

# DEPRESSIONE

## 4-DEPRESSIONE NELLA INFANZIA

N. Lalli – S. Ingretolli © 2006

Ultima revisione: 30 maggio 2007

Nel bambino la depressione può assumere una sintomatologia proteiforme e non sempre facilmente identificabile.

I sintomi più comuni comunque riguardano la psicomotricità sia in eccesso, sia – nella maggior parte dei casi- in difetto (rallentamento psicomotorio), i disturbi dell'alimentazione, del sonno, del comportamento, che può esprimersi con una tendenza al ritiro o con una facile irritabilità.

L'espressività sintomatologica depressiva cambia rispetto a varie fasi dell'età infantile.

Nel primo anno di vita i sintomi più frequenti sono: apatia, ipersonnia, ritardo dello sviluppo, disturbo dell'alimentazione fino ad un rifiuto ostinato con conseguenti arresto della crescita, ipomobilità, deficit a carico dell'attenzione e delle capacità percettive.

Molto spesso queste manifestazioni sono collegate ad una depressione più o meno grave da parte della madre che non è in grado di gestire il bambino: depressione che può essere legata ad un lutto recente (morte di un genitore), oppure all'emergenza di una fase depressiva conseguente al parto e alla fatica dell'allevamento del neonato oppure per una forte ambivalenza nei confronti del bambino. Meno frequente può essere una reale assenza della figura materna (morte o malattia grave o abbandono del bambino); in questi casi se non ci sono sostituti validi, l'assenza della madre può provocare manifestazioni depressive molto evidenti nel bambino.

In epoca successiva, in genere fino ai cinque anni di età circa, il quadro depressivo si connota per una regressione più o meno marcata che incide sulla sfera cognitiva, sulle abilità motorie, fino a giungere ad una parziale perdita delle capacità acquisite. Il linguaggio inizia con molto ritardo, spesso sono frequenti disturbi tipo balbuzie. Sono presenti disturbi dell'alimentazione, alterazioni del ritmo sonno-veglia (con sonnolenza diurna e insonnia notturna), ritualizzazioni varie e atteggiamenti compulsivi: spesso sono presenti movimenti ticcosi che a volte tendono a regredire spontaneamente. Molto evidente è la diminuzione dell'attività ludica e la scarsa voglia di esplorare e di ricercare: compaiono angosce molto forti che sovente sono collegate a pensieri inerenti la morte. In questa situazione regressiva, ovviamente il bambino manifesta un aumento della dipendenza dalle figure genitoriali, a volte con comportamenti chiaramente fobici, a volte invece con disturbi psicosomatici che possono essere anche molto invalidanti.

Successivamente dai 5-6 ai 10 anni, un andamento deficitario del rendimento scolastico può rappresentare un indicatore precoce ed attendibile di una possibile forma depressiva.

Una scarsa prestazione, per mancanza di concentrazione e di interesse, un chiaro conflitto o rifiuto verso la scuola, un comportamento interpersonale dominato dall'introversione, dalla passività relazionale, da vissuti di inferiorità e paura del giudizio negativo degli altri, un senso di vergogna eccessivo, sono tutti segni clinici che testimoniano la presenza di una sintomatologia depressiva soprattutto se si presentano come variazione di una precedente situazione più o meno ai limiti della norma.

Si evidenziano anche sintomi come una tristezza pervasiva, una mancanza di piacevolezza (anedonia), una eccessiva autocritica ed autosvalutazione, fino ad arrivare a veri e propri sensi di colpa.

Il bambino depresso si mostra impacciato e goffo, manifesta rallentamento psicomotorio, ansietà nelle situazioni sociali, rigidità psicocomportamentale, eccessiva vergogna nei rapporti con i coetanei, soprattutto se di sesso opposto, con un restringimento del campo amicale, note ossessive verso il proprio corpo e – nella tarda infanzia - imbarazzo nei confronti degli emergenti caratteri sessuali secondari.

Pertanto una simultanea presenza di problemi scolastici e sociali, uniti a disturbi neurofisiologici - come disturbi del sonno o dell'alimentazione- e psicosomatici –come cefalea, dolori addominali, gastralgie - sono un corredo sintomatologico frequentemente ascrivibile ad un quadro depressivo. Ovviamente questo è valido in assenza di motivi medici o in presenza di gravi situazioni familiari che comunque potrebbero, reattivamente, determinare uno stato di sofferenza ai limiti di una depressione.

Dopo il primo anno di vita i motivi più frequenti che inducono ad una depressione sono collegati o a eventi gravemente traumatici familiari come lutto, malattie gravi, difficoltà economiche che cambiano lo status della famiglia, oppure da una difficoltà da parte dell'adulto significativo ad accettare la progressiva crescita ed autonomia del bambino.

