

Depressione o depressività in adolescenza? *Depression or depressivity in adolescence?*

Maria Grazia Fusacchia

Psicologa – Psicoterapeuta Docente Supervisore iW Istituto Winnicott (ASNE-SIPsIA) Membro Ordinario SPI, Membro Ordinario SIPsIA

Parole chiave: depressione, depressività, adolescenza

RIASSUNTO

La questione delle depressioni in adolescenza costituisce una sfida per il clinico, e insieme un'urgenza di salute pubblica. Per poter formulare un'ipotesi clinica è necessario ponderare molteplici fattori: personali e relazionali. Invero, gli affetti depressivi sono ubiquitariamente presenti nel funzionamento psichico dell'adolescente, attraversato dall'esperienza della perdita e cimentato con la necessità di elaborare il lutto del corpo infantile e degli oggetti d'amore infantili. Tali trasformazioni comportano una fragilizzazione dell'Io che tende a far ricorso a manovre difensive primitive, dietro le quali si celano *depressioni mascherate*. Si tratta di adolescenti che lottano contro un rischio depressivo, contro una rappresentazione negativa di se stessi. Tali stati di dolore mentale si manifestano sotto forma di condotte agite, sintomi somatiformi o ancora, attraverso disturbi del comportamento. In questi casi non si tratta di riconoscere una depressione, bensì la lotta contro di essa, contro un sentimento di minaccia di depressione, percepita anche a livello consapevole. Due brevi vignette cliniche ci permettono di illustrare le peculiarità della clinica con gli adolescenti e l'importanza della psicoterapia individuale, con una frequenza intensiva. Questo setting costituisce uno spazio, fisico e psichico, in cui l'adolescente trova l'opportunità di dare voce e senso al suo dolore, alle sue angosce profonde ed alla sua sofferenza, ma rappresenta anche l'occasione per riconoscere le sue risorse creative e il suo potenziale. L'esperienza psicoterapeutica accompagna la crescita e la scoperta di sé. Giova alla ripresa del processo evolutivo interrotto un adeguato intervento di sensibilizzazione e di sostegno all'ambiente familiare e scolastico.

Autore per corrispondenza: mariagrazia.fusacchia@gmail.com

Key words: depression, depressivity, adolescence

SUMMARY

The depression in adolescence is a challenge for the clinician, along with an urgency for public health. In order to formulate a clinical hypothesis, it is therefore necessary to consider many factors: both personal and relational. Indeed, depressive affects are ubiquitously present in the psychic functioning of the teenager, crossed by the experience of loss and practiced with the need to process the mourning of the infant body and the childhood primary objects. Such transformations create a weakness of the ego that tends to resort to primitive defensive manoeuvres behind which masked depressions are hidden. It concerns adolescents struggling against a depressive risk, against a negative representation of themselves. These states of mental pain manifest themselves in the form of actuated behaviours, somatoform symptoms or even, through behavioural disorders. In these cases, it is not about recognizing a depression, but rather struggling against it, against a feeling of threat of depression, felt even at a conscious level. Two short clinical vignettes allow us to illustrate the peculiarities of the clinic with adolescents and the importance of individual psychotherapy, with an intensive frequency. This setting constitutes a space, physical and psychic, in which the adolescent finds the opportunity to give voice and meaning to his pain, deep anxieties and suffering, but it is also an opportunity to recognize his creative resources and potential. The psychotherapeutic experience accompanies growth and self-discovery. Appropriate awareness and support for family and school environment offer a valuable contribution to the recovery of the interrupted evolutionary process.

Prevenire e curare la depressione

“Perché loro non hanno sogni...” Chi parla è una ragazza di 15 anni, Celeste, che nel tentativo di dare forma e parola all'angoscia, s'interroga sui motivi per cui un adolescente, il suo ragazzo ma anche essa stessa, faccia uso di sostanze stupefacenti, intorpidendo il pensiero per placare uno stato di insopportabile tensione dolorosa.

La dipendenza da sostanze è una procedura eccitante, di autoaffermazione narcisistica, che mette a tacere un dolore mentale intollerabile, lasciando intuire la presenza di angosce depressive.

La scelta di declinare al plurale il concetto di “depressioni” dà conto della molteplicità delle figure di questa sofferenza mentale, che accompagna il travaglio della mente adolescente presa tra la necessità di elaborare la realtà del corpo sessuato e la ricapitolazione delle vicende infantili, alla disperata ricerca di *un'introvabile autenticità*.

Non c'è adolescenza normale senza depressione o, meglio, senza momenti depressivi, connessi ai sentimenti di perdita, il che non corrisponde ad una malattia depressiva vera e propria.

Gli affetti depressivi si esprimono attraverso i sentimenti di tristezza e di noia, il tono dell'umore depresso, l'irritabilità, la perdita della capacità di provare interesse e piacere, l'affaticabilità, la riduzione dell'attenzione e della concentrazione, la scarsa stima e fiducia in se stessi, i sentimenti di inferiorità, le idee di colpa e di inutilità, l'angoscia e i sentimenti di vuoto, la visione pessimistica del futuro, le idee o gli atti auto-aggressivi, l'ideazione suicidaria, per citare alcune delle manifestazioni sintomatiche più conosciute. Ma

esistono anche altre forme depressive che si presentano camuffate, e che sono altrettanto pericolose per la sopravvivenza fisica e psichica dell'adolescente.

