



OLTRE I SILENZI: RICONOSCERE I SEGNALI DEI DISTURBI DELL'UMORE NEGLI ADOLESCENTI.

Descrizione

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE E DELL'INTERVENTO PRECOCE. INTERVISTA AD ADELIA LUCATTINI, ORDINARIO DELLA SOCIETÀ PSICOANALITICA ITALIANA

Intervista di Marialuisa Roscino

L'adolescenza è una fase di metamorfosi profonda, dove il confine tra le normali oscillazioni emotive e un vero e proprio disturbo dell'umore all'inizio può essere sfumato. Intervenire tempestivamente non è solo una scelta clinica, ma un atto di prevenzione che può cambiare radicalmente la traiettoria di vita di un giovane. In che modo è possibile riconoscere i disturbi dell'umore in adolescenza? Cosa riferiscono al riguardo, gli studi epidemiologici? Come si arriva alla diagnosi dei disturbi dell'umore? E come è possibile curarli? Di questo e molto altro, ne parliamo con Adelia Lucattini, Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

Lucattini: «Sostenere i figli senza giudicare. Comprensione e fiducia aiutano più delle critiche».

Dott.ssa Lucattini, quali sono le principali tipologie dei disturbi dell'umore?

Esistono diverse modalità di classificazione dei disturbi dell'umore, a seconda dei sistemi diagnostici utilizzati a livello internazionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), inserisce i disturbi dell'umore, denominati anche disturbi affettivi, comprendendo i disturbi depressivi, i disturbi bipolari e i disturbi dell'umore indotti da sostanze o da condizioni mediche (WHO, ICD-11).

Si tratta di patologie mentali che coinvolgono la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale, caratterizzate da alterazioni significative e prolungate del tono dell'umore, che può assumere prevalentemente una polarità depressiva (tristezza, perdita di interesse, rallentamento psicomotorio) o euforica/maniacale (esaltazione, iperattività, ridotto bisogno di sonno, impulsività).

I due poli, depressione e mania, rappresentano gli estremi di un continuum psicopatologico in cui si collocano diverse forme intermedie, come l'ipomania, la distimia (depressione cronica lieve) e il disturbo ciclotimico, caratterizzato da oscillazioni dell'umore più lievi ma persistenti nel tempo.

Accanto ai sistemi diagnostici descrittivi, esiste inoltre un manuale di classificazione psicodinamica utilizzato nella ricerca e nella pratica clinica internazionale: il *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM), elaborato da una Task Force di associazioni psicoanalitiche internazionali propone una diagnosi multidimensionale che affianca alla descrizione dei sintomi il funzionamento mentale, l'organizzazione della personalità e l'esperienza soggettiva del paziente.

Gli studi epidemiologici cosa indicano in merito?

Gli studi epidemiologici internazionali mostrano che i disturbi dell'umore rappresentano una delle principali cause di disabilità psicologica e sociale a livello mondiale.

I dati provenienti dall'ampia *World Mental Health Survey Initiative*, condotta in oltre 30 Paesi e promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2023) in collaborazione con la *Harvard Medical School*, indicano che la prevalenza nel corso della vita dei disturbi dell'umore varia dal 7% al 20%, con differenze legate al contesto socioculturale e alle metodologie diagnostiche utilizzate.

Il Disturbo Depressivo Maggiore interessa circa il 5% della popolazione mondiale, ma raggiunge punte del 10-12% nelle donne rispetto al 4-6% negli uomini; i Disturbi Bipolari presentano una prevalenza stimata tra il 1% e il 3%, ma possono raggiungere il 5% se si includono le forme sub-soglia o ciclotimiche; circa il 10-15% delle persone inizialmente diagnosticate con depressione maggiore sviluppano successivamente un quadro bipolare, confermando la complessità diagnostica e la necessità di un attento monitoraggio.

Come si arriva alla diagnosi dei disturbi dell'umore?

La diagnosi di un disturbo dell'umore viene posta quando le oscillazioni emotive, verso la tristezza o verso l'euforia, diventano intense, persistenti nel tempo e tali da interferire in modo significativo con la vita quotidiana, il funzionamento scolastico o lavorativo e le relazioni affettive. Non si tratta quindi di normali variazioni dell'umore, ma di condizioni cliniche strutturate che incidono profondamente sul pensiero, sul comportamento, sulla percezione di sé e sul rapporto con gli altri.

