giusta e perfetta per qualsiasi problema ed è una cosa orribile non riuscire a trovarla”.

Ellis indica due principali eventi attivanti collegati alla depressione: il non riuscire in qualche cosa e l’essere rifiutati da qualcuno. Secondo Ellis non è tanto il fallimento o il rifiuto a causare la depressione quanto:

- il considerare indispensabile il riuscita e l’approvazione degli altri,
- lo svalutarsi e condannarsi per gli aspetti negativi della propria esistenza. In base a ciò si desume che qualora un bambino si ritenga totalmente responsabile per qualsiasi risultato negativo ottenga, considerandosi anche incapace di influenzare negli altri un atteggiamento positivo nei suoi confronti, possa diventare un candidato a sviluppare un disturbo depressivo.

Gli studi condotti al fine di individuare le caratteristiche cognitive dei bambini e degli adolescenti depressi concordano nell’evidenziare la tendenza ad effettuare distorsioni nella valutazione di sé e nell’interpretazione di eventi presenti e passati. I bambini depressi tendono inoltre ad effettuare attribuzioni negative in misura molto maggiore rispetto a soggetti della stessa età che non presentano sintomi clinici. Alcuni autori hanno dimostrato che nei bambini con diagnosi di disturbo depressivo prevale la tendenza a manifestare un “locus of control” di tipo esterno. Essi cioè non si ritengono capaci di poter influenzare il verificarsi o meno di certi eventi attraverso il proprio comportamento.

Le componenti del trattamento dei disturbi depressivi infantili

Come ha evidenziato la ricerca nell'ambito della RET, gli esseri umani hanno la peculiarità di crearsi la propria sofferenza fin dall'infanzia per mezzo del pensiero, attraverso l'immaginazione e tramite il proprio modo di comportarsi. Per questo nel corso del trattamento si cercherà di agire su tutti e tre questi aspetti del funzionamento umano ricorrendo a tecniche immaginative, comportamentali e cognitive. Nel caso di bambini e adolescenti depressi le principali procedure utilizzate sono: l'automonitoraggio la programmazione di attività, la messa in discussione delle idee irrazionali, la modificazione dello stile attributivo, l'autovalutazione e l'autoinforzo.

Automonitoraggio

Questa procedura implica l'osservazione del proprio comportamento sia esso esterno (azioni) che interno (pensieri, immagini). L'annotazione di queste osservazioni può avvenire attraverso appunti non strutturati o mediante apposite schede contenenti elenchi predeterminati di eventi da osservare. Poiché i bambini depressi spesso hanno difficoltà nel soffermarsi su eventi spiacevoli, sono stati messi a punto appositi questionari che riportano elenchi di attività gradevoli per bambini e ragazzi di diverse età. Il bambino passerà in rassegna gli eventi indicati contrassegnando ciò che gli è realmente accaduto. Questo metodo è utile in fase di accertamento diagnostico, per individuare quei bambini che, a causa della loro depressione, non sembrano ricavare alcun piacere da attività comunemente gradite ai loro coetanei. Nel vivo del trattamento l'automonitoraggio viene utilizzato per ottenere una sorta di diario quotidiano delle attività piacevoli e per notare il rapporto tra la quantità ed il tono dell'umore del bambino.

Programmazione delle attività

Consiste nell'aiutare il ragazzo depresso a programmare sistematicamente le attività quotidiane. Il terapeuta assiste il giovane paziente nel pianificare i propri obiettivi giorno per giorno. Lo scopo è quello di favorire un aumento delle attività gradevoli e costruttive ed incrementare la tendenza a soffermarsi su pensieri positivi.

Messa in discussione dei pensieri irrazionali

Con questa espressione ci si riferisce alla procedura ideata da Albert Ellis per mettere alla prova, attraverso una strategia dialettica, le modalità disfunzionali di valutazione della realtà adottate da paziente. I soggetti depressi spesso considerano se stessi in modo totalmente negativo e tendono a giudicare il mondo circostante come interamente ostile. Solitamente i terapeuti RET fanno ricorso a una vasta gamma di espedienti di dissuasione attuando con molta creatività la procedura della messa in discussione.

Correzione dello stile attributivo

Col termine stile attributivo, si intende la modalità con cui l'individuo interpreta gli eventi esterni (ad esempio: "Lo ha fatto apposta, ce l'ha con me"). Nel corso dell'intervento terapeutico si rende consapevole il bambino delle sue più frequenti attribuzioni disfunzionali e di come trasformarle per renderle più obiettive e realistiche. Al riguardo spesso si introducono situazioni ipotetiche, chiedendo poi al bambino di fornire una sua interpretazione dell'evento. In base a ciò che il giovane paziente riferisce, si valuta quanto la sua attribuzione possa essere considerata adeguata in relazione al suo benessere emotivo. Si attiveranno poi opportune strategie correttive al fine di favorire l'acquisizione di modalità di pensiero più obiettive.