L'adolescente, con l'arrivo della pubertà, si trova a cimentarsi con un'immagine di sé diversa, estranea, perturbante, talvolta anche minacciosa, dato che questa metamorfosi introduce una rottura nel sentimento di continuità di sé. La capacità o meno di elaborare tali cambiamenti implicherà tutte le possibili derive difensive, anche quelle psicopatologiche, che andranno ad intralciare o bloccare il processo maturativo, essendo significativi indizi della lotta contro l'ineffabile realtà del cambiamento, di cui la depressione rappresenta una paradigmatica soluzione.

È pertanto ampia e sfaccettata la gamma di manifestazioni che incontriamo nella clinica, alcune dai contorni sfumati o appena accennati o adombrati, altre, al contrario, dai toni e dai contrasti particolarmente marcati. Altre ancora, mascherate, che ci consegnano la negazione dell'affetto depressivo, che trova nel corpo o nell'agire un modo per dar forma ad un dolore sordo, cui l'Io reagisce con la chiusura o con altre forme difensive, tra le quali primeggia il passaggio all'atto.

La complessità della questione e la sua individuazione clinica è strettamente correlata alla specificità dei processi psichici, ma anche alla frequente comorbidità con altre forme psicopatologiche, in particolare, con i disturbi d'ansia.

Ampiamente condivisa da diversi Autori è l'idea che *“la depressione è sempre presente nella crisi adolescenziale, dalla più banale e nevrotica, fino alla più drammatica e psicotica”* (1).

La necessità di effettuare una tempestiva diagnosi e una presa in carico terapeutica integrata si basa sulla constatazione che, non di rado, i disturbi depressivi si associano ai tentativi di suicidio e al suicidio.

È opinione condivisa dai differenti orientamenti scientifici, psicoanalitici e non, che la sofferenza depressiva abbia ormai assunto le caratteristiche di *un'epidemia* divenendo un'urgente sfida per la salute pubblica. Allarmante è l'aumento delle forme depressive nella popolazione adolescente ma anche in quella infantile e adulta, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dedicato (7/4/2017) l'abituale giornata mondiale della salute al tema: *Prevenire e curare la depressione*. Nello specifico, si evidenzia che: *“La depressione colpisce le persone di tutte le età, di tutti i ceti sociali, in tutti i paesi. Provoca angoscia mentale e interferisce con la capacità di svolgere anche i compiti quotidiani più semplici, con conseguenze a volte devastanti per i rapporti familiari e amicali, oltre alla possibilità di guadagnarsi da vivere. Nel peggiore dei casi, la depressione può portare al suicidio, che è la seconda causa di morte tra i giovani di 15-29 anni”* (2).

Processi e affetti depressivi in adolescenza

La pubertà impegna, in un mutamento complesso, tanto il funzionamento biologico, (fisiologico e ormonale), quanto la dimensione psichica (affettiva, relazionale insieme

a quella cognitiva e psicosociale del soggetto). La portata di tali cambiamenti può avere un impatto traumatico, mettendo in scacco gli strumenti psichici disponibili insieme alle capacità simboliche ed elaborative. L'adolescenza è classicamente definita come l'esigenza di lavoro imposto allo psichismo con l'irruzione del fenomeno somatico pubertario, definizione che riecheggia quella con cui Freud aveva descritto la pulsione: *"un concetto al limite tra psichico e corporeo... misura della richiesta di lavoro imposta alla psiche in virtù del suo legame con il corpo"* (3).

In questa prospettiva, l'adolescenza costituisce un modello dell'integrazione psiche-soma e può essere pensata come una fase di elaborazione fantasmatica e di costruzione dell'identità soggettiva, resa possibile dal movimento di appropriazione del corpo sessuato. Come suggerisce Racalbutto (4), il corpo adolescente avvia un lavoro sul limite, limite dei suoi confini, limiti della sua potenzialità sessuale e orgasmica, limite rispetto al suo ancoraggio allo scorrere del tempo, limite che sostiene la definizione di un'identità personale differenziata dall'altro. Il pubertario – concetto introdotto da Ph. Gutton (5) per rimarcare la funzione cardine del periodo puberale poiché *"la parola pubertà sta al corpo come la parola pubertario sta alla psiche"* – esacerba gli ostacoli ai movimenti di appropriazione soggettiva e provoca turbamenti a livello del pensiero, dei desideri, dell'immagine stessa del soggetto.

La sessualizzazione del corpo e dei legami affettivi inaugurata dalle trasformazioni puberali si annoda con la questione della perdita, una doppia perdita: quella del corpo infantile, delle fantasie di onnipotenza connesse con la bisessualità, e quella che colpisce le fantasie e gli investimenti degli oggetti edipici, che avevano assicurato fino a quel momento stabilità e sostegno alle basi narcisistiche.

