

DEPRESSIONE

3- NOSOGRAFIA CLINICA E CICLO VITALE

N. Lalli © 1989 – 2006 sul Web

Ultima revisione: 30 maggio 2007

La nosografia della depressione, come delle altre psicopatologie, viene costruita empiricamente sulla base di criteri sindromici (vedi “La Diagnosi in Psichiatria” e “Diagnosi Psicodinamica”) descrittivi e prognostici, quindi su di una base metodologicamente clinica. Riporterò, in questa sede, alcune brevi nozioni che riguardano il concetto di sindrome e di metodologia nosografica.

La nosografia clinica comprende diversi sistemi derivanti da teorie diverse: da una nosografia clinico-descrittiva ad una psicodinamica, da una nosografia di tipo categoriale ad una di tipo dimensionale, etc. Non è possibile enumerare i vari sistemi nosografici e pertanto evidenzierò solo quelli più conosciuti ed accreditati come:

- 1- ICD 10 : Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali. Pubblicato dalla World Health Organization nel 1992 e tradotto in Italia dalla Casa Editrice Masson, Milano 1992
- 2- DSM IV: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Fourth Edition, 1994, edito in Italia dalla Casa Editrice Masson, Milano, 1996
- 3- SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE: tratto da Nicola Lalli, Manuale di Psichiatria e Psicoterapia, Liguori, Napoli, 1989, seconda edizione 1999 - 2001 - 2003

INDICAZIONI PER LA COMPrensIONE DEL SISTEMA NOSOGRAFICO

Il sistema da me utilizzato e che verrà in seguito esposto, si basa su criteri clinici e psicodinamici ed è di tipo categoriale, ovvero i quadri clinici sono considerati tra di loro differenti. Inoltre:

1) I quadri psicopatologici descritti sono costituiti non solo da un complesso di sintomi correlati in maniera statisticamente significativa, ma anche comprensibili e prevedibili sulla base di una teoria psicogenetica.

2) Il sistema nosografico è di tipo categoriale e multiassiale. All'interno delle singole categorie è invece accettabile pensare ad una possibilità dimensionale. Concretamente, mentre è comprensibile che un nevrotico isterico abbia sintomi fobici o possa sviluppare una fobia, più difficile è comprendere il passaggio da una nevrosi ad una psicosi. In questi casi è da ritenere che i sintomi meno gravi, manifestati in prima istanza, sono una copertura di disturbi più gravi, ma non ancora evidenti. Sul piano diagnostico vale il principio di gerarchia: ovverosia che il sintomo più grave e più duraturo è quello che determina la diagnosi. Quindi, ferma restando la specificità delle categorie, bisogna ritenere che passaggi da una categoria all'altra siano da attribuirsi ad interventi terapeutici se avvengono nel corso di una psicoterapia.

3) Le diverse categorie nosografiche presentano specifiche caratteristiche che possiamo equiparare a disturbi patognomonicamente, per esempio, mentre nelle psiconevrosi è sempre presente una situazione conflittuale, nelle psicosi è presente una rottura con la realtà ed una disgregazione della struttura caratteriale.

4) Le sindromi sono ordinate secondo un criterio ben preciso, che mostra una chiara vettorialità: dai disturbi più reversibili (nevrosi) a quelli non reversibili (demenze); da quelli sicuramente su base psicologica (nevrosi) a quelli con probabile base biologica (psicosi) a quelli con sicura base biologica (disturbi psichiatrici secondari); da disturbi che presentano un valido rapporto con la realtà (nevrosi, disturbi psicosomatici) a disturbi ove il rapporto con la realtà è alterato (psicosi) o deteriorato (demenze).

