"I Disturbi Depressivi. Conoscerli, riconoscerli, affrontarli. Verso una prevenzione possibile".

Dott.ssa ADELIA LUCATTINI

Contrariamente a quanto si pensa attualmente, la depressione non è una "malattia" dei nostri giorni, benché oggi abbiamo degli strumenti per poterla diagnosticare secondo parametri diversi, conformi alle nostre conoscenze ed esigenze attuali, e anche quantificare con modalità diverse rispetto al passato.

Sappiamo infatti che una persona su cinque da andrà incontro nel corso della propria vita ad un episodio depressivo che potrà ripetersi o essere un episodio isolato, che in tutta Europa il 14% della popolazione è affetta da disturbi depressivi mentre in Italia si stima che siano intorno all'11% anche se è importante tenere presente che vi sono grosse variabilità regionali, con una maggior incidenza nel Nord Italia e una minore incidenza nelle regioni del sud dell'Italia.

Nella regione Lazio gli ultimi studi che sono stati fatti attestano i problemi relativi ai disturbi depressivi nella popolazione e intorno al 17%. Quindi possiamo dire alla luce di questi numeri, sapendo che comunque ogni dato va interpretato ed è suscettibili di modifica nel tempo, che la depressione si connota come un problema sociale.

Prima di passare ad una descrizione più dettagliata dei diversi tipi di depressione, così come vengono interpretati, visti e classificati dalla psichiatria, in tutto il mondo, sono suddivisi in due grandi gruppi sindromici: disturbi depressivi maggiori che rientrano in disturbi psicotici e disturbi depressivi cosiddetti minori, che sono quelli che riguardano invece la maggior parte della popolazione ed hanno caratteristiche e manifestazioni molto diverse tra di loro. La mia relazione sarà incentrata su una definizione classica e attinente a quelle che sono le classificazioni internazionali delle malattie mentali e quindi anche della depressione, da un punto di vista psichiatrico.

Voglio però iniziare presentando una poesia di Diodoro Zona, di Sardi, poeta greco della prima metà del I secolo a.C. che descrive una situazione esistenziale depressiva a seguito di un lutto :

O tu che all'Ade
guidi la barca dei morti sull'acqua
di questa palude fitta di canne,
abbi pietà del mio dolore,
tendi la mano al figlio di Cinira,
ora che scende giù dalla scaletta.
Nero Caronte, aiutalo,
perché nei sandali inciampa il bambino,
e poi ha paura di posare i piedi
nudi su per la sabbia della riva.

E già Aulo Cornelio Celso, nel I secolo A.C. forniva delle indicazioni su come poter porre rimedio alla malinconia:

" Vivete in stanze piene di luce, evitate i cibi pesanti, siate moderati con il vino, fate massaggi, bagni, esercizi e ginnastica, combattete l'insonnia cullandovi dolcemente o al rumore dell'acqua che scorre, cambiate luogo e fate lunghi viaggi, evitate accuratamente idee spaventevoli, indulgete in conversazioni allegre e divertimenti, ascoltate musica".

L'adolescenza è un periodo che si colloca genericamente tra l'infanzia all'età adulta, ed è caratterizzato da profonde modificazioni biologiche, psicologiche, sociali.

A seconda delle scuole, sono state proposte diversi tipi di classificazione, in Italia in Europa viene considerato adolescenza il periodo puberale, 12-13 anni, con un leggero scarto tra maschi e femmine, si protrae fino ai 22 anni per le femmine, e nei maschi fino ai 24 anni. Questo tipo di classificazione ha uno scopo eminentemente pratico, per poter suddividere per fasce d'età e attività ambulatoriali cliniche negli ospedali pediatrici e generali. Nel mondo anglosassone viene considerato infanzia fino al diciottesimo anno di età ed in alcuni casi fino al ventunesimo anno di età. Altre scuole considerò che il periodo adolescenziale si protragga dopo le scuole medie superiori, in tutto il periodo universitario e si concluda con il primo impiego lavorativo.

Questo perché l'adolescenza non è un fenomeno fisico ma come dice Bloss: "La pubertà è un atto della natura, l'adolescenza è un atto dell'uomo".

Venendo al tema di questa relazione, genericamente possiamo dire che disturbi dell'umore dell'adolescenza vanno distinti tra le normali oscillazioni dell'umore, tipiche di questo periodo della vita e quelle che si configurano come un disturbo propriamente detto.