Nel polo depressivo, l'adolescente o l'adulto può sperimentare un senso profondo di vuoto, rallentamento del pensiero e della parola, perdita di energia vitale, sentimenti di autosvalutazione. Nel polo maniaco o ipomaniaco, invece, si osservano accelerazione del pensiero e del linguaggio, iperattività, ridotto bisogno di sonno e una sensazione di euforia o di onnipotenza immotivata. Spesso, soprattutto nelle fasi iniziali, la manifestazione precoce non è un'agitazione evidente, ma un'accelerazione del flusso mentale, che può compromettere la coerenza del pensiero e del discorso.

La diagnosi viene effettuata da uno specialista in psichiatria o da un'équipe multidisciplinare che può includere psicologi clinici e psicoterapeuti, attraverso una valutazione approfondita che tenga conto della storia evolutiva, del contesto familiare e del funzionamento psicologico complessivo del giovane. In questa direzione, la *The Lancet Psychiatry Commission on Youth Mental Health* (2026) sottolinea l'importanza di modelli di cura integrati, centrati sul giovane e basati sul coinvolgimento attivo della famiglia lungo tutto il percorso di cura, dalla valutazione iniziale all'intervento precoce e

alla continuità assistenziale.

Perché spesso la diagnosi dei disturbi dell'umore negli adolescenti arriva in ritardo?

Sono diversi i fattori che concorrono a ritardare la diagnosi dei disturbi dell'umore in adolescenza. Gli adolescenti spesso faticano a riconoscere e verbalizzare il proprio malessere emotivo; i genitori possono interpretare l'instabilità dell'umore come una fase "normale" dello sviluppo adolescenziale; inoltre, il contesto scolastico non è strutturalmente deputato alla diagnosi clinica, che resta demandata ai servizi sanitari specialistici. Questo insieme di elementi contribuisce a una sottovalutazione iniziale dei sintomi e a un accesso tardivo alle cure.

Molti ragazzi non hanno una piena consapevolezza dei propri conflitti emotivi e come le difese inconsce possano mascherare o "criptare" il malessere, rendendolo poco visibile sul piano comportamentale. Una revisione sistematica sull'efficacia della psicoterapia psicodinamica in età evolutiva ha evidenziato che tali approcci risultano particolarmente indicati nei disturbi interiorizzati, come depressione e ansia, che tendono a non esprimersi in modo eclatante.

Uno studio su *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry* (2023) ha rilevato che il tempo medio che intercorre tra l'esordio dei sintomi e la diagnosi supera spesso i due anni, soprattutto per la difficoltà nel distinguere i sintomi depressivi da quelli ansiosi o dai disturbi dell'attenzione.

Un'ulteriore conferma proviene da *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2026), che evidenzia come il ritardo diagnostico nei disturbi dell'umore giovanili sia associato a presentazioni cliniche atipiche, comorbidità frequenti e scarsa integrazione tra servizi educativi e sanitari. Gli autori sottolineano che l'assenza di modelli di valutazione multidimensionale e la tendenza a normalizzare il disagio emotivo adolescenziale rappresentano fattori chiave nel posticipare l'intervento clinico.

A che età si manifestano i disturbi dell'umore?

I disturbi dell'umore possono comparire a qualsiasi età, ma l'esordio avviene più frequentemente durante l'infanzia e, soprattutto, nell'adolescenza. Nei bambini i segnali sono spesso atipici e difficili da riconoscere, con prevalenza di irritabilità, instabilità emotiva, disturbi del sonno e dell'attenzione, che possono condurre a diagnosi errate.

Durante l'adolescenza, fase di profonda riorganizzazione emotiva e identitaria, i sintomi diventano più evidenti e possono includere episodi depressivi, fluttuazioni dell'umore, crisi d'ansia e alterazioni del ritmo sonno-veglia, talvolta alternate a fasi di aumentata energia e attività mentale.

L'età media di esordio dei disturbi dell'umore si colloca prevalentemente tra i 12 e i 18 anni, con un secondo picco nella prima età adulta, tra i 20 e i 30 anni, in corrispondenza di fasi di particolare vulnerabilità evolutiva (*Molecular Psychiatry*, 2026).