5) In questa vettorialità non sempre trova una sua precisa collocazione il fattore acuto-cronico che può essere presente nelle varie categorie; d'altra parte sappiamo, anche dalla Medicina, che il parametro acuto-cronico pur essendo un fattore discriminante in senso prognostico, purtroppo è un fattore che può desumersi a posteriori. Anche in Psichiatria possiamo parlare di disturbi acuti o cronici: ma questo fattore può appartenere a tutte le categorie nosografiche. Comunque, poiché il fattore acuto si unisce spesso al concetto di reazione, ho ritenuto opportuno riproporre la dizione di disturbi reattivi che hanno una duplice connotazione: brevità e benignità del decorso ed importanza dei fattori esterni nel determinare il disturbo.

Inoltre la nosografia (N. Lalli, 1989, 1999 ©) dovrebbe essere concepita tenendo presente che ogni evento psicopatologico deve essere messo in relazione al momento del ciclo vitale come si

evidenzia dallo schema seguente. Infatti le sindromi e il ciclo vitale -posti su due assi- rendono più completa la lettura della psicopatologia:



La conseguenza immediata di questa posizione è che si può utilizzare il termine generico di “depressione”, ma questa va differenziata non solo per le diverse espressioni sintomatologiche, ma anche per i momenti del ciclo vitale durante i quali si manifesta.

Esaminiamo ora la nosografia da me proposta.

A) Disturbi dell'infanzia

Dal momento che i disturbi dell'infanzia non vengono mai contemplati nei vari Trattati di Psicopatologia o di Psichiatria, perché confinati in una disciplina certamente affine, come la Neuropsichiatria Infantile, si crea uno *iatus* che non è assolutamente utile allo studio della psicopatologia in genere e della depressione in particolare. Come vedremo infatti, lo studio e la comprensione della depressione in età infantile, ci aiuterà a comprendere meglio i motivi dell'insorgenza di stati depressivi nell'adulto.

Consideriamo come infanzia il periodo che va da 0 a 10 anni. I disturbi più frequenti sono:

1. disturbi della regolazione (del sonno, dell'accrescimento e alimentari etc.)
2. disturbi di tipo ansioso o depressivo
3. disturbi specifici come l'autismo
4. disturbi da deficit di attenzione
5. disturbi dell'apprendimento e della comunicazione

Tengo a sottolineare che nella genesi di questi disturbi spesso è determinante il contesto familiare che pertanto va accuratamente studiato e sul quale spesso è più utile intervenire per

modificare la sintomatologia del bambino. Comunque questo tema verrà ampiamente trattato alla fine di questo capitolo.

B) Reazioni

- Reazioni nevrotiche acute (R.N.A.)
- Reazioni psicogene acute (R.P.A.)
- Reazioni organiche acute (R.O.A.)

Il concetto di reazione è caratterizzato da due parametri: brevità e benignità dell'episodio, importanza dei fattori esterni nello scatenamento del disturbo. Le reazioni nevrotiche acute (R.N.A.) possono comparire in situazioni di stress manifestandosi come ansia libera oppure manifestarsi con aspetti depressivi di tipo distimico.

A volte invece caratteri psicopatologici più complessi e gravi, molto simili alle psicosi, possono costituire le R.P.A. (Reazioni Psicogene Acute) caratterizzate da un severo quadro psicopatologico con chiare manifestazioni di tipo psicotico, ma ad evoluzione benigna e rapida. Queste manifestazioni possono presentarsi anche con carattere fasico, ma comunque non tendono mai a strutturare uno stato delirante o un disturbo psicotico della personalità.

Le R.O.A. (Reazioni Organiche Acute) sono caratterizzate da disturbi delle funzioni mentali conseguenti a fattori tossici o traumatici e sono inserite nell'ambito dei disturbi psichiatrici su base organica.

Quindi il concetto di reazione, pur con aspetti diversi, attraversa tutta la classificazione.

Poi abbiamo le seguenti categorie che raggruppano più sindromi.

C) Disturbi del carattere su base conflittuale

- Psiconevrosi
- Patologia psicosomatica
- o disturbi psicosomatici

Essi sono caratterizzati da una formazione difensiva su base caratteriale che può esplicitarsi sia con una particolare struttura caratteriale specifica del circolo della bramosia o di quello dell'invidia, oppure con i sintomi classici delle psiconevrosi. Il rapporto con la realtà è soddisfacente: la struttura del carattere presenta una conflittualità evidente.