I disturbi dell'adolescenza possono essere divisi in secondo le classificazioni internazionali secondo disturbi considerati genericamente ma non ha completamente a ragione meno gravi e disturbi gravi.

Per esemplificare mostrerò le due classificazioni internazionali, universalmente conosciute e più utilizzate che sono il DSM-IV R (il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali Mentali dell'American Psychiatric Association) e l'ICD10 (la Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali- descrizioni cliniche e direttive diagnostiche-) dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

E' importante precisare che questi due manuali si pongono di fronte ai disturbi con un atteggiamento e esclusivamente di osservazione dei sintomi, non vi è nessun approfondimento rispetto a quella che in termine medico, si chiama eziopatogenesi ovvero l'origine e lo sviluppo dei disturbi sottostanti i sintomi che non rileviamo. Questi manuali hanno una grossa rilevanza per l'utilizzo che ne viene fatto a scopo medico legale, assicurativo ed in genere per una trasmissione di dati "di base" che abbia anche potenziale valore statistico-epidemiologico, tra le strutture ospedaliere, le università ed anche tra specialisti e strutture di nazioni e paesi diversi.

Il suo utilizzo nella pratica clinica, nel rapporto con il paziente, nella comprensione del disagio che lui sente e porta, hanno un'importanza relativa e oserei dire, decisamente marginale.

Vorrei precisare che sono strumenti tecnici per gli specialisti, non sono qualche cosa che a che fare in modo diretto, né con la possibilità di comprensione né con le modalità di avvicinamento all'adolescente che soffre, ma anche dell' adulto che soffre. E se vogliamo spingerci coraggiosamente in avanti, non hanno un valore determinante, in senso strettissimo, per un orientamento diagnostico, se una diagnosi si può fare in adolescenza, né per l'impostazione di un eventuale trattamento. Ad ogni strumento che la scienza ci offre, è importante poter attribuire il valore e la funzione che gli compete. E questo tema dell' uso proprio/improprio dei codici e dei manuali è ad oggi un argomento molto dibattuto all'interno del mondo scientifico.

Esiste anche il DSM-IV di Disturbi dell' Infanzia dell' Adolescenza, estremamente stringato, com'è ovvio che sia. E' da segnalare che ad oggi, purtroppo, vengono utilizzate anche per gli adolescenti, in modo ovviamente non propriamente pertinente e potremmo dire anche non propriamente scientifico, le classificazioni che sono state codificate per gli adulti.

I disturbi dell'adolescenza cosiddetti meno gravi ne citerò alcuni sono: disturbi d'ansia, disturbi della personalità e del comportamento, disturbi dell'alimentazione: anoressia bulimia nervosa, disturbi correlati a sostanze, sindrome nevrotiche, disturbi sessuali e dell'identità di genere.

I disturbi cosiddetti gravi sono divisi in due grandi gruppi: il primo gruppo i disturbi dell'umore e le sindrome affettive gravi, quello che una volta si chiamavano Psicosi Maniaco-Depressive, poi Disturbi Bipolari, il secondo gruppo la Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici .

È importante precisare che disturbi gravi sono patologie rare.

È importante avere la capacità di differenziare queste due condizioni, il disagio esistenziale tipico dell'età da un disturbo depressivo che può avere delle caratteristiche più specificamente patologiche.

La depressione non riconosciuta negli adolescenti, può portare delle conseguenze anche molto serie, sappiamo che incidenti stradali, abuso di sostanze e di alcolici, comportamenti parasuicidari e anche il suicidio, possono essere conseguenze possibili dei disturbi depressivi gravi non diagnosticati.

L'altro elemento da considerare che un disturbo non diagnosticato nell'infanzia nell'adolescenza può portare a sviluppare poi nell'età adulta dei disturbi psicologici anche seri o delle vere e proprie malattie mentali. Mentre se riconosciuti ed affrontati durante l'infanzia e l'adolescenza possono avere una prognosi, cioè un'evoluzione nel tempo assolutamente positiva, con la prospettiva di poter condurre una vita serena e soddisfacente, e disturbi o patologie più gravi, non insorgere e/o non manifestarsi mai.

Quali possono essere le cause scatenanti di un disturbo depressivo?