Quali sono gli interventi più efficaci in adolescenti con disturbi dell'umore?

Negli adolescenti con disturbi dell'umore, gli interventi psicologici più efficaci sono quelli che integrano il lavoro sul funzionamento emotivo con il coinvolgimento della famiglia. Approcci come la terapia interpersonale e le terapie sistemico-relazionali si sono dimostrati utili nel ridurre i sintomi depressivi e nel prevenire le ricadute, soprattutto quando inseriti in programmi di cura strutturati e

continuativi.

La *Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy* (STPP) rappresenta un modello efficace anche in età adolescenziale: pur essendo a tempo limitato, consente di lavorare sui conflitti emotivi, sulle dinamiche relazionali e sull'alleanza terapeutica, favorendo cambiamenti clinicamente significativi.

Ricerche recenti indicano che gli interventi psicodinamici e psicoanalitici integrati producono benefici duraturi nel tempo e risultano più efficaci rispetto al solo trattamento farmacologico, in particolare nei quadri depressivi dell'adolescenza (*BMC Psychiatry*, 2025).

La famiglia può avere un ruolo importante nella gestione dei disturbi dell'umore adolescenziali?

La famiglia può rappresentare un importante fattore protettivo o, al contrario, di rischio nel decorso dei disturbi dell'umore in adolescenza. Comunicazione aperta, supporto emotivo, stabilità delle routine quotidiane e partecipazione attiva al percorso di cura favoriscono una migliore aderenza ai trattamenti e riducono il rischio di ricadute.

Il contesto familiare costituisce lo spazio in cui il ragazzo proietta e rielabora conflitti emotivi, vissuti di dipendenza e separazione, aspettative inconsce e modalità di attaccamento. Il lavoro clinico che coinvolge i genitori consente di comprendere e modificare queste dinamiche, facilitando i processi di regolazione affettiva e di integrazione emotiva dell'adolescente.

La qualità dell'alleanza terapeutica con i genitori e il loro coinvolgimento attivo nel trattamento sono associati a migliori esiti clinici negli adolescenti con disturbi dell'umore. Inoltre, gli interventi che includono il supporto genitoriale o la psicoterapia familiare risultano efficaci nel ridurre la frequenza e la gravità degli episodi affettivi nel lungo termine (*International Journal of Social Psychiatry* (2023); *Frontiers in Psychology* (2024)).

Perché è molto importante l'intervento precoce per la cura dei disturbi dell'umore in adolescenza?

Intervenire precocemente nei disturbi dell'umore consente di ridurre la durata e la gravità degli episodi, prevenire la cronicizzazione, preservare il funzionamento scolastico e sociale e diminuire significativamente il rischio suicidario. Un trattamento tempestivo permette di agire quando i sintomi sono ancora plastici e meno strutturati, aumentando le possibilità di una remissione stabile.

La letteratura psicodinamica ha mostrato come anche interventi psicoterapeutici relativamente brevi possano produrre un *effetto sleeper*, ovvero benefici che si consolidano e diventano più evidenti nel tempo, anche dopo la conclusione della terapia. Inoltre, le evidenze più recenti indicano che l'intervento precoce può influenzare positivamente la traiettoria neurobiologica dei disturbi dell'umore, contribuendo a una migliore regolazione emotiva e a una maggiore integrazione delle funzioni affettive. L'intervento precoce non rappresenta solo una risposta ai sintomi presenti, ma una vera e propria azione preventiva che tutela lo sviluppo psicologico futuro e favorisce la costruzione della resilienza nel lungo periodo (*Frontiers in Psychiatry*, 2025).

Quali consigli si sente di dare ai genitori?

- Attenzione ai segnali. Cambiamenti improvvisi di umore, sonno, appetito o rendimento scolastico non vanno sottovalutati;
- Chiedere aiuto presto. In caso di irritabilit  persistente o isolamento, consultare uno specialista   fondamentale;
- Fare squadra con i curanti. La collaborazione tra famiglia e professionisti rende la cura pi  efficace;
- Non sospendere le cure da soli. Anche se i sintomi migliorano, le terapie vanno modificate solo con il medico;
- Sostenere i figli senza giudicare. Comprensione e fiducia aiutano pi  delle critiche;
- Dare stabilit  quotidiana. Routine e dialogo favoriscono lâ equilibrio emotivo.

L'agone 2024