D) Disturbi strutturali del carattere

{
Sindrome borderline e disturbi di personalità
Perversioni o parafilie
Personalità psicopatica

In questi casi è deficitaria la struttura del carattere: è presente una identità parziale e diffusa, il rapporto con la realtà è abbastanza disturbato, soprattutto nell'ambito delle relazioni affettive.

E) Disturbi conflittuali e/o strutturali del carattere con dipendenza da sostanze tossiche

{
Alcolismo cronico
Tossicomanie

L'alcolismo e la tossicomania possono svilupparsi a partire sia da una personalità con disturbi conflittuali, ed in questo caso in genere la prognosi è migliore, o in soggetti con disturbi strutturali che presentano una prognosi più grave.

In alcuni casi il progredire dell'intossicazione cronica può comportare ulteriori disturbi come il delirium tremens o il delirio di gelosia.

Comunque l'alterazione organica tende non solo a peggiorare la situazione psicopatologica iniziale, ma anche a rendere il quadro clinico sempre più uniforme e stereotipato.

F) Disturbi Psicotici

- Depressione maggiore
- Mania
- Psicosi maniaco-depressiva
- Paranoia
- Schizofrenia
- Parafrenia

Questa categoria è caratterizzata, pur nelle notevoli variazioni, da alcuni sintomi fondamentali. C'è una rottura con la realtà e una trasformazione della realtà che compromette la conoscenza ed il rapporto con la realtà. È probabile che ci sia una base biologica come concausa del disturbo psichiatrico. C'è inoltre una disintegrazione, cronica e stabile, della struttura del carattere.

G) Disturbi psichiatrici secondari ad alterazioni organiche

- Disturbi confusionali
- Demenze
- Depressione secondaria e depressione involutiva
- Disturbi psichiatrici in epilettici
- Disturbi secondari a malattie organiche

In questi casi c'è sempre una base organica che determina l'insorgenza ed il mantenimento del disturbo. Questo disturbo può essere in alcuni casi (demenze primarie) irreversibile. E' presente una grave alterazione del rapporto con la realtà e spesso un deterioramento delle principali funzioni mentali.

Come si può evidenziare dallo schema precedente, la voce "depressione" si ritrova in vari ambiti: reazioni, psiconevrosi, psicosi. A questo punto è possibile considerare la depressione in maniera unitaria, pur tenendo sempre presente che le varie forme sono distinte tra di loro.

LA DEPRESSIONE

PRIMARIA

SECONDARIA

CARATTERE DEPRESSIVO



1 DEPRESSIONE REATTIVA

1 DISTURBI NEUROLOGICI

2 DEPRESSIONE NEVROTICA (DISTIMIA)

2 DISTURBI ENDOCRINI

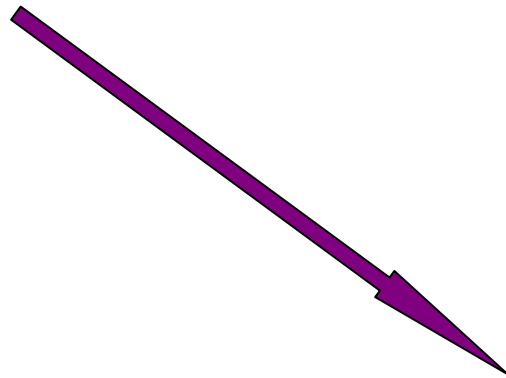
3 DEPRESSIONE MAGGIORE

3 FARMACI

4 DEPRESSIONE MASCHERATA

5 DEPRESSIONE INVOLUTIVA

5 DEPRESSIONE ESISTENZIALE



- a) SOFFERENZA PSICHICA
- b) RIDUZIONE AUTOSTIMA
- c) VISSUTO DI INDEGNITA'
- d) PESSIMISMO
- e) VISSUTO DI INUTILITA'
- f) SENSI DI COLPA – DELIRIO
(DI COLPA, DI ROVINA, IPOCONDRIACO)
- g) DISTURBO DEL VISSUTO TEMPORALE
- h) ABULIA, APATIA