Una situazione tipica riguarda il controllo degli sfinteri che spesso spinge un adulto significativo, ambivalente, a volte sadico, a sottomettere il bambino a ritmi assolutamente innaturali. Bisogna ricordare che questo scontro avviene in una fase molto delicata dello sviluppo del bambino che corrisponde ai suoi primi tentativi di autonomia. Questo incontro tra la nascente autonomia del bambino che si esprime anche attraverso una gestione del proprio corpo, può scontrarsi duramente con una rigidità dell'adulto che ovviamente finisce per avere la meglio.

Inoltre angosce dell'adulto significativo di tipo abbandnico, possono attivarsi con le prime naturali separazioni dal bambino (asilo, scuola primaria): si crea così una collusione tra la naturale

paura del bambino ad affrontare nuove situazioni e ad abbandonare il clima familiare con l'angoscia dell'adulto.

Sempre in questo periodo una esasperata conflittualità della coppia genitoriale inevitabilmente aumenta le angosce e le incertezze del bambino, ed in questa situazione la nascita di un fratellino (che spesso ha una funzione pseudoterapeutica per una coppia in crisi) può ulteriormente incidere sul vissuto del bambino sia con un rifiuto verso il nuovo venuto sia con un aumento di proprie angosce abbandoniche.

Comunque un elemento meno vistoso, ma non per questo meno dannoso, è spesso legato ad un atteggiamento estremamente ipercritico da parte dei familiari verso i comportamenti del bambino, soprattutto se si manifesta durante il periodo di esplorazione e di ricerca quando il bambino inevitabilmente è portato ad essere imprudente, eccessivo o goffo.

Se questi comportamenti vengono sottolineati ed anche puniti, il bambino finirà con il sentirsi in colpa o più frequentemente ad avere vissuti di incapacità.

Nel periodo successivo - fino a 10 anni - il bambino attraversa una fase –cosiddetta di “latenza”- che se da una parte serve a consolidare tutte le acquisizioni precedenti, dall'altra lo porta ad impegnarsi nella socializzazione, nell'apprendimento, nella industriosità. Non infrequentemente queste esigenze del bambino, frutto della sua grande curiosità, possono essere frustrate da un ambiente negativo della scuola, tale da scoraggiare il bambino a viverla con piacere, a volte mostrando atteggiamenti francamente oppositivi. Molto spesso quello scontro nei confronti dell'autonomia che poteva essere stato già provato nei confronti dei genitori, può riattivarsi per la figura di un qualche docente che frustra le manifestazioni autonome, confondendole con manifestazioni di oppositività.

Mentre nei primi cinque anni il lutto riguarda prevalentemente la morte di una persona significativa nell'ambito familiare, successivamente esso può essere legato anche alla perdita di un ideale, di una sicurezza, di un legame con un coetaneo significativo: sono lutti simbolici, ma sappiamo che l'incapacità ad elaborare un lutto può essere il momento iniziale di una possibile depressione.

Ovviamente quando si tratta di un lutto inteso come perdita di una persona cara, è molto importante l'atteggiamento dell'ambiente che, se attento e supportivo, può favorire l'elaborazione del vissuto. In caso contrario, la perdita può portare ad una predisposizione all'insicurezza, all'attivazione di forti angosce che possono portare allo stabilizzarsi di uno “stile psicologico depressivo”.

Data l'importanza dell'argomento, ritengo utile riportare ulteriori dettagli che sono tratti da R. Infrasca *“Dall'infanzia alla depressione. Tragitto psicopatologico e intervento terapeutico”*- Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2002, a cui rimando per ulteriori approfondimenti.

L'Autore – condividendo il parere di molti altri studiosi- propone la suddivisione dell'infanzia in quattro periodi.

Il primo periodo va dalla nascita ai 12-14 mesi. In questo periodo ovviamente c'è un'assoluta dipendenza del bambino dall'adulto significativo e dall'ambiente in generale. Un'adeguata presenza e soddisfazione dei bisogni primari costituisce ed organizza il nucleo di quella “fiducia di base” che sarà fondamentale per il successivo sviluppo.

“...In questo periodo la soddisfazione dei bisogni infantili dipende esclusivamente dalla figura materna e ogni precarietà in questo versante –se sistematicamente reiterata- determina tracce di insicurezza e di ansia nel bambino. Le disattenzioni materne, qualora assumano una fisionomia non episodica, pongono il bambino in una condizione di totale impotenza nei confronti di tale realtà, prototipico e doloroso senso di impotenza che è ragionevole supporre non sarà dimenticato (Seligman, 1975)”.