Sensazioni di smarrimento, di incertezza, di confusione, invadono l'adolescente, che si è andato strutturando attorno e attraverso le sue relazioni d'oggetto. I movimenti di slegamento degli investimenti alimentano il conflitto identificatorio a vantaggio dei processi di svincolamento e di affrancamento dalla condizione infantile dipendente, questo può generare sensazioni di vacillamento e di perdita dei riferimenti interni. Le identificazioni *prese in prestito* cedono sotto il peso delle dinamiche conflittuali e ciò spiega la forte tendenza al passaggio all'atto.

L'adolescente deve separarsi dal mondo familiare per entrare nel gruppo dei pari, talvolta abbandonando ideali, valori, aspirazioni socio-culturali, o ancora condizioni socio-economiche. Se la scelta di un oggetto sessuale implica la rinuncia alla bisessualità, vissuta fino a quel momento come una potenzialità psichica, d'altra parte, puntella la costruzione di una nuova definizione di sé e dell'identità personale e sessuale.

La maggior parte di queste perdite si effettuano a favore di nuovi incontri, nuovi interessi, nuovi obiettivi. Talvolta, però, i nuovi investimenti non riescono a controbilanciare in modo tempestivo queste perdite e l'adolescente sperimenta un penoso sentimento di

mananza, di vuoto, soprattutto, se è ancora bisognoso e dipendente dalla presenza di un oggetto esterno. Proprio Freud (1905) evidenziava il dolore che pervade la crescita, valorizzando la funzione del conflitto tra figli e genitori (6).

Winnicott (1969) ha invece rilevato l'uso dell'aggressività, poiché crescere “è *implicitamente un atto aggressivo*” e la sua meta è di prendere il posto dei genitori. Tale processo psichico e intersoggettivo si accompagna ad una trasformazione anche a livello del contenuto della fantasia: “*se nella fantasia della prima crescita vi è contenuta la morte, allora in adolescenza vi è contenuto l'uccidere*” (7).

La capacità dei genitori di accogliere e di sopravvivere creativamente alla sfida dell'adolescente li vede convocati ad elaborare un'esperienza di lutto, che sarà determinante per la trasformazione del legame con il figlio adolescente. Là dove esistano patologie depressive nei genitori, o ancora conflitti, scarse definizioni dei confini e dei ruoli, misconoscimento delle differenze generazionali, il lavoro psichico dell'adolescente sarà certamente più complesso e l'esito incerto.

La capacità di vivere il lutto – di accettare il cambiamento, tollerando le esperienze di perdita accanto ad altre di trasformazione e di scoperta – è l'aspetto potenziale e creativo della dimensione depressiva.

Nella clinica con gli adolescenti, spesso, si viene confrontati con drastiche oscillazioni dell'umore che stanno ad indicare le attività di investimento e di disinvestimento, di avvicinamento e di messa a distanza, il bisogno e l'angoscia che qualificano la relazione con il proprio corpo, con i propri impulsi e desideri.

Il travaglio a cui è sottoposta la psiche adolescente non deve, tuttavia, far trascurare la portata strutturante e creativa di questi processi, che inevitabilmente scatenano sentimenti di paura, di confusione, o ancora di fobia del desiderio e del pensiero, espressioni del sentimento di minaccia che colpisce al cuore l'identità adolescente.

Lo sconvolgimento emotivo che attraversa la mente adolescente non può essere vissuto, sentito e simultaneamente pensato, perciò facile è il ricorso all'agire, alla scarica delle tensioni, oppure al ritiro, alle manovre autoconsolatorie o alle forme di malessere somatizzate.

L'adolescenza può essere considerata come uno straordinario paradigma per declinare le vicissitudini della perdita, innescata dai processi pubertari, che rappresenta un'importante esperienza di messa alla prova dell'identità sessuata e della capacità amare e di *sopravvivere* creativamente.

Depressione e depressività

La depressione occupa un ampio territorio che va dalla normalità alla patologia più severa (psicosi) e, da un vertice osservativo psicodinamico, fa riferimento ad un insieme di meccanismi che si innescano a partire dall'esperienza reale o fantasmatica di perdita,

accompagnata dall'insorgenza dell'angoscia.

La depressione può designare “*un disordine dell'affettività o dell'emotività*” e, contemporaneamente, “*uno stato connesso alla vita di ogni giorno*” (8).

Con l'aggettivo *depressivo* si è soliti alludere a stati ed organizzazioni del funzionamento psichico differenti, ciò non deve far trascurare la natura stessa del processo coinvolto, non soltanto dal punto di vista quantitativo, ma anche in riferimento alle manovre e ai meccanismi psicopatologici in atto.

Molti studiosi si sono dedicati a questo tema e nell'ambito della psicoanalisi francese è sorta l'esigenza di differenziare il termine *depressione*, come stato patologico, dalla *depressività*, intesa come un processo che accompagna le trasformazioni psichiche.