- a) RALLENTAMENTO PSICOMOTORIO
- b) ASTENIA
- c) ANORESSIA, DIMAGRIMENTO
- d) STIPSI
- e) INSONNIA
- f) CEFALEA
- g) DISFORIA

Da questo grafico si possono trarre alcune considerazioni fondamentali per la comprensione della depressione. Come si vede, viene evidenziata una *depressione primaria* ed una *secondaria*: il che significa che esistono sintomatologie diverse, attribuibili ad eziopatogenesi diverse.

In quella primaria sono presenti sintomi psichici e somatici, mentre in quella secondaria sono presenti, quasi esclusivamente, sintomi somatici. Unica eccezione (nella clinica, come nella vita, esiste sempre una qualche eccezione) è la depressione mascherata che, pur facendo parte della depressione primaria, si esprime prevalentemente con un linguaggio somatico.

Inoltre la depressione primaria si manifesta a partire da un carattere depressivo che presenta peculiarità caratteristiche come si può evincere dal successivo schema. Intendo per carattere la struttura complessiva e stabile dell'apparato psichico che tende a definirsi intorno a 8-10 anni.

Il carattere può essere sano-normale oppure patologico.

Esistono diverse forme di carattere patologico: uno di questi è il carattere depressivo.

CARATTERE DEPRESSIVO

- a) scarsa autostima;
- b) bisogno di un oggetto o di una situazione idealizzata, alla quale crede di dare amore ma da cui in verità dipende per mantenere ad un livello accettabile la propria autostima;
- c) ambivalenza marcata verso questo oggetto;
- d) angoscia per la possibile perdita dell'oggetto idealizzato, che vuol dire timore della perdita della propria autostima.

A partire dal carattere depressivo si possono manifestare le varie sintomatologie della depressione primaria.

DEPRESSIONE PRIMARIA

1. **DEPRESSIONE REATTIVA**
2. **DEPRESSIONE NEVROTICA (DISTIMIA)**
3. **DEPRESSIONE MAGGIORE MONOPOLARE**
4. **DEPRESSIONE MASCHERATA**
5. **DEPRESSIONE ESISTENZIALE**

A partire dal carattere depressivo, vari eventi psicologici e forse in parte biologici, come nella depressione maggiore, possono determinare sintomatologie diverse e con diverso grado di gravità.

La depressione secondaria origina invece da situazioni che sono sempre riconducibili ad un problema biologico: come le malattie neurologiche, quelle endocrine, quelle conseguenti ad uso di particolari farmaci, etc. e queste patologie richiedono sempre una terapia specifica, se ad esempio uno stato depressivo è causato da ipotiroidismo è evidente che la cura consiste nella somministrazione di tiroxina o comunque nel riequilibrare le funzioni tiroidee.

DEPRESSIONE SECONDARIA

1. **DEPRESSIONE REATTIVA A PATOLOGIE ORGANICHE**
2. **DEPRESSIONE COCOMITANTE A PATOLOGIE NEUROLOGICHE O MEDICHE**
 - A) **DIABETE**
 - B) **IPOTIROIDISMO**
 - C) **ACROMEGALIA**
 - D) **SCLEROSI MULTIPLA**
 - E) **MORBO DI PARKINSON**
 - F) **COREA DI HUNTINGTON**
 - G) **TUMORI DEL PANCREAS O DEL POLMONE**
3. **DEPRESSIONE IATROGENA: RESERPINA, STEROIDI, BETA-BLOCCANTI**
4. **DEPRESSIONE INVOLUTIVA**
5. **DEPRESSIONE SECONDARIA AD ALTRE PATOLOGIE PSICHIATRICHE**
6. **DEPRESSIONE NELLA PSICOSI MANIACO-DEPRESSIVA**

Mi limito solo ad una elencazione delle varie sindromi, dal momento che il discorso sulla sintomatologia sarà ripreso successivamente, ed in maniera approfondita, nel capitolo “Depressione: la Clinica”.

