

ESTRATTO DA:  
comorbidità  
depressione e  
malattie organiche

LA REAZIONE DEPRESSIVA NELL'ADOLESCENTE  
AMMALATO DI CANCRO

Neri L., Pasquali G., Izzi G.



CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

## LA REAZIONE DEPRESSIVA NELL'ADOLESCENTE AMMALATO DI CANCRO

Neri L., Pasquali G.\*, Izzi G.\*\*

*Psichiatra, UOP Ospedale "S. Carlo", Milano*

*\* Psicoterapeuta, membro ACP di Londra, membro AIPPI di Roma*

*\*\* Aiuto corresponsabile, Reparto di Emato-Oncologia Pediatrica; Azienda Ospedale di Parma*

Il reparto di onco-ematologia pediatrica dell'Ospedale di Parma si è sempre posto il problema di come attivare un'assistenza globale per i pazienti, nella consapevolezza che l'insorgenza di una malattia grave colpisce non solo il soma ma anche la psiche del paziente. Pertanto, sin dal 1986, si è avvalso di una consulenza psicologica, il cui onere è stato sostenuto dalla associazione di volontariato locale ("Noi per loro").

Le presenti note si riferiscono agli anni 1988/95, durante i quali ha prestato la sua attività una psicologa-psicoterapeuta specializzata al Centro Tavistock di Londra per bambini, giovani e genitori. Riguardano 115 pazienti osservati, così suddivisi:

	PAZIENTI OSSERVATI		
	Totale	Maschi	Femmine
Lattanti	7	5	2
1-3 anni	23	13	10
4-6 anni	19	12	7
7-11 anni	22	12	10
Oltre 11 anni	44	29	15
<b>TOTALE</b>	<b>115</b>	<b>71</b>	<b>44</b>
N.B.: dei 44 adolescenti, 14 sono talassemici: 10 maschi e 4 femmine			

La consulenza psicologica era stata inserita anche per elaborare e contenere l'impatto emotivo che il bambino malato ha sul personale curante.

Un sistematico lavoro di osservazione su tutti i casi ha consentito un apprendimento dall'esperienza della psicologa e di conseguenza dell'équipe interdisciplinare che settimanalmente si riuniva.

È nostra esperienza che all'insorgere, durante e dopo malattie che pongono a repentaglio la vita di un giovane, la depressione, intesa come attivazione delle angosce di morte, è sempre presente sia nel paziente che nei familiari (o comunque sono presenti difese per contrastarla). Questa depressione che chiameremo "normale" può di solito essere contenuta dal personale medico infermieristico, con la disponibilità dell'assistente sociale ad occuparsi dei vari problemi assistenziali e di lavoro e la disponibilità all'ascolto dello psicologo; termina spesso con la conoscenza più precisa della malattia e del suo decorso e con l'instaurarsi di un rapporto di fiducia con il personale curante. La continuità dell'osservazione, in un'attenzione costante alle componenti psicologiche, ci permette di capire quando può essere necessario l'intervento psichiatrico-farmacologico nel paziente o nei familiari e/o l'intervento dello psicologo.

Abbiamo ritenuto patologica la depressione nei familiari quando essi tendevano a sostituirsi al figlio nella richiesta di attenzioni e di cure, e non erano in grado di sostenerlo emotivamente, contenendone le paure. Abbiamo ritenuto patologica la depressione nei pazienti quando essa era tale

da distaccarli dalle abituali relazioni e da causare un ripiegamento su se stessi in modo intenso e persistente, senza più risposta agli stimoli affettivi dell'ambiente.

Tralasciando volutamente le reazioni depressive causate dalla farmaco terapia cortisonica e quelle, transitorie, notate nei bambini piccoli (2-3 anni) nel momento del posizionamento del catetere venoso centrale, che rappresenta un grave attacco alla loro integrità somatica recentemente acquisita, l'esperienza dei 115 casi osservati nell'arco di alcuni anni (perché tale è la durata del decorso di queste malattie) ci ha permesso di notare a lungo termine alcune diversità di reazioni psicologiche.

I bambini sino ai 3-4 anni, passato il primo momento di terrore per essere stati catapultati in una realtà totalmente diversa da quella in cui sino ad allora erano vissuti, e con i genitori che inizialmente non riescono certo a contenere le loro angosce, sviluppano spesso, nel decorso della terapia, una specie di sindrome delusionale con conseguente aggressività in particolare verso la figura materna (che di solito è anche quella che li assiste), come espressione di un accentuarsi delle difese onnipotenti. Questo ovviamente perché la madre viene investita dal bambino piccolo dell'aspettativa di saper risolvere in modo onnipotente tutte le difficoltà. Perciò viene vissuta come madre "cattiva", che può ma non vuole curare magicamente il suo bambino ed anche il bambino diventa "cattivo" e si difende disperatamente con schiaffi, pugni e calci.