Fedida (9) ha suggerito di concettualizzare la depressività come una caratteristica presente in ogni essere umano che si collega alla capacità creativa, supponendo che “*lo stato depressivo sia una messa in scacco della capacità depressiva.*”

Per questo Autore, sin dagli inizi della vita, la depressività accompagna le manovre di adattamento alle limitazioni e alle frustrazioni della realtà esterna, operando uno stato di sospensione, funzionale a proteggere la psiche da un eccesso di sollecitazioni, altrimenti perturbanti. La sua funzione è economica, para-eccitatoria, favorisce gli scambi con l'ambiente evitando l'eccesso di affetti ed emozioni, e con ciò, il rischio di una disorganizzazione più massiva.

Se la depressività è una misura di salvaguardia per l'apparato psichico, tuttavia l'intensità della frustrazione e la sua ripetizione possono debordare tale forma difensiva e lasciare il campo “*a un'identificazione con la morte o al morto*” afferma Fedida, che è caratteristica del nucleo melanconico.

La nozione di depressività è stata correlata alle patologie degli stati-limite, come organizzatore di soluzioni difensive e adattive di quei soggetti il cui funzionamento narcisistico è stato segnato da relazioni primarie connotate da carenza, discontinuità o eccesso, per le quali la perdita dell'oggetto si avvicenda con la paura della sua intrusione.

Green (1999) ha sottolineato che la clinica degli stati limite impone un nuovo paradigma per la psicoanalisi, che riguarda i limiti tra l'Io e l'oggetto poiché “*si assiste ad una vera siderazione delle capacità dell'Io... in rapporto con le carenze dell'oggetto primario.*” L'Io di questi soggetti, spiega l'Autore, si dibatte tra due tipi di angoscia: da un lato, l'angoscia di separazione e di perdita dell'oggetto, dall'altro, l'angoscia di intrusione e di perdita di sé. Due meccanismi psichici di funzionamento fondamentali, vengono allora ipotizzati: la scissione, e la depressione. Quanto alla depressione, Green ne evidenzia una connotazione particolare: “*Per farcene un'idea, credo bisognerebbe pensare alla depressione atmosferica, qualcosa in effetti dell'ordine di un abbassamento di tono, che non risponde ai meccanismi psicopatologici che si possono mettere in evidenza nella depressione e nella melanconia*” (10).

La pubertà è considerata come l'organizzatore della depressività, perché da un lato com-

porta una disponibilità a sentire l'affetto depressivo, ma dall'altro espone alla vulnerabilità depressiva.

Gli adolescenti borderline mostrano la difficoltà di accedere ad uno stato depressivo. Imparare a deprimersi è in questi casi l'obiettivo della psicoterapia, un lavoro psichico che mira a superare la depressività, evitando il consolidamento di un disturbo borderline in età adulta (11).

Ph. Gutton (12) ha rilanciato tale concetto intendendolo come *“disponibilità a percepire l'affetto depressivo”*, antitetico alla depressione, intesa come lavoro di rappresentatività dell'affetto depressivo. La depressività realizza uno stato di sospensione, opposto al lavoro di sostituzione e di riparazione dell'oggetto. Davanti al cambiamento l'adolescente si congela, si rivolge al passato, in un movimento che lo trascina indietro fino alle origini. Nessun oggetto può sostituirlo, di conseguenza *“la depressività è una forza anti-rappresentativa per l'attrazione dell'irrappresentabilità e, in questo senso, è anti-narcisistica e anti-oggettuale insieme”* ricorda ancora Carau (13).

Bracconier (14) ha identificato, nelle depressioni mascherate, una forma di depressione che ha descritto come *“minaccia depressiva”*, riferendosi con tale concettualizzazione ad uno stato che *“prende il posto del processo adolescenziale”* e che si contraddistingue per *“una difficoltà o incapacità di trasformare gli oggetti d'amore, cioè per un bisogno di accedere a nuovi oggetti che l'adolescente non si riconosce il diritto di desiderare o ai quali non si autorizza lui stesso ad accedere. Di fronte a questa minaccia l'adolescente rinuncia, si svuota di ogni nuovo investimento, ripiega su se stesso e può deprimersi gravemente.”*

Si tratta di adolescenti che sembrano lottare in tutti i modi contro un rischio depressivo, contro una rappresentazione negativa di se stessi. Spesso tali stati di dolore mentale si esprimono attraverso equivalenti depressivi, come le condotte agite, i sintomi somatiformi, la tossicodipendenza, l'abbandono della scuola, l'anoressia o ancora, attraverso disturbi del comportamento. In questi casi non si tratta di riconoscere una depressione, bensì la lotta contro di essa, contro un sentimento di minaccia di depressione, percepita anche a livello consapevole.

Questi adolescenti non accedono ad una vera posizione depressiva, non tollerano di sperimentare una vera depressione, restano nella depressività, fallendo nella capacità di deprimersi, e di rappresentarsi gli affetti depressivi.