Autovalutazione

Una caratteristica della depressione, sul piano cognitivo, è la tendenza ad effettuare valutazioni distorte dei propri comportamenti. Ciò spesso deriva dalla tendenza a porsi degli standard molto elevati di prestazione, che risultano estremamente difficili da conseguire. Fortunatamente i bambini possono essere allenati affinché apprendano a valutare in modo corretto il loro comportamento e a porsi livelli di prestazioni più accessibili.

Autorinforzo

Questa componente del trattamento si riferisce all'apprendimento, da parte del bambino, di modalità di autoricompenza contingenti sul manifestarsi di comportamenti adeguati. E' una procedura inclusa in vari tipi di terapia cognitivo-comportamentale con l'intento di favorire l'acquisizione di capacità di autocontrollo. Il terapeuta aiuta il giovane paziente a individuare specifici compiti da eseguire. Quando il comportamento viene manifestato in modo corretto può essere rinforzato in una varietà di modi, come, ad esempio, passando un po' di tempo in un'attività gradevole o concedendosi una ricompensa tangibile. Un'altra possibile ricompensa interna consiste nel soffermarsi a pensare all'attività svolta, congratulandosi con sé stesso per il buon lavoro svolto.

Immaginazione positiva

E' una procedura in cui il terapeuta suggerisce al bambino una scena da immaginare in tutti i suoi particolari. Viene attuata chiedendo al bambino di chiudere gli occhi, cercando di calarsi nel modo più dettagliato possibile nella scena che gli verrà descritta. I contenuti delle scene possono essere i più disparati, ma dovranno, in ogni caso, essere direttamente collegati all'obiettivo del cambiamento.. Lo scopo è quello di allenare il bambino a familiarizzare con nuove modalità di comportamento funzionali ad un miglioramento dell'umore. Attraverso la pratica immaginativa il bambino apprenderà inoltre ad associare modi di pensare costruttivi alle situazioni solitamente collegate a reazioni disforiche.

Il terapeuta, nell'impostare il trattamento, dovrà tenere conto che il basso livello di motivazione causato dalla depressione potrà ostacolare l'esecuzione delle varie attività prescritte al bambino tra una seduta e l'altra. Se il bambino prova un senso di impotenza non riuscirà ad impegnarsi in nessun compito, ritenendo che tanto "non ne vale la pena". Il terapeuta dovrà quindi cercare di attivarsi per coinvolgere il più possibile il bambino, facendogli notare come l'esecuzione di certe attività possa aiutarlo a sentirsi meglio. A tal fine sarà bene incoraggiare ogni minimo impegno nelle attività prescritte. Quando è possibile sarebbe bene ottenere anche la collaborazione dei genitori i quali potranno fornire un valido supporto nell'incrementare il livello di motivazione del bambino. E' importante che i genitori inizialmente evitino di porre troppe richieste ai figli e che si trattengano dall'essere eccessivamente critici nei suoi confronti.

Nell'ambito di ogni seduta, il terapeuta avrà cura di dare un certo spazio ad attività piacevoli e divertenti. Questo è molto importante, in quanto il bambino depresso tende a sviluppare un atteggiamento anedonico ritenendo di essere incapace di trovare divertimento in qualsiasi cosa. Se lo si riesce a coinvolgere in qualche gioco (ad esempio, giochi al computer o a qualche gioco, da tavolo), il bambino rimarrà spesso piacevolmente sorpreso accorgendosi di essere riuscito a impegnarsi in un'attività gradevole.

Conclusioni

Una delle caratteristiche che contraddistinguono il trattamento descritto in questo intervento è il fatto di fare ricorso a procedure che sono state sottoposte a verifica sperimentale al fine di valutarne la validità.

Per molto tempo nell'ambito della psicopatologia si è andati alla ricerca di ipotetiche cause nascoste, negando l'ovvietà del comportamento e delle emozioni. Così se un bambino manifestava rabbia voleva dire che era angosciato, se appariva depresso significava che era arrabbiato con se stesso.

Attratti dal fascino dell'occulto e del misterioso, molti psicologi e psichiatri hanno privato l'individuo della sua storia personale perendosi nei meandri dell'inconscio, oppure riducendo la depressione esclusivamente a meccanismi biochimici.

Riteniamo che i tempi siano ormai maturi anche in Italia affinché il benessere psichico dell'individuo, adulto o bambino che sia, venga affrontato con una maggiore rigosità scientifica, scegliendo le procedure terapeutiche non in base all'attrattiva culturale, ma secondo criteri di efficacia.