Il bambino nel periodo di latenza, che manifesta la sua depressione con mutismo, assunzione di posizione fetale, difficoltà alimentari superiori a quelle determinate dai farmaci antitumorali, si affida molto di più ai genitori regredendo, nel corso della malattia, ad un livello di dipendenza totale. La "normale" depressione viene contenuta e gestita dai familiari, supportati dall'ambiente medico. Essi vengono infatti a perdere il ruolo decisionale, assunto dall'ospedale, mentre mantengono il ruolo affettivo. Se adeguatamente aiutato e supportato dai familiari e dal personale curante, il bambino riprende presto le sue attività di gioco, affina la sua intelligenza e impara rapida-

mente a conoscere quanto attiene alla sua malattia. Questo è stato notato anche nelle situazioni più complesse (bambini Down). La depressione "patologica" sembra insorgere solo in conseguenza della depressione materna, o comunque genitoriale, come espressione del fallimento del contenimento.

Sono invece gli adolescenti quelli che più spesso sviluppano tratti depressivi patologici all'insorgere, durante e dopo la malattia. Da notare che, nelle nostre osservazioni (9 casi), questo non è avvenuto in casi di recidiva e ci siamo chiesti se perché erano più fiduciosi nella guarigione (evento già vissuto), se perché già conoscevano l'ambiente e il personale o perché la precedente malattia ne aveva mantenuto la dipendenza dai genitori e il quadro psicologico del periodo di latenza (momento dell'insorgenza della malattia). In questi casi di ricaduta pertanto la depressione sembra gravare maggiormente sui genitori.

In chi è colpito da leucemia, o da cancro, durante l'adolescenza la "normale" depressione è più forte; più spesso se ne instaura una patologica e tende a perdurare anche dopo la guarigione. Durante l'adolescenza, come è noto, vi è un processo di disinvestimento degli oggetti d'amore infantile lungo e drammatico con numerosi, fallimentari e pur necessari tentativi di reinvestimento. Si viene dunque a verificare una continua intermittenza di stati luttuosi resi spesso confusi dall'emergere di difese antidepressive inadeguate e primitive. La svalutazione dell'immagine genitoriale che si verifica con la pubertà viene a costituire un trauma importante; equivale infatti a perdere la persona amata ed a perdere l'identità che sino a questo punto si è determinata in seguito al processo di identificazione con i modelli genitoriali.

Gli adolescenti, nella fase finale del processo di separazione/individuazione, si vivono già come entità separata. Si sentono pronti a vivere il loro corpo, desiderando provarne la forza ed anche i piaceri. Pronti a competere nel gruppo dei pari in intelligenza e bellezza. Nello stesso tempo ancora non sono sicuri e contenti del loro aspetto, temono sempre di essere brutti. L'essere fisicamente colpiti dalla malattia da una parte li con-

ferma nella bruttezza del loro corpo (basta pensare alla caduta dei capelli) e dall'altra li esclude per il lungo iter della terapia dai loro gruppi sia scolastici che sociali.

Inoltre le maggiori potenzialità cognitive acquisite con l'emergere del pensiero operativo-formale fa loro cogliere appieno tutte le ansie, le sofferenze e le eventuali conseguenze del processo morboso. Crollano tutte le aspettative loro e dei genitori. Nei casi in cui la paura, il senso di ingiustizia e di persecuzione viene riconosciuto ed espresso può essere condiviso, recepito e trasformato in esperienza non più solo individuale e pertanto alleviato. Nella situazione in cui il paziente adolescente cerca di "farcela da solo", maschera la depressione con la rabbia e l'insoddisfazione non elaborando ma proiettando le sue paure sui genitori. In questi casi abbiamo visto che la depressione si manifesta maggiormente nella madre (come nei bambini piccoli).

Comunque la depressione nei genitori degli adolescenti è sempre più forte che nelle altre età dei pazienti. Forse perché essi si sentono già spiazzati dal processo di evoluzione del figlio, che si è allontanato, e dopo aver sperimentato l'assenza del potere di controllo sul figlio devono sperimentare con lui l'impotenza e l'esautorazione totale di fronte all'evento-malattia.