Mi sembra necessario ancora una volta sottolineare in questa sede due fatti fondamentali.

Il primo è tener presente l'importanza di distinguere la depressione primaria da quella secondaria, come due forme molto diverse non solo per l'eziopatogenesi, ma anche per il diverso intervento terapeutico.

Il secondo è che qualsiasi psicopatologia deve essere sempre considerata e collegata alla specifica tappa dello sviluppo psichico e quindi del ciclo vitale: pertanto considerare la depressione collegandola al ciclo vitale, è fondamentale non solo per comprendere alcuni peculiari aspetti sintomatologici, ma anche per meglio comprendere i possibili meccanismi eziologici.

Dopo aver mostrato la suddivisione delle varie fasi del ciclo vitale, così come viene accettata da quasi tutti gli autori, passerò a fornire qualche breve cenno sulle modalità dello sviluppo psichico.

Come si può notare dallo schema, manca il periodo della pubertà che può essere compreso tra i 10 e i 14 anni: tale mancanza è dovuta principalmente al fatto che l'età puberale può variare, a seconda del sesso, dell'etnia etc. di qualche anno. Inoltre molti autori considerano pubertà e adolescenza come una unica fase. Bisogna considerare che l'età dell'adolescenza, per motivi sociali e culturali, si è sempre più protratta in questi ultimi decenni nel mondo occidentale: comunque l'OMS ha spostato a 27 anni il termine della fase dell'adolescenza. Sicuramente questa distinzione è convenzionale, ma corrisponde ad una realtà soprattutto psico-sociale.

FASI DEL CICLO VITALE

INFANZIA	ADOLESCENZA	ETA' ADULTA	TERZA ETA'	QUARTA ETA'
0-10 anni	14-28 anni	30-50 anni	50-70 anni	70 e oltre

A questo punto, proprio tenendo conto di questo schema, mi sembra necessario, in maniera sintetica, proporre alcuni elementi circa lo sviluppo psichico per poi applicare quanto apprenderemo, al problema della depressione.

Per maggiori approfondimenti sulla dinamica dello sviluppo psichico rimando a “Teorie dello Sviluppo Psichico” e “Teoria Psicodinamica dello Sviluppo Psichico: il Modello Complementare” presenti su questo sito.

In questi lavori, risalenti al 1985-89, risulta chiaramente che l'impostazione psicodinamica non solo tiene presente i fattori pulsionali-biologici e quelli relazionali per la comprensione della psicopatologia, ma anche l'importanza delle varie fasi dello sviluppo come momenti centrali sia per una crescita normale che per una strutturazione patologica.

Nel corso dello sviluppo il bambino attraversa una serie di crisi, che rappresentano momenti ove viene messa in discussione la struttura e la modalità relazionale di quella specifica fase, per una situazione maturativa e più evoluta. Queste fasi, denominate *crisi*, si svolgono dalla nascita fino all'adolescenza che viene considerata come ultima e fondamentale crisi, che se ben riuscita dovrebbe portare al conseguimento di una identità specifica.

Le crisi, tappe fondamentali dello sviluppo, sono innescate dalla progressiva maturazione biologica del bambino che sviluppa nuove potenzialità e capacità, rendendo anacronistiche quelle precedenti e sono favorite da un ambiente familiare e sociale che offra sostegno nel raggiungimento degli obiettivi evolutivi.