Tale fallimento è senz'altro in relazione ad una vulnerabilità narcisistica preesistente che rimanda alla storia infantile del soggetto, ai legami precoci, tra loro strettamente interdipendenti, che hanno interferito con la costituzione di un sistema psichico di difesa, non permettendo una definizione stabile dei confini identitari. Il compulsivo ricorso ad un oggetto concreto, come ad es. nelle dipendenze, o nell'uso di strumenti tecnologici che fungono da protesi, serve a negare insieme la perdita e la dipendenza, a misconoscere la disperazione e la depressione.

Clinica delle depressioni in adolescenza

Umore depressivo, noia, morosità, depressività, depressione d'inferiorità, minaccia depressiva, depressioni mascherate, equivalenti depressivi, depressioni propriamente dette, melanconia, rappresentano le diverse ipotesi, avanzate dagli specialisti della salute mentale dell'adolescenza, per dare un volto e un nome a questa *malattia degli affetti*, che si accavalla, si combina e si confonde con i fisiologici processi psichici dell'adolescenza.

La depressione è tentativo di dare forma ad un affetto, è un lavoro psichico molto complesso che permette al soggetto di trattare un'angoscia fondamentale, anche se al prezzo di sopportare una sofferenza intensa.

Gli strumenti operativi (questionari, valutazioni testologiche, inquadramenti nosografici) non devono far trascurare l'importanza di una diagnosi basata sull'incontro con l'adolescente; solo questo incontro permette di scorgere e sentire il freddo e doloroso disinvestimento del mondo, il ritiro relazionale, l'esaurimento del desiderio, la sua noia e la persistenza di questa sofferenza.

Arnoux (15) riconoscendo l'indecifrabilità della depressione dell'adolescente, sottolinea che questa non risparmia dalla necessità di ponderare molteplici fattori personali e relazionali onde poter formulare un'ipotesi clinica. E avanza l'interrogativo se la "*depressione che procede mascherata non sia essa stessa, spesso, una maschera*" che nasconde il vuoto narcisistico e la perdita di sé dell'adolescente.

La questione che si pone è come distinguere la depressione che possiamo considerare un fenomeno normale in ogni adolescente distinguendola dalla malattia depressiva (16), cioè quando l'affetto depressivo è da considerarsi il segno di un'iscrizione nella malattia psichica. O per dirla con Laufer si pone la questione: Quando dobbiamo cominciare a preoccuparci? (17).

L'assenza del carattere fluttuante della vita emotiva a vantaggio di un quadro depressivo congelato o la severità di un quadro sintomatologico che intralcia lo sviluppo sono i segni semiologici che consentono di riconoscere l'installarsi di una depressione clinica. Non bisogna lasciarsi fuorviare dalle sue molteplici forme, è del tutto arbitrario istituire una correlazione positiva tra il clamore delle condotte e delle manifestazioni sintomatiche e la profondità dello stato depressivo. Talvolta, le manifestazioni silenziose, o in apparenza di scarso rilievo, sono piene d'insidie e consentono l'installarsi di un quadro melanconico propriamente detto.

La depressione clinica, con i suoi equivalenti o le sue forme mascherate, differenti tra i ragazzi e le ragazze, più legate all'immagine del corpo per queste ultime, per i primi più incline all'uso dell'aggressività, è comunque la conservazione di una capacità difensiva dell'adolescente per evitare la disorganizzazione psicotica.

Nel caso clinico di *Celeste*, la ragazza era alle prese con un'intensa angoscia e con la rabbia per il sentirsi impotente davanti ai comportamenti devianti e distruttivi del suo ragazzo

che faceva uso di sostanze. In seduta, ammettendo che anche a lei talvolta era capitato di assumerle, si cimentava con la difficoltà di provare, contenere ed elaborare un impulso di cui riconosceva la valenza distruttiva. In questo paradossale gioco di rispecchiamenti, si trovava accostata ai suoi più o meno camuffati bisogni di dipendenza, che richiamavano esperienze infantili precoci di mancanza, di carenza del contenimento e di traumatica esposizione ad un eccesso nella relazione con i genitori.

“Perché loro non hanno sogni” esprime un vissuto di perdita e insieme di rinuncia che colpisce la dimensione onirica e, per associazione, anche la rappresentazione del futuro, entrambe fondamentali per lo sviluppo psichico. Nella dimensione del sogno, si demarcano i confini di uno spazio psichico personale, assicurando urgenti conferme ad un Io reso fragile dagli sfaccettati movimenti trasformativi.

Il sogno concorre al rimodellamento dell'identità, mediante la rielaborazione e l'integrazione dei molti frammenti che sono depositati in noi, fatti di ricordi, di percezioni o di affetti che utilizzano il corpo, nella sua funzione visiva, per la figurazione di un'esperienza che avvia la costruzione di rappresentazioni simboliche. Il sogno è dunque un lavoro psichico che forgia il sentimento di sé e del proprio funzionamento psichico.

O ancora, accogliendo la riflessione di M.L. Algini (18): “... *il sogno, presenta alla nostra mente contenuti e sentimenti che da svegli non riusciremmo a concepire o riconoscere come nostri. È un po' come uno specchio che, al di là della nostra volontà, ci rimanda sia i tratti piacevoli, sia imperfezioni, cicatrici, deformità, che preferiremmo ignorare*”.