Il secondo periodo da 1 ai 3 anni, è caratterizzato da importanti acquisizioni da parte del bambino: la deambulazione, il linguaggio, il riconoscimento della propria identità, l'attività esplorativa, l'acquisizione della memoria esplicita.

Inoltre il bambino tende ad acquisire, proprie per le raggiunte capacità, una sempre maggiore autonomia. Pertanto la figura della madre comincia a diversificarsi: da una madre che deve soddisfare tutti i bisogni del bambino, diventa sempre più una madre che deve essere in grado di far sviluppare queste capacità di autonomia, di facilitare l'acquisizione di una primaria identità che passa anche attraverso l'acquisizione di una capacità di pensiero sempre più articolata. Pertanto in questa fase, se la madre deve mantenere un atteggiamento di protezione, deve diventare anche figura di riferimento che indica o proibisce, ma comunque sorregge il cammino esplorativo del bambino, mantenendo con lui una giusta distanza. Essa deve essere attenta e vigile, ma non intrusiva.

“...la presenza di una sistematica precarietà materna nella gestione di questo periodo può quindi determinare danni consistenti nella personologia infantile. I tratti della madre che risultano negativamente implicati, possono essere rappresentati nella presenza di stabili sentimenti e / o sintomi depressivi unitamente ad una marcata ansietà, oppure nella sua oblatività (atteggiamento di completa dedizione alle esigenze e ai bisogni dell'altro che vengono privilegiati rispetto ai propri).

Inseriti nel modello relazionale proposto, i tratti materni descritti si trasformano da un lato in un condizionante atteggiamento di iperprotettività da parte della stessa (conseguente all'ansia),

dall'altra nella continua interpretazione negativa delle esperienze personali e della realtà (intra ed interpersonale) che tale situazione sollecita nel bambino, conseguente alla depressione materna.

Nella situazione delineata, in conseguenza dell'exasperata apprensività della madre, il bambino assorbe tale ansietà (identificazione con la figura materna) elaborando e rappresentando la realtà come angosciante e pericolosa.

Le dinamiche argomentate inducono nel bambino una sistematica perdita della sicurezza personale, fenomeno che sollecita sentimenti di demoralizzazione conseguenti all'impossibilità di vivere e sperimentare il mondo alla ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni, esigenze e aspettative. Tale condizione stimola vissuta di "perdita" e di impotenza ad intervenire sulla realtà nel tentativo di renderla oggettivamente appagante.

I sentimenti depressivi della madre diventano il filtro cognitivo attraverso il quale il bambino vive e valuta la realtà personale e ambientale, condizione che inserisce ulteriori sentimenti negativi nella costruzione dell'immagine di sé.

Non potendo essere manifestata alla figura materna (timore della sua ritorsione emotivo-affettiva), l'aggressività stimolata da tale situazione viene autodiretta verso la propria persona, dinamica che determina sensi di colpa (per l'aggressività provata verso la madre) e sentimenti di insicurezza ed inadeguatezza (per l'incapacità a manifestare i propri istinti e le proprie emozioni)".

Il terzo periodo che va dai 3 ai 5 anni, ripropone sostanzialmente le tematiche sopra descritte. Bisogna tener conto che in questo periodo quasi sempre diventa progressivamente rilevante l'inserimento della figura paterna ai fini di una corretta separazione dall'accudimento della figura materna per favorire un maggiore avvicinamento e rapporto con la realtà. Il tutto finirebbe con incidere sempre più sulla possibilità di una autonoma esperienza della realtà.

Nell'ultimo periodo –che si aggira tra i 6-7 e i 10 anni- anche se può essere un po' riduttivo, possiamo dire che in gran parte il futuro del bambino dipenderà da quanto è avvenuto nei periodi precedenti e pertanto esso servirà a stabilizzare le acquisizioni e le capacità, ma servirà anche a far sì che eventi esterni alle dinamiche familiari possano ridurre eventuali ritardi o danni prodotti nelle fasi precedenti.

La presenza di personaggi significativi e reali, ma anche di personaggi o situazioni apprese attraverso la lettura o la cinematografia, possono costituire fattori di protezione per il bambino.

Questa fase, definita di latenza, costituisce –nonostante la denominazione- una fase che può essere estremamente costruttiva e dinamica.

Comunque gli eventi che possono essere più gravemente compromettenti lo sviluppo del bambino e che riguardano l'ambito familiare, si possono ridurre fundamentalmente ai seguenti motivi:

- 1) Impossibilità di aver fiducia nelle figure parentali
- 2) Anaffettività dell'ambiente familiare
- 3) Scarsa/assente comunicazione tra genitori e bambino
- 4) Gravi conflitti nella coppia, manifesti e agiti
- 5) Separazione/divorzio dei genitori, soprattutto se avviene in una fase precoce dello sviluppo del bambino e soprattutto con modalità estremamente conflittuali tra i genitori
- 6) Imprevedibilità di comportamenti rabbiosi/aggressivi da parte dei genitori
- 7) Presenza di una psicopatologia manifesta nei genitori
- 8) Presenza di eventi della vita gravi e stressanti per i genitori e quindi di riflesso anche per il bambino. Tra questi segnalo, anche se non può essere considerato evento grave, il trasloco o il cambiamento di quartiere soprattutto se avviene nella fase di socializzazione del bambino.

La tappa successiva si identifica con la pubertà (per quanto riguarda la pubertà e l'adolescenza rimando su questo sito a "L'adolescenza: crisi psicologica o psicopatologica?"). La pubertà coincide con la più rapida e manifesta trasformazione corporea che proprio per questi elementi in genere risulta sempre più o meno spiacevole. E' ovvio che questa fase sarà tanto più facilmente affrontabile, quanto più le precedenti fasi si siano svolte in maniera normale e soddisfacente.

La pubertà comunque viene vissuta fundamentalmente come "disarmonia" che coinvolge, più o meno direttamente lo schema corporeo e che comporta anche la novità di una sessualità emergente.

In questa fase possono comparire disturbi depressivi che sono o slatentizzazioni di precedenti situazioni al limite, o possono essere invece legate alla specifica situazione del cambiamento puberale che viene vissuto come sgradevole e quindi viene rifiutato.

Sicuramente molti fattori scatenanti possono essere legati non più tanto all'ambiente familiare quanto a quello scolastico, sociale, culturale. Il preadolescente può sentirsi rifiutato, può viverci come diverso-negativo, può affrontare con difficoltà i nuovi impegni scolastici e sociali.

L'emergenza di stati depressivi, possibili ma non frequenti, si diversificano in base al genere: mentre il ragazzo vive il proprio malessere con comportamenti esternalizzanti, al limiti dell'acting out, la ragazza tende prevalentemente ad internalizzare.

Comunque i sintomi più frequenti sono il rallentamento psicomotorio, della ideazione, dell'espressione verbale, ed è soprattutto evidente un'alterata percezione del tempo che, riducendo le aspettative del futuro o rendendole negative, genera un senso di vuoto o di noia.

I disturbi somatici si presentano spesso sotto forma compensatoria, con iperfagia e ipersonnia.

Non infrequenti stati emotivi di pessimismo, tristezza, disperazione, che vanno attentamente ricercati, perché sono difficilmente espressi, anche per le difficoltà comunicative del preadolescente che non riesce a verbalizzare stati d'animo spiacevoli ma sconosciuti. Molto frequenti stati di astenia, di anedonia e soprattutto difficoltà o rifiuto degli impegni scolastici. Secondo alcuni autori, sarebbe caratteristica della depressione di questa fase, la cosiddetta "morosità", intesa come rifiuto di investire il mondo, vissuto di insignificanza e senso di vuoto permanente. Molto frequente, proprio rispetto a questo senso di vuoto, può esserci l'uso e l'abuso, specie nei ragazzi, di alcolici o di droghe che possono facilitare reazioni sia auto che eteroaggressive: sotto l'effetto di queste sostanze possono emergere comportamenti di tipo suicidario anche se in genere non c'è una specifica ideazione.

Quali sono dunque in ultima analisi i fattori che possono rendere i preadolescenti vulnerabili ad una depressione?

Secondo molti autori i principali fattori predisponenti, interconnessi tra loro, sono:

- 1) Difficoltà nel processo di individuazione e separazione dalle figure genitoriali
- 2) Rappresentazione negativa di se stesso e degli altri
- 3) Presenza di depressione nella famiglia di origine
- 4) Trascuratezza materna
- 5) Sentimento di eccessiva dipendenza dagli altri
- 6) Eccessiva autocritica accompagnata da senso di inadeguatezza.

Nel prossimo capitolo "Depressione: la Clinica", saranno descritti i quadri sintomatologici più frequenti e mi ricollegherò a questo capitolo parlando della fase successiva alla pubertà che è l'adolescenza, sia perché la depressione dell'adolescente somiglia sempre più a quella dell'adulto, sia perché la depressione rappresenta un rischio molto grave per l'estrema frequenza del suicidio, considerata la prima causa di morte nella fascia di età compresa tra i 14 e i 28 anni e pertanto l'argomento verrà trattato specificatamente nel capitolo "Depressione e suicidio".

Ultima revisione: 30 maggio 2007