Le tappe di sviluppo fondamentali, dopo quella della nascita sono:

- a) *Riconoscimento dell'oggetto come unico*: ovverosia il passaggio del rapporto da un oggetto parziale ad uno totale. E' in questa fase che compare l'angoscia per la perdita dell'oggetto (6-8 mesi).
- b) *Svezzamento*: Questa fase corrisponde non tanto ad un fatto materiale, quanto piuttosto al passaggio da una fase di totale dipendenza ad una di maggiore autonomia, favorita anche dalla maggiore capacità espressiva verbale legata all'acquisizione delle prime forme di linguaggio (8-10 mesi).
- c) *Fase esplorativa*: è la capacità di movimento, di deambulazione che permette al bambino di allontanarsi attivamente dall'oggetto, ma di poterne però individuare la presenza, mediante il richiamo e l'ascolto (12-18 mesi).
- d) *Individuazione*: il bambino comincia a distinguere nettamente l'io dal non-io e soprattutto comincia ad esprimersi in prima persona, usando il pronome io, e a riconoscere l'immagine di se stesso allo specchio come propria (18-24 mesi).
- e) *Conoscenza del diverso*: il bambino scopre di essere fisicamente e poi psichicamente diverso. E' una crisi fondamentale per lo sviluppo e l'identità psichica e sessuale (2-3 anni).
- f) *Incontro con l'esterno*: conoscenza di una nuova realtà, quella sociale e quindi accettazione di un mondo diverso da quello familiare (3-5 anni).

Questi anni sono sicuramente importanti e fondamentali per la struttura del carattere: è ovvio che la possibilità di un'ulteriore crescita e di cambiamento rimane sempre aperta e possibile. Però dobbiamo ritenere che le strutture basilari, normali o patologiche, nell'arco di questi anni sono formate.

Dai 6-7 anni in poi possiamo ritenere in linea di massima, che non ci siano più crisi fondamentali bensì una fase di quiescenza che permette al bambino l'acquisizione e l'apprendimento di sempre più complesse strutture conoscitive e di nuove capacità. E' questa la fase dello sviluppo delle competenze sociali, delle capacità relazionali, l'apprendimento di categorie logiche sempre più complesse, l'acquisizione dei valori e degli ideali. E' ovvio che questo processo è tanto più facilitato quanto più ci troviamo di fronte ad una precedente struttura di un carattere normale.

g) *Pubertà*: intorno ai 10-14 anni si presenta l'inizio dell'ultima fondamentale crisi che è l'adolescenza. La modificazione somatica più o meno rapida rimette in discussione le strutture psicologiche precedentemente consolidate. Preferisco considerare la pubertà

come una fase assestante.

h) *Adolescenza*: dopo la pubertà seguirà quella delicata fase che è l'adolescenza (vedi sul sito "Adolescenza: crisi fisiologica o patologica?") che con l'assunzione di una identità sessuale rappresenta anche la fine dei grandi cambiamenti psicologici e l'apertura completa verso la vita come avventura autonoma e irripetibile.

Le crisi comunque non debbono essere considerate come un momento puntiforme, ma come una fase che può essere più o meno lunga: comunque è una fase che (come l'etimologia indica) implica una scelta: scelta tra la sicurezza della situazione attuale e l'avventura verso una situazione nuova e quindi sconosciuta.

Le crisi rappresentano quindi momenti decisivi perché implicano una scelta, sulla quale influiranno vari fattori:

- a) *Situazione complessiva di sviluppo psichico*: le crisi quindi non sono legate a particolari e parziali zone erogene, ma alla intera organizzazione psichica del bambino;
- b) *Acquisizione di nuove capacità*, collegate alla maturazione biologica del bambino.
- c) *Importanza e significatività dell'A.S.* sulla possibilità o meno di affrontare le crisi. Per esempio l'insorgenza di specifiche e non risolte conflittualità dell'A.S. possono paralizzare l'evoluzione del bambino. Come esperienza paradigmatica potrei riportare l'esperienza dell'asilo, ove se l'ansia del bambino di allontanarsi da un ambiente protettivo si unisce alle angosce di abbandono da parte dell'A.S., l'insieme può rendere al bambino difficile o impossibile superare la crisi.

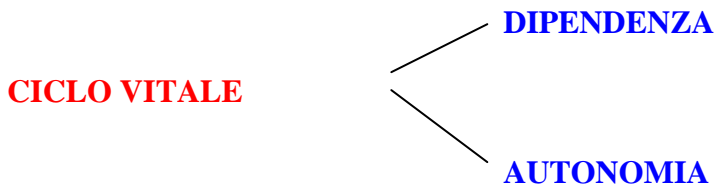
Quindi la crisi, va concettualizzata come momento ove convergono le dinamiche relazionali e i precedenti stadi di sviluppo del bambino.

E per i primi anni è evidente l'importanza dell'A.S., sull'evoluzione del bambino.

Ripropongo in uno schema ed in maniera più dettagliata quali sono i vari eventi critici (crisi) che caratterizzano le diverse fasi di sviluppo. Come si può evidenziare, essi sono strettamente collegati alla crescita biologica, ma sono ovviamente favoriti o ritardati, o in alcuni casi addirittura impediti, dall'ambiente in cui il bambino vive. E' ovvio che questa vulnerabilità è tanto maggiore quanto minore è l'età del bambino.

SVILUPPO PER CRISI	NASCITA SVEZZAMENTO LINGUAGGIO DEAMBULAZIONE CONTROLLO SFINTERI RICONOSCIMENTO DIFFERENZE SOCIALIZZAZIONE LATENZA PUBERTA' ADOLESCENZA
-----------------------------------	---

Il ciclo vitale oscilla tra la dipendenza (che è massima nei primi anni di vita) e l'autonomia che dovrebbe iniziare con la fase dello svincolo.



Ho riportato brevemente le principali crisi di sviluppo che rappresentano momenti fondamentali sia per lo sviluppo normale che patologico. Successivamente utilizzeremo questo schema per una più approfondita comprensione della depressione. Mi sembra utile aggiungere a questo mio schema quello proposto da E. H. Erikson, sicuramente più completo e complesso.

Schema 1

ETÀ - ANNI	QUALITÀ DELL'IO	PERSONE	FUNZIONI FONDAMENTALI	ATTIVITÀ E PROBLEMI SPECIFICI
0-1 Infanzia	Fiducia Sfiducia	Madre	Ricevere Dare	Fiducia basata sull'esperienza e sulla prevedibilità del mondo. Fiducia di poter influenzare gli eventi.
2-3 Fanciullezza	Autonomia Dubbio- vergogna	Genitori Famiglia	Trattenere Lasciare	Deambulazione, verbalizzazione, controllo sfinteri. Nasce il senso di autonomia. Se frustrato o deriso nasce la vergogna e il dubbio.
4-5 Fase del gioco	Iniziativa Senso di colpa	Famiglia Asilo Coetanei	Fare (eseguire) Fare come (gioco)	Comincia la conquista del mondo: a volte con irruenza. Se questa iniziativa viene bloccata il bambino potrebbe provare sensi di colpa.
6-12 Fase scolarità	Industriosità Senso di inferiorità	Compagni di classe Amici	Fare delle cose insieme	Inizio della scolarità, necessità di ottenere l'approvazione da parte di estranei. Inizia ad imparare a leggere, a scrivere. inizia la competitività. Se queste iniziative vengono bloccate nasce il senso di inferiorità.
13-18 Adolescenza	Identità Confusione di ruoli	Gruppo di coetanei e persone esterne alla famiglia	Essere se stessi	Adolescenza: maturazione sessuale e problema dell'identità sessuale. Senso dell'imitazione. Ricerca della propria identità attraverso l'identificazione con personaggi famosi. Può nascere una confusione di ruoli.
19-25 Giovane adulto	Intimità Isolamento	Partners Amicizie	Trovare se stessi in un'altra persona	Raggiunta l'identità, il giovane desidera confrontarla con altre persone. Inizia il desiderio di intimità affettiva. Se l'identità non è stata raggiunta, invece dell'intimità si sviluppa la tendenza all'isolamento.
26-40 Età adulta	Generatività Stagnazione	Lavoro Formazione di famiglia	Solidarietà Far essere Prendersi cura	E' l'età matura l'individuo ormai adulto sente la necessità di generare, di creare, sia nel lavoro e sia nella famiglia. L'individuo che non riesce si sente vuoto e svuotato. La vita diventa una lunga attesa della vecchiaia e della morte.
> 40 Età matura	Integrità dell'Io Disperazione	L'umanità e la specie	Essere ancora Essere stato	Ormai gran parte della vita è trascorsa. L'uomo è quello che è stato o quello che ha fatto. Altrimenti c'è la disperazione ed il rimpianto.

Questo schema di Erikson del 1950 indica le varie tappe evolutive collegando l'età e le persone significative, con le qualità dell'Io e le funzioni fondamentali ed indicando infine quali sono gli aspetti positivi e negativi dello sviluppo. Per maggiore chiarezza propongo un ulteriore schema ove gli stadi evolutivi di Erikson vengono fatti corrispondere alle soluzioni adattive o a quelle regressive che possono essere indizio di una manifestazione o di una tendenza depressiva.

Schema 2

Stadi evolutivi di Erikson	Soluzioni adattive	Soluzioni regressive
I. Fiducia versus sfiducia (0-1)	Iniziativa e speranza	Energia, apatia e paura
II. Autonomia versus vergogna e incertezza (2-3)	Autocontrollo e forza di volontà	Dipendenza e sensazione di non poter ricevere aiuto
III. Spirito di iniziativa versus senso di colpa (4-5)	Porsi degli obiettivi, avere degli scopi	Incapacità di agire, paura e sensi di colpa
IV. Operosità versus senso di incapacità (6-12)	Metodo e competenza	Incompetenza e senso di incapacità
V. Identità versus confusione di ruolo (13-18)	Dedizione e lealtà	Disgregazione e confusione
VI. Intimità versus isolamento (19-25)	Affiliazione e amore	Isolamento e sensazione di non poter essere amati
VII. Creatività versus immobilismo (26-40)	Produttività e capacità di prendersi cura	Senso di vuoto e apatia
VIII. Integrità dell'Io versus disperazione (sopra i 40)	Rinuncia e saggezza	Sensazione di essere privi di significato e disperazione

Per comprendere il significato di questa tabella, bisogna tener presenti alcuni particolari.

In primo luogo si può notare una discordanza tra il mio schema e quello di Erikson in merito alla differenza delle età rispetto ad alcuni momenti fondamentali del ciclo vitale: ad esempio mentre l'Autore colloca l'adolescenza tra i 13 e i 18 anni (vedi Schema1), io colloco l'adolescenza tra i 14 e i 28 anni. Questa discrepanza è indice, non di una differenza teorica, bensì del fatto che lo schema di Erikson, scritto nel 1950, si riferisce ad una fase storica e culturale ove il periodo dell'adolescenza era più ridotto.

In secondo luogo nella parte colorata dello Schema 2, compaiono due periodi della vita che sono estremamente importanti per comprendere, come vedremo successivamente, la depressione esistenziale. Infatti in questa forma di depressione prevarranno il senso di vuoto e di apatia, l'essere privi di significato e la disperazione che Erikson designa come soluzioni regressive di questi due momenti specifici del ciclo vitale.

Questi due Schemi ci dimostrano da una parte l'importanza delle varie tappe evolutive e delle possibilità adattive, dall'altra i possibili fallimenti: fallimenti che in alcuni casi possono esprimersi con la sintomatologia clinica della depressione.

Dal momento che tratterò successivamente la clinica delle varie forme depressive, mi sembra utile soffermarmi sulla depressione dei primi dieci anni di vita. Da una parte perché è un capitolo poco conosciuto, dall'altra perché ci permette di evidenziare che in questo periodo iniziale e fondamentale dello sviluppo, eventi traumatici relazionali o *life events* negativi, possono, data la particolare fragilità di una struttura psichica, creare le premesse per la formazione di quel carattere depressivo che come dicevo prima è alla base della depressione primaria.

Ultima revisione: 30 maggio 2007