Il non avere sogni in adolescenza fa pensare all'impossibilità di compiere questo lavoro psichico, accantonando la possibilità di sentirsi protagonisti della propria vita interiore, mettendo da parte l'opportunità di coltivare i desideri e di industriarsi ad immaginare quali strumenti approntare per raggiungerli. Certamente, non sognare preserva dal riconoscimento dello scarto tra l'Io ed il suo Ideale, escludendo il pericolo di cedere alla seduzione melanconica, attraverso il ricorso a difese antidepressive.

Sottostà alle condotte tossicomane un'intollerabile fragilità narcisistica e l'impedimento ad accedere ad un registro psichico simbolico e rappresentabile, attraverso tentativi onnipotenti di soffocare l'angoscia depressiva, mentre si scivola verso alterni e coattivi meccanismi che spianano la strada ad una dimensione de-oggettualizzata. Questi stati depressivi sono delle difese davanti all'angoscia di annientamento per l'assenza dell'oggetto, l'angoscia della perdita è tenuta a bada proprio attraverso il compulsivo appello ad un oggetto concreto, parziale ed alienante.

Altra dimensione depressiva è quella di *Valentina*, una ragazzina di 12 anni che ha iniziato il trattamento per le difficoltà di relazione con i coetanei e per le ansie di morte per i suoi genitori che comparivano al momento di addormentarsi.

Valentina arrivava alle sedute bisognosa di piangere e di gridare con forza tutta la rabbia, così intensa che la spingeva verso fenomeni di derealizzazione. Appoggiava il sentirsi

diversa dalle sue amiche su di una malformazione congenita, un angioma cavernoso alla gamba, una ferita narcisistica inscritta nel corpo, che rinviava ad una mancata integrazione di altre e più intricate vicende affettive.

La sua brillante intelligenza, i suoi ottimi risultati nello studio, la riuscita nelle attività sportive che intraprendeva, non riuscivano a colmare quello spietato sentimento di mancanza e di inadeguatezza che lei, come i suoi genitori, avevano ricondotto al difetto corporeo.

Alla sua nascita, avvenuta dopo diversi anni di matrimonio dei genitori per l'intenso desiderio di maternità di sua madre, il padre rimase molto scosso dall'imperfezione della bambina, così accolse l'invito materno di occuparsi in modo esclusivo della figlia, istituendo un funzionamento genitoriale *zoppicante* che, a livello psichico e relazionale, riproponeva la malformazione del corpo. Questa scelta genitoriale stava ad indicare la mancata elaborazione, all'interno della coppia, della ferita narcisistica provocata dall'imperfezione della figlia.

Alla nascita del fratello, concomitante al lutto della nonna materna, tale organizzazione entrò in crisi e Valentina si trovò alle prese con una dimensione di perdita mai sperimentata, che conferì carattere traumatico alla separazione ed al lutto. Fu allora che iniziarono i conflitti con le coetanee, segno di una potente aggressività, che spinse la madre a richiedere una consultazione.

L'identificazione narcisistica che sosteneva il legame di Valentina con la madre con la pubertà era entrata in crisi, ineludibile era il confronto con l'aggressività, veicolato dalle fantasie di morte. Tutto ciò autorizzava a pensare che la depressione della ragazza, per quanto si ancorasse con una ferita narcisistica, rappresentasse anche il riproporsi di quei nodi che costringevano l'Io di Valentina a zoppicare, divisa dal bisogno di tentare di svincolarsi dal giogo materno, senza rischiare una perdita traumatica e il tentativo di costruzione di una propria soggettività.

D'altra parte, la distanza della figura paterna, o la sua estrema rigidità, non avevano permesso di dare corso ai processi di de-idealizzazione di questo oggetto da parte di Valentina, né tantomeno avevano consentito al padre di riconoscere nelle aspettative ideali rivolte alla figlia il bisogno di assicurarsi rispetto alla propria delusione negata, proiettata sulla malformazione di Valentina.

Il percorso con questa adolescente si è concluso piuttosto rapidamente, forse la fine è stata intempestiva, o si è trattato di un'esperienza che potrà in futuro permettere alla ragazza di pensare con più fiducia ad un lavoro analitico.

La ragazza nello spazio terapeutico ha trovato un luogo di ascolto, una dimensione in cui sentirsi protagonista privilegiata, non vincolata all'esigenza di compiacere l'oggetto o di temerne la perdita. Ha potuto sperimentare che le sue spinte aggressive vitali non distruggevano l'oggetto ma le permettevano di scoprire un altro modo di stare in relazione. Mi ha chiesto di terminare con l'ingresso nella scuola superiore, dopo aver girato un film

in cui ha accettato di non rivestire il ruolo della protagonista principale, confrontandosi con il limite, così come è avvenuto dentro di me quando, accogliendo la sua sfida adolescenziale di volersi misurare da sola con se stessa, ho acconsentito di lasciarla andare.

Che fare?