I genitori, costretti ad affidare ad altri la vita del figlio, faticano anche ad accettare la regressione dovuta alle angosce primitive scatenate dalla malattia, dopo che avevano vissuto il figlio come già inizialmente autonomo ed indipendente.

L'insorgenza di una malattia grave, ad esito incerto per la vita, toglie ogni punto di riferimento al giovane nel momento in cui è più desideroso di affermarsi ma non ha ancora raggiunto una esperienza personale di vita che possa sorreggerlo. È quindi costretto ad affidarsi all'adulto (il medico), dopo tutto un periodo inteso a separarsi dall'adulto (genitori, insegnanti). Si aggiunga anche che, nel caso di recidiva, come abbiamo già detto, affidarsi al medico conosciuto e che ha già guarito è molto più facile che farlo all'insorgenza della malattia. Molto spesso (specie nel caso di tumori solidi) la malattia non è tempestivamente riconosciuta e la competenza di tutta

una classe medica viene messa in discussione dal paziente adolescente.

Cerchiamo di chiarire con un esempio.

P. viene colpito da germinoma pineale alla fine del primo anno delle scuole medie superiori. Sta male per alcuni mesi (vomito) senza che venga posta una diagnosi, poi per disturbi visivi e svenimenti la malattia viene riconosciuta. P. viene subito operato ed inizia la terapia antiblastica. Alla fine viene sottoposto a radioterapia, che gli lascia evidenti segni nella zona parietale (assenza di capelli).

Secondo di due figli, è un ragazzino che ha dato solo delle soddisfazioni ai suoi. Uscito dalle medie con il massimo dei voti, è in classe con un cugino coetaneo, con cui condivide la passione per il computer; fra loro c'è rivalità fraterna ed entrambi primeggiano nella classe. Il padre di P. ha un lavoro indipendente, coadiuvato parzialmente dalla moglie. Sono una coppia molto unita, ancora giovani. Per entrambi la famiglia significa molto e molto investono sui figli che sono stati allevati con ogni cura e affetto. Tutti in famiglia hanno condotto una vita serena, impegnata e programmata.

P. quando viene in reparto sembra di carattere tranquillo e riservato. Sembra accettare di buon grado la terapia ma quando si rende conto degli effetti collaterali (vomito, malessere, perdita di capelli) si chiude in se stesso, reagisce con il mutismo e con il rifiuto del cibo e delle terapie che esprime arrivando a crollarsi quando gli devono fare un prelievo. Sembra non avere più speranze di un futuro, o comunque non accetta questo tipo di futuro.

Dopo un anno, allo stop terapia, inizia a somatizzare e ad avere grosse difficoltà a riprendere la vita di relazione. Sulla scuola incide anche il deficit visivo rimastogli. Con il cugino dice di non avere più argomenti in comune: "*parla solo di computer*".

Fa diversi tentativi di reinserimento a scuola. Accusa però mal di pancia, tremori agli arti superiori e pollachiuria. Fa fatica a concentrarsi e continua a rifiutare il cibo.

Benché faccia del suo meglio (va in palestra, in vacanza con amici) non riesce a togliersi di dos-

so l'angoscia per il futuro. Non riesce a far programmi a lungo termine. Due anni fa cerca aiuto, rivolgendosi alla psicologa del reparto che lo aveva seguito durante la malattia. Il suo stato d'animo si sintetizza bene in un sogno che porta in terapia in quel periodo.

"Corro al pulmino della scuola ma lo perdo. Sta piovendo, mi incammino ma devo fermarmi ad un passaggio a livello, passa un'autoambulanza, mi sveglio." Le associazioni sono sulla vita al tempo delle elementari e delle medie. (l'allegria dei ragazzi nel trasporto in pulmino), la pioggia è associata alla tristezza dei giorni passati chiuso in casa e l'ambulanza ai trasporti durante la malattia ancora recente.

Riesce a riprendersi ed a terminare la seconda e la terza superiore, ma, all'inizio della quarta, durante una partita di calcio a scuola, prende una pallonata in un occhio e cade a terra. Comincia, da allora ad avere gravi difficoltà di rendimento. Dice che studia ma che si dimentica. Emerge che dimentica le regole durante il compito ma che le ricorda e saprebbe come svolgerlo appena lo ha consegnato. Smette di andare a scuola, sta cercando un lavoro perché, dice, "sono troppi anni che sono alle superiori".

P. cerca di negare le sue difficoltà personali (fa sempre fatica a mangiare, esprimendo così il rifiuto inconscio di dipendere dalla figura materna; anche se ama, rifiuta le continue attenzioni della madre sul cibo e sulla sua persona) e relazionali (ha perso i contatti con i suoi migliori amici che sono militari o continuano gli studi). Da una parte, vuole dimenticare la malattia men-

tre sembrano aumentare le angosce in quest'anno decisivo prima di potersi considerare clinicamente guarito, dall'altra tiene i capelli così corti da evidenziare e sottolineare quasi i segni della radioterapia. Quando va dalla psicologa non riesce a fare colazione perché "poi mi resta un peso sullo stomaco". Parla lentamente, riflettendo, cerca di essere staccato dalle emozioni.

Le sue richieste di aiuto psicologico sono state limitate ai momenti di crisi, come si verifica di solito nell'attività di consulenza in un reparto di onco-ematologia pediatrica, ma è evidente che non riesce ad affrontare elaborandola la sua angoscia.

Abbiamo citato questo caso perché ci è sembrato significativo, caratterizzato da manifestazioni, mai plateali, dal desiderio di farcela da soli e di reagire, (magari con la negazione) proprio dell'adolescenza. Vi emerge una profonda depressione di fronte all'angoscia di morte, un io fragile che deriva dall'esperienza traumatica di un corpo fragile e che impedisce di applicarsi serenamente quando sorgono delle difficoltà (ad esempio quelle scolastiche). Vi emergono inoltre il problema del reinserimento nel gruppo di coetanei, dai quali P. è stato separato dalla diversa esperienza di vita. Vi è in lui la denuncia arrabbiata di quello che gli è successo (taglio dei capelli) e conseguente ripiegarsi su se stesso.

È qui evidente la fatica a riprendersi anche nei casi in cui il nucleo familiare è più unito e sano. Riteniamo pertanto che si debba prestare particolare attenzione alla depressione degli adolescenti affetti da malattie gravi.

## BIBLIOGRAFIA

ALIPRANDI M, PELANDA E, SENISE T.: *Psicoterapia breve di individuazione*. Milano, Feltrinelli, 1990.  
BION W.: *Learning from experience*. In: Bion W Ed. *Seven servants*. New York, Aronson, 1977.  
BRADLEY J, DUBINSKY H.: *Understanding 15-17 year olds*. London, Rosendale Press, 1994.  
FORNARI F.: *Affetti e cancro*. Milano, Cortina editore.

FREUD S.: *Mourning and melancholia*. S.E. Vol 14.  
KLEINE M.: *Mourning and its relation to manic depressive states*. In: *Contribution to psychoanalysis*. London, Hogarth Press, 1968.  
WINNICOTT D.W.: *Adolescence*. In: Winnicott D.W. ed. *The family and the individual development*. London, Tavistock, 1965.

Tab. 1 - Confronto fra l'intervento di Crisi e la Psicoterapia Breve

	<i>Intervento di Crisi</i>	<i>Psicoterapia Breve</i>
Selezione	Qualsiasi diagnosi; il soggetto deve essere in crisi; nessun altro criterio di selezione	Nevrosi lieve o moderata; lievi disturbi di personalità; criteri di selezione specifici
Esordio	Recente	Può essere remoto
Focus	Stress attuale	Conflitto di base
Scopo	Recupero dell'equilibrio precedente; sviluppo di migliori capacità di controllo	Miglioramento sintomatico; sviluppo di meccanismi più adattativi per affrontare i problemi
Tecnica	Di sostegno; favorisce le difese; può essere direttiva; è di rado interpretativa	Uso di confronti diretti: attacco delle difese; non è direttiva; è interpretativa
Terapia	Flessibile: il trattamento inizia subito; rapporto individuale e con altre persone; le sedute hanno durata e frequenza variabili	Strutturata: esteso periodo di valutazione; rapporto individuale; sedute di durata fissa; un incontro alla settimana
Transfert	All'inizio, regressivo; raro uso di interpretazioni di transfert	Livello di regressione sotto controllo; frequenti interpretazioni di transfert
Conclusione	Quando la crisi è superata, di solito dopo 6-10 sedute; può essere fissato un limite definito; in genere, i problemi relativi alla conclusione non vengono discussi	Alla fine del limite di tempo stabilito o quando il conflitto è stato risolto, di solito dopo 12-30 sedute; i problemi relativi alla conclusione vengono in genere discussi

Fonte: *Psicoterapia breve*, Flegenheimer (1986).

---

Stampa: LITOGRAFICA 79 s.r.l. - Via di Vigna Girelli, 78 - Roma

STAMPATO IN ROMA, 1997

---