Esperienze di fallimento, di discriminazione o esclusione da parte dei coetanei e degli adulti, abusi mentali fisici, malattie fisiche gravi, tensioni familiari infrequenti o continuative, esperienze di lutto, ovvero la perdita di una persona cara che poi sono familiare ma anche un amico, la fine di una storia d'amore, eccessive aspettative di successo, solo per citarne alcuni.

Secondo i manuali e disturbi depressivi non gravi hanno una serie di sintomi(disturbi riferiti dall'individuo/paziente) che li caratterizzano, ma come vedremo, realtà questi sono sintomi che ognuno di noi può aver sperimentato durante il corso della propria vita, senza che si configurino come un disturbo o una malattia: mancanza di stimoli, sensazione di vuoto, sensazione di disperazione, umore depresso o irritabile, insonnia, ridotta capacità di concentrazione e attenzione, cefalea, stanchezza fisica, ritiro sociale (ovvero la difficoltà ad uscire e desiderare, senza capirne le ragioni, di stare chiusi dentro casa), difficoltà scolastiche e lavorative, aggressività e oppositività (ovvero la tendenza ad essere polemici ed in disaccordo per partito preso, come per "necessità").

Mentre i sintomi di disturbi gravi e in questo caso intendiamo esclusivamente quella che oggi viene chiamata "depressione maggiore", sono una parte sovrapponibili e quindi anche difficili da identificare, da un altro lato sono assolutamente specifici e quindi più semplici da osservare e quindi da poter permettere un intervento: tono dell'umore depresso, incapacità di provare interesse piacere, affaticabilità, angoscia e o agitazione,

perdita dell'autostima e sensazione di inutilità; mentre specifici sono deliri congrui con l'umore (ovvero delle idee assolutamente non fondate che hanno in questo caso uno sfondo depressivo, cioè pensieri di autodenigrazione, di incapacità, di rovina), ed anche in taluni casi possono essere presenti allucinazioni (il che significa, nella maggior parte dei casi, udire delle voci che insultano che denigrano la persona che ne ha affetta) e da ultimo "stupore", ovvero un blocco mentale che può associarsi anche ad un blocco corporeo. Ma, come ben comprendete, qui siamo in un ambito completamente diverso rispetto ai comuni aspetti depressivi dello sviluppo durante l'adolescenza, che si collocano in un ambito non solo personale, ma anche sociale e familiare.

Come ho precisato precedentemente le sindromi psicotiche e i disturbi affettivi sono fortunatamente rari, rispetto alla popolazione, sia negli adulti che negli adolescenti.

E' necessario però, poterle riconoscere, poiché causano una grossa sofferenza e sono potenzialmente molto dannose per persona che si trovi in questa situazione, con potenziali conseguenze gravi per la propria salute mentale e fisica.

E' importante tenere presente che disturbi depressivi anche lievi possono avere delle conseguenze serie, se la persona che ne è affetto non li riconosce, non li percepisce o non li avverte come tali, possono portare, tra l'altro, all'abuso di alcol e all'uso di sostanze come tentativo di automedicazione. Tentativi comunque fallimentari e molto spesso nocivi nello sforzo fantasticato di essere risollepati dal vuoto, dalla solitudine o dall'angoscia, di poter trovare un po' di balsamo per l'anima, rispetto ad una sofferenza di cui non riesce ad identificare l'origine o non se ne comprende la motivazione.

Il suicidio è una complicità rara e soltanto dei disturbi gravi, mentre molta attenzione bisogna porre a quelli che noi chiamiamo comportamenti parasuicidari, di cui il più importante e prima causa di morte negli adolescenti, sono gli incidenti stradali, che non avvengono ho soltanto per imperizia o incapacità alla guida, che non avvengono esclusivamente in associazione all'uso di sostanze ma possono avvenire poiché sono espressione di un'angoscia profonda che determina tutta una serie di disturbi che poi, portano agli incidenti stradali.

E' intuibile quanto possa costituire un fattore di rischio un disturbo depressivo, associato d'uso di sostanza o di alcool mentre si è alla guida.

A questo proposito mi sento di dover precisare che al di là delle norme che regolamentano e reprimono l'uso di alcolici o l'uso di sostanze, sia alla guida che quando non si è alla guida, dovrebbero essere seriamente accompagnate da campagne di promozione della salute negli adolescenti, quella che anche il Ministero della Salute, denomina "salutogenesi" e nei casi in cui il disagio si sia già manifestato, attuare la vera e propria "prevenzione".

La prevenzione può essere fatta attraverso la scuola, i consultori, l'accesso facilitato agli psicologi dei servizi pubblici, ma soprattutto attraverso la diffusione della conoscenza dell'esistenza di questi fenomeni, poter informare e mettere tutte le persone, non solo i giovani, in condizione di comprendere che non sono "cose" di cui vergognarsi, di cui aver paura, che non sono "malattie infestanti", retaggio che ci portiamo dietro dalla nostra centenaria esperienza dei "manicomi", che ad oggi sono chiusi per legge ed in questo l'Italia è un paese pilota, all' avanguardia nel mondo.

Gli ospedali psichiatrici stati sostituiti con i servizi territoriali e piccoli reparti per gli adulti, all' interno degli ospedali generali. I servizi territoriali sono ad accesso diretto, le persone che possono essere curate nella maggior parte dei casi rimanendo a casa propria, nel proprio ambiente, con i propri familiari, con i propri amici, se necessario durante la cura sarà possibile non andare a scuola, facendo brevi periodi di pausa, o anche non recarsi al lavoro, per permettere a sé stessi di riprendersi e se necessario curarsi, ma senza essere estraniati dal mondo in cui si vive quotidianamente.

Quali sono gli interventi possibili: innanzitutto la promozione della salute attraverso un ambiente che sia il più possibilmente vicino alle esigenze degli adolescenti, dei loro genitori, delle loro famiglie, che permettano uno sviluppo anche se pieno di contraddizioni, di oscillazioni, di turbamenti, che si armonizzabile con le richieste dell'ambiente esterno, senza però sacrificare quelle che sono le richieste interiori di ragazzi.

Quando però un disturbo depressivo, in questo caso mi riferisco sia a quelli meno gravi, cosiddette minori che quelli gravi, che ai cosiddetti disturbi maggiori, sia stato identificato, è importante poter avere l'accesso a quelli che sono i trattamenti: innanzitutto la psicoterapia che può essere individuale, gruppale o familiare, interventi sulla famiglia e sui genitori, preferibilmente separati rispetto a quello dell'adolescente, nei casi più gravi è possibile accedere alla riabilitazione psicosociale, o che vi sia necessità di una ospedalizzazione anche breve, in reparti di medicina o talvolta i reparti di psichiatria, ed anche la farmacoterapia che però è un argomento molto delicato e che non tratterò in questa relazione.

In conclusione voglio citare quelli che sono i dati dell' OMS (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) i quali rilevano che la depressione negli adolescenti un fenomeno importante rischioso ed in aumento. E' importante precisare rispetto all'aumento dei cosiddetti disturbi depressivi negli adolescenti, oltre ad un dato

oggettivo legato ai mutamenti sociali e della struttura della famiglia, almeno in Europa e nel mondo cosiddetto occidentale, oggi anche una maggiore sensibilità nei confronti di questo tipo di problemi, che in realtà sono particolarmente gravi e diffusi anche nei paesi e nelle nazioni del cosiddetto terzo mondo, dove vi sono elementi fortemente aggravanti rispetto problema quali il sottosviluppo, povertà, le guerre, le migrazioni forzate, l' esilio, l'essere di profugo e l'orfanità (ovvero il rimanere orfani) che in alcuni paesi, come da studio OMS nei paesi della ex Unione Sovietica, è diventato un vero e proprio problema sociale.

Il messaggio che vogliamo inviare è che si può intervenire e lo si può fare anche tempestivamente, intensificando la rete intorno ai ragazzi, la famiglia, la scuola, le agenzie di socializzazione, i medici di base, gli specialisti, gli operatori del sociale, etc, ma e soprattutto ponendosi in una situazione di ascolto dei bisogni dei ragazzi, perché attraverso il parlare di sé e l' essere ascoltato si possono esprimere degli aspetti profondi di noi stessi che nell'adolescenza ancora in fieri, per definizione, ma che in realtà rimangono in fieri, anche se in modo diverso, per tutta la nostra vita, cambiando l'oggetto dell'interesse, mutando le motivazioni, ma in questo noi pensiamo all'individuo, alle persone, come esseri in divenire e quindi in continuo cambiamento ed evoluzione, attraverso fasi successive e diverse della nostra esistenza.