Sappiamo che l'insorgenza dei disturbi depressivi è piuttosto frequente in età evolutiva, e che possono assumere andamento cronico o ricorrente, qualora non diagnosticati. Inevitabile è l'impatto sulla qualità della vita dell'adolescente, data la significativa alterazione che si registra a livello del funzionamento adattivo, sociale e cognitivo.

“Senza un adeguato trattamento, le conseguenze della depressione sono estremamente serie: il 20-60% presenterà un secondo episodio depressivo entro due anni, oltre ad avere un aumentato rischio per altre psicopatologie; il 40-80% dei soggetti depressi sperimenterà pensieri suicidari; il 35% tenterà il suicidio; il 2-5% morirà per un suicidio completato entro 10-20 anni dall'episodio iniziale” (19).

È quindi di estrema importanza una precoce individuazione dei primi segni, sintomi e sentimenti depressivi, al fine di scongiurare esiti negativi. Spetta alla particolare sensibilità e capacità empatica delle figure adulte di riferimento: familiari, insegnanti, pediatri o altri operatori educativi e sociali, riconoscere i primi segni di disagio dell'adolescente, e richiedere un intervento specialistico.

Particolare enfasi viene posta dalle Linee Guida (SINPIA) sulla precocità dell'intervento diagnostico e la presa in carico terapeutica, al fine di riuscire a prevenire rischiosi passaggi all'atto. Come detto, in adolescenza, i sintomi possono presentarsi in modo conclamato o attraverso manifestazioni sintomatiche comuni ad altre psicopatologie e in diversi ambiti: famiglia, scuola, amici.

Le Linee Guida raccomandano di procedere ad un profilo diagnostico anche in quelle situazioni potenzialmente a rischio (Flow Chart), capaci di cagionare disturbi depressivi. Si tratta di quei contesti in cui l'adolescente si misura con esperienze di vita sfavorevoli (lutti, divorzi, insuccessi scolastici, malattie, sciagure e calamità). In tali situazioni, è necessario approfondire la presenza di eventuali indicatori di rischio.

Il processo diagnostico dovrà pertanto contemplare l'approfondimento di livelli differenti (familiari, individuali, somatici etc.), e sarà fortemente influenzato dalla capacità degli specialisti di stabilire con l'adolescente e con i suoi familiari un rapporto fiduciario. La valutazione permetterà di co-costruire un *progetto di intervento mirato*, includendovi la presenza di eventuali fattori negativi e di impedimento alla realizzazione di quanto proposto. La terapia elettiva è la psicoterapia, sia essa individuale o familiare, che dovrà essere condotta da professionisti esperti, competenti in questo tipo di trattamento.

I disturbi dell'umore in età evolutiva sono disturbi di lunga durata, non si autolimitano, hanno un impatto negativo multidimensionale sulla qualità della vita, causano una signifi-

cattiva compromissione funzionale e sociale, viene rimarcato nelle stesse Linee Guida.

L'importanza di offrire all'adolescente uno spazio di ascolto destinato ad accogliere i suoi pensieri, le sue preoccupazioni e le sue angosce o le ideazioni suicidarie, gli permette al contempo di confrontarsi con un interlocutore che possa aiutarlo a dare senso ai suoi agiti, a riflettere insieme su eventuali assunzione di alcool o di sostanze, o sull'adozione di condotte a rischio, su comportamenti autolesivi, o esperienze di abuso o di maltrattamento, familiare o esterno alla famiglia. Essere vittima di bullismo scolastico è un altro fattore considerevole.

Il Progetto Terapeutico Integrato (PTI) raccomandato dalle Linee Guida prevede sia interventi di carattere generale (sostegno alla famiglia, eventuali figure di supporto per l'adolescente), sia altri più specifici rivolti all'adolescente (psicoterapia e trattamento farmacologico, qualora risulti opportuno). *La scelta del tipo di intervento dipenderà essenzialmente da due variabili: l'età del soggetto e la severità del quadro clinico. Questi fattori, oltre a determinare la scelta del tipo di intervento, definiscono, all'interno di ciascun intervento, le modalità migliori per la sua realizzazione.*

L'approccio terapeutico alle depressioni dell'adolescente prevede una pluralità di interventi tra loro coordinati, nella duplice prospettiva: sincronica e diacronica. Sincronica perché fondata sul costituirsi di una rete *funzionalmente* collegata tra i differenti operatori, fondata sul principio condiviso dell'unicità e indivisibilità psico-somatica del soggetto. Diacronica, poiché tali interventi terapeutici e riabilitativi o di supporto dovranno tener conto che trattasi di un soggetto in età evolutiva, le cui esigenze sono soggette ai processi di crescita e di maturazione. *“Una rete operativa di servizi ben articolata è necessaria non solo a garantire l'implementazione di provvedimenti sociali, ma soprattutto ad integrare in maniera funzionale le prestazioni che le Unità Organizzative Ospedaliere e Territoriali di NPIA non riescono direttamente a fornire”* specificano le Linee Guida richiamate.

