

La depressione nel bambino e nell'adolescente

Rubrica a cura di Angelo Spataro. Intervista di Massimo Soldateschi¹ a Gabriele Masi²

1. Pediatra di famiglia, ACP Toscana, Gruppo "salute mentale" dell'ACP; 2. Direttore della UOC di Psichiatria e Psicofarmacologia dell'IRCCS, Fondazione Stella Maris di Calambrone (Pisa)

Con quale frequenza si manifestano i disturbi depressivi nel bambino e nell'adolescente?

I disturbi depressivi possono coinvolgere circa l'1-2% dei bambini e il 4-6% degli adolescenti. In questi numeri rientrano la depressione lieve, la depressione di intensità moderata e la depressione grave.

Questi disturbi hanno una tendenza al miglioramento nella gran parte dei casi, in genere dopo diversi mesi, ma esiste anche il rischio di cronicizzazione con frequenti ricadute nel 40% dei casi entro 2 anni e fino al 70% dei casi entro 5 anni, soprattutto nelle forme più gravi. Probabilmente l'aumento delle depressioni infantili registrato in questi ultimi anni è legato a una maggiore sensibilità diagnostica delle forme più precoci e più lievi che un tempo passavano inosservate perché ritenute una variante della norma. La depressione lieve rappresenta un ostacolo in molte attività della vita sociale, scolastica e familiare, che vengono comunque svolte, anche se con sforzo. Nella depressione di intensità moderata una parte significativa delle attività della vita quotidiana non è possibile, mentre lo era prima dell'episodio depressivo. La depressione grave invece è caratterizzata da una paralisi pressoché totale delle capacità del bambino e dell'adolescente, associata a un intenso senso di sofferenza soggettiva.

Quali sono le più frequenti manifestazioni del disturbo depressivo nel bambino e nell'adolescente?

Un episodio depressivo è caratterizzato da un persistente abbassamento del tono dell'umore, con tristezza e tendenza al pianto, irritabilità, abbassamento della immagine di sé, sentimenti di vergogna, indegnità e colpa, perdita di speranza nel futuro, perdita di interesse o piacere in gran parte delle attività che precedentemente davano piacere, associato ad altri sintomi quali alterazioni dell'appetito e del sonno, calo di energia, difficoltà di memoria e concentrazione, ricorrenti pensieri di morte. Questi fenomeni, per essere significativi, devono essere di intensità e durata tali da determinare un evidente impatto

sul funzionamento sociale e scolastico, la cui intensità definisce i livelli di gravità di cui si parlava prima.

Quali sono i meccanismi che possono condurre alla depressione?

Fattori genetici definiscono una vulnerabilità di base, ma fattori ambientali modulano tale vulnerabilità. L'esposizione a eventi negativi favorisce lo sviluppo di un disturbo depressivo, ma l'effetto è tanto maggiore quanto maggiore è la vulnerabilità genetica, anche se eventi ambientali estremamente negativi, soprattutto se cronici, avranno un effetto devastante su tutti i bambini che ne sono vittima, senza una particolare predisposizione genetica.

Ogni fase della vita può rappresentare un periodo critico, anche se certamente l'ingresso in adolescenza, con il cambiamento delle caratteristiche fisiche, delle aspettative sociali, del rapporto tra i sessi e con il potenziamento delle capacità di introspezione rendono il bambino particolarmente sensibile a eventi esterni e in cui la vulnerabilità di base può esplicitarsi in modo più evidente e talvolta drammatico.

Quali sono i possibili eventi scatenanti?

Ogni condizione sfavorevole può costituire un elemento di rischio, soprattutto se si combina con una vulnerabilità genetica. Il peso di alcuni fattori è certamente influenzato dalle condizioni sociali e culturali di un dato momento storico. Per esempio il ruolo delle frustrazioni scolastiche è oggi maggiore rispetto al passato perché gran parte dei bambini e degli adolescenti vede nella scuola un percorso obbligato determinante per il loro futuro; un fallimento scolastico può essere visto quindi come un importante ostacolo che può compromettere l'avvenire. Allo stesso modo, in una civiltà dell'immagine, il ruolo dell'aspetto fisico è probabilmente aumentato rispetto al passato.

Come gestire la depressione?

Ovviamente la strategia terapeutica di tutte le forme depressive lievi, e in generale delle depressioni a esordio prima dell'ingresso in pubertà, è quella di gestire le

componenti ambientali (famiglia, scuola), di assicurare un supporto psicoeducativo adeguato e, se necessario, un sostegno psicoterapeutico entro le due-tre settimane dall'esordio dei sintomi. Nelle forme più gravi, soprattutto a esordio dopo la pubertà, è più spesso necessario, accanto a un intervento sull'ambiente di vita, anche un intervento psicoterapeutico individuale. Dovrebbe essere valutata l'efficacia di tale intervento almeno per tre mesi. Nelle forme a più elevata intensità, o nelle forme di intensità moderata che non abbiano risposto al trattamento psicoterapeutico, è opportuno valutare la possibilità di associare un trattamento farmacologico. Il farmaco che è stato più studiato e che offre maggiore sicurezza per le forme di depressione del bambino sopra gli 8 anni e dell'adolescente è la fluoxetina.

Quali sono i rischi maggiori del trattamento farmacologico?

Anche se è vero che la fluoxetina è un farmaco relativamente sicuro, esso può determinare, in particolare in soggetti predisposti, stati di eccitazione comportamentale. Inoltre si ritiene che possa favorire l'emergere di ideazioni suicidarie sotto i diciotto anni di età, anche se manca l'evidenza scientifica che il trattamento con gli antidepressivi SSRI, come la fluoxetina, sia collegato a tale rischio. Il rischio di suicidio infatti è insito in ogni disturbo depressivo grave, in particolare in adolescenza, e il modo migliore di prevenirlo è quello di curare al meglio la depressione con tutti gli strumenti a nostra disposizione. Se il timore del rischio di ideazione suicidaria ci portasse a non curare con i trattamenti farmacologici la depressione, certamente non adotteremo un comportamento eticamente corretto. Naturalmente nelle forme più gravi deve essere messa in atto una particolare cautela nel monitoraggio, e soprattutto in queste forme è necessario, ancor più che nelle altre, che l'intervento psicoterapeutico, l'intervento farmacologico e l'attenzione alle condizioni familiari e sociali siano tutti strettamente integrati sin dall'inizio.