Per concludere

L'origine delle depressioni non è univoca, ogni situazione clinica necessita di essere approfondita per poterne comprendere l'origine. E questo rende più difficile una diagnosi tempestiva che pure sarebbe necessaria. I cambiamenti durante il periodo pubertario rendono fragile l'adolescente. Vulnerabilità neurobiologiche sono incontestabili, insieme ad altri fattori ambientali, problemi familiari o altri avvenimenti di vita. Un altro fattore di portata incontestabile è la pressione culturale e sociale che porta, a questa età in cui la speranza e l'idealizzazione sono movimenti naturali, certi giovani a vivere il mondo come troppo deludente, troppo costringente o inquietante rispetto al futuro. Le conseguenze di questi periodi depressivi sono numerose e talvolta gravi ed è quindi fondamentale riuscire ad assicurare una tempestiva e adeguata presa in carico.

Tra le possibili risorse e nelle attività di prevenzione in primo piano c'è indubbiamente la

famiglia, spesso caratterizzata da relazioni difficili e conflittuali. In secondo luogo, va annoverato il ruolo della scuola che ha una funzione estremamente delicata, essendo questi adulti possibili sostegni identificatori per l'adolescente.

Freud lo aveva ben compreso quando scriveva: *“la scuola secondaria sostituisce per i suoi allievi i traumi che altri adolescenti subiscono in condizioni di vita diverse. [...] deve creare in loro il piacere di vivere e offrire appoggio e sostegno in un periodo dell'esistenza in cui sono necessitati dalle condizioni del proprio sviluppo ad allentare i legami con la casa paterna e la famiglia [...] La scuola non deve mai dimenticare di aver a che fare con individui ancora immaturi, ai quali non è lecito negare il diritto di indulgiare in determinate fasi, seppur sgradevoli, dello sviluppo. Essa non si deve assumere la prerogativa di inesorabilità, propria della vita; non deve voler essere più che un gioco di vita”* (20).

“Dunque la depressione implica speranza, ma che genere di speranza? – si interrogava Winnicott – Suggerirei: la speranza di essere tenuto in braccio per un certo tempo, mentre ha luogo l'elaborazione – cioè una sorta di riordinamento, di superamento interiore, nel cosiddetto mondo interno” (21).

BIBLIOGRAFIA

1. Cahn R. Adolescenza e follia. Roma: Borla: 1994. 185-188.
2. OMS <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/en/>.
3. Freud S. Tre saggi sulla teoria sessuale. 1905. Vol. IV. Torino: Bollati Boringhieri: 1970.
4. Racalbutto A. Perdita dei limiti, limiti della dipendenza, depressione infantile e adolescenziale. In Tabanelli L., Rocchetto F. Buio dentro. Milano: Franco Angeli: 2008. 33-52.
5. Gutton Ph. Psicoterapia e adolescenza. Roma: Borla: 2002.
6. Freud S. Tre saggi sulla teoria sessuale. 1905. Vol. IV. Torino: Bollati Boringhieri: 1970.
7. Winnicott D.W. Gioco e realtà. Roma: Armando: 1974. 239.
8. Winnicott D. W. Effetti sulla famiglia della malattia depressiva in uno o in ambedue i genitori. 1968. In La famiglia e lo sviluppo dell'individuo. Roma: Armando: 1992. 72-74.
9. Fédida P. Il buon uso della depressione. Torino: Einaudi: 2002.
10. Green A. Genesi e situazione degli stati limite. 1999. In André J. Gli stati limite. Milano: Franco Angeli: 2000. 21-50.
11. Monniello G. Ivancich V. Révision critique des aspects dépressifs du syndrome borderline à l'adolescence. In Perspectives Psy 2004/4. Groupe EDP Sciences. Vol. 43. 296-309.
12. Gutton Ph. Dépressivité et stratégies dépressives. In: Affliction. Monographie de la revue Adolescence. Paris: L'esprit du temps: 1999. 9-16.
13. Carau B. Introduzione. In Tabanelli L., Rocchetto F. Buio dentro. Milano: Franco Angeli: 2008. 127-130.
14. Bracconier A. Menace dépressive et dépression à l'adolescence. In Adolescence, International Society for Adolescent Psychiatry et al., Personality and conduct disorders, Paris: Editions GREUPP: 2000. 73- 85.
15. Arnoux D. La depressione in adolescenza. Roma: Borla, 2005.
16. Gedance D. Ladame F. Snakkers J. La dépression chez l'adolescent. In Revue Française de. Psychana-

- lyse, 1977, 36 Paris: Puf :197. 257-259.
17. Laufer M. Psicopatie e depressioni nell'adolescenza. Roma: Armando, 1981.
 18. Alginì M.L. La seduzione del sogno. In Cupelloni P. La ferita dello sguardo. Milano: Franco Angeli: 2002.
 19. Linee Guida SINPIA. I disturbi depressivi in età evolutiva. 2007. www.sinpia.eu/atom/allegato/362.pdf.
 20. Freud S. Contributi a una discussione sul suicidio. 1910. Vol. VI. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
 21. Winnicott D.W. Frammenti sui vari tipi di confusione clinica. 1956. In Esplorazioni psicoanalitiche. Milano: Cortina: 1989.42-43.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno