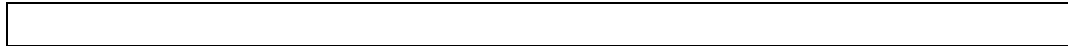


L'inquietudine dell'uomo moderno

di Eugenio Borgna

(servizio di Psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara)



Sono soprattutto tre le aree della depressione. Esistenziale. Reattiva. Psicotica. Ciascuna richiede trattamenti completamente diversi dall'altra. Per i disturbi dell'umore bastano le cure psicoterapeutiche. Un discorso generalizzato è sempre sorgente di fraintendimenti. Soprattutto quando si tratti di prospettive terapeutiche che non possono essere omogenee. Vi sono stagioni in cui la tristezza dilaga improvvisa, e mette a dura prova la vita.

Non c'è una sola depressione; ma ci sono diverse forme di precipitare in una condizione depressiva. Se non si riflette su questa semplice, ma decisiva, considerazione, non ci è possibile cogliere il problema (il tema) della depressione nelle sue diverse articolazioni cliniche e, soprattutto, nelle sue diverse strategie terapeutiche. Nell'area ambigua e indistinta delle depressioni non possono non essere isolate, in particolare, tre diverse forme depressive che sono la depressione esistenziale, la depressione reattiva a qualcosa (la depressione motivata) e la depressione psicotica (la depressione che è chiamata anche endogena).

Ogni volta che si abbia a parlare di depressione in psichiatria, è necessario indicare a quale di queste tre aree, così radicalmente diverse le une dalle altre, ci si intende riferire. Un discorso generalizzante sulle depressioni non ha senso, ed è sorgente di fraintendimenti e di sbandamenti senza fine: in ordine alle prospettive terapeutiche, in particolare, che non sono mai, e non possono essere, univoche e omogenee. Ci sono stagioni, e ci sono momenti, in cui (al di fuori di ogni avvertibile motivazione) la tristezza, che è la parola tematicamente più vicina a quella di depressione, galleggia improvvisamente (nasce, o rinasce, fulminea) nella nostra anima, e dilaga nella nostra interiorità.

Questa è la depressione, che chiamiamo esistenziale (la tristezza leopardiana, direi), nel corso della quale ci sentiamo svuotati di interesse e di iniziativa, e soprattutto non riusciamo più a ri-trovare un senso nella vita. I lati spiacevoli dell'esistenza sono vissuti come insormontabili: si elevano dinanzi a noi come montagne inaccessibili e inquietanti. Si fa fatica a pensare: risucchiati da uno stato d'animo che si nutre di tristezza e di smarrimento, e che ci oscura l'orizzonte inaridendo ogni gioia e ogni speranza.

Il tempo soggettivo, il tempo vissuto, che non ha nulla a che fare con il tempo

dell'orologio, con il tempo misurabile, non fluisce più spontaneamente e limpidamente come avviene quando la tristezza non è nella nostra anima; ma tende a rallentare e a disgiungersi nelle tre dimensioni (agostiniane) che lo compongono: la dimensione del presente, quella del passato e quella del futuro. Quest'ultima, in particolare, tende ad arrestarsi (e con essa la speranza che vive solo del futuro e nel futuro) e viene, così, risucchiata dal passato che cresce e dilaga nella nostra immaginazione e nei nostri pensieri.

La tristezza esistenziale non è tristezza patologica, non ha nulla a che fare con la depressione come malattia; ma è un'esperienza di vita che non è estranea a ciascuno di noi: nella misura in cui riflettiamo sul senso delle cose che ci circondano e sul senso delle cose che svolgiamo, talora effimere e inutili, talora svuotate di alterità (di dedizione agli altri) e impregnate di "egoità" (di egocentrismo e di aridità). In ogni età, certo, ma soprattutto in quelle segnate dai crepuscoli, può nascere improvvisa la consapevolezza (l'intuizione) della precarietà e dell'inadeguatezza delle nostre azioni e delle nostre speranze; e la tristezza, la malinconia (la malinconia che può essere anche creativa come ha splendidamente scritto nello *Zibaldone* Giacomo Leopardi), toglie smalto alle cose e le annebbia, facendoci recuperare nondimeno valori che, prima della sua presenza, non coglievamo e non avvertivamo.

La tristezza esistenziale è stata magistralmente descritta da Romano Guardini in un suo testo, scritto in anni lontani ma di travolgente attualità, sui diversi aspetti della malinconia. Egli dice fra l'altro: «La malinconia è il prezzo della nascita dell'eterno dell'uomo»; soggiungendo: «Il vero significato (della malinconia) non si rivela se non attraverso lo spirito. E mi pare che lo si debba formulare così: la malinconia è l'inquietudine dell'uomo che avverte la vicinanza dell'infinito» (Guardini, 1977).

Nel dire queste cose Romano Guardini coglie l'essenza di quella che è per noi la depressione esistenziale; e in essa non ha davvero senso né la psicoterapia né, tantomeno, la farmacoterapia. Qui siamo confrontati con la nostra natura profonda e con il nostro destino.

Le depressioni, che nascono come risposta motivata a una situazione stressante (alla perdita di una persona cara, a un cambiamento di casa, alla perdita della patria), sono chiamate in psichiatria "depressioni reattive": per distinguerle dalle depressioni immotivate (psicotiche) che insorgono al di fuori di ogni comprensibile motivazione. Le depressioni reattive sono molto più frequenti che non quelle psicotiche; e questo, certo, rende ancora più insostenibile e inaccettabile ogni discorso che tenda a generalizzare l'importanza delle radici biologiche delle depressioni e tende a identificare, eliminandone le differenze categoriali, le depressioni reattive con quelle psicotiche.

Quando questo avviene, e avviene con grande frequenza, ne consegue una illimitata e selvaggia prescrizione, soprattutto da parte dei medici di base, di farmaci antidepressivi che, lo diciamo subito, hanno un'adeguata ragione d'essere (e una radicale importanza) nel contesto delle depressioni psicotiche ma non in quello delle depressioni reattive. In esse, infatti, le strategie terapeutiche non possono non essere articolate in maniera diversa

e, in ogni caso, l'azione terapeutica dei farmaci non può essere nemmeno lontanamente paragonata all'azione svolta nell'area delle depressioni psicotiche.

Nostalgia di un incontro

Come si costituisce sintomatologicamente una depressione reattiva? Essa non ha la profondità e la lacerante incandescenza delle depressioni psicotiche. Gli avvenimenti (gli eventi stressanti) che trascinano con sé una depressione reattiva non sono univoci nei loro contenuti; essi non hanno nulla a che fare con cause biologiche. Sono avvenimenti psichici che si svolgono nell'interiorità di ciascuno di noi, quelli che artigliano la condizione umana e la sospingono nel gorgo di una depressione reattiva. Questa si attenua, poi, fino a scomparire quando la causa che l'ha determinata si esaurisce nella sua influenza emozionale; anche se, ovviamente, può persistere una condizione di instabilità e di vulnerabilità emozionale.

Come dice splendidamente Kurt Schneider, quando si è immersi in una depressione reattiva è come se nel fluire ininterrotto della vita sia stato gettato un masso roccioso che arresta questo fluire (Schneider, 1962). I pensieri sono risucchiati nel vortice di una sola idea, quella depressiva, che oscura e domina ogni altra idea e che toglie significati alla gioia: segnando ogni evento e ogni esperienza della vita con il sigillo della sofferenza, frenando ogni realizzazione e ogni attività.

Non posso non insistere sul fatto che ogni depressione reattiva debba essere riconosciuta nella sua sintomatologia e debba essere differenziata sia dalla depressione esistenziale sia da quella psicotica. Cosa, questa, che non sempre avviene con conseguenze cliniche e terapeutiche disastrose.

Le modificazioni del tempo vissuto (dell'esperienza soggettiva del tempo), che si adombrano già nella depressione esistenziale, si fanno ora più profonde e più evidenti; ma non si giunge mai a quella assoluta e radicale perdita del futuro che si constata nei modi di essere del tempo nella depressione psicotica. Nella depressione reattiva il "peso" del passato si fa sentire, certo, e condiziona l'esperienza soggettiva del tempo inaridendo ogni slancio vitale e ogni speranza; ma non si ha mai la cancellazione del futuro (della speranza) quale si osserva nella depressione psicotica.

Nella depressione reattiva non si delinea nemmeno il distacco radicale dal mondo, è lo sprofondare nella propria soggettività (che la psichiatria chiama "solitudine autistica") che contrassegna invece ogni depressione psicotica. In questa la comunicazione con gli altri è così bloccata che l'esistenza sembra precipitare in abissi invalicabili e ancora più inquietanti che non quelli schizofrenici (Borgna, 1995). Nulla di questo nella depressione reattiva nella quale si coglie, palpitante e viva, la nostalgia di un incontro (Borgna, 1992) e di un dialogo: di una parola, non di una medicina, che soccorra a chiarire il senso della sofferenza e delle situazioni umane e psicologiche che l'hanno determinata, e a testimoniare (anche) un gesto di solidarietà e di speranza alimentato, e costituito, da conoscenza scientifica e da presenza umana. Come ha scritto a suo tempo Manfred

Bleuler, uno dei grandi psichiatri del nostro tempo, la cosa essenziale è quella che "il più forte – il medico – dia una mano al più debole – il paziente" (Bleuler, 1970).

La storia di Giovanna

Una breve storia clinica può aiutare a capire come si possa giungere a una depressione reattiva. Giovanna (una paziente depressa) ha quarant'anni, è madre di due figlie e insegna in una scuola media superiore. Di carattere dolce e sensitivo, non ha molta confidenza con il marito che ama, ma che sente talora troppo rigido nelle sue decisioni e troppo sicuro di sé. La storia della sua vita si è svolta senza fratture e senza crisi significative fino a quando una delle due figlie ha incominciato a presentare il quadro clinico di una anoressia nervosa: di un rifiuto, più o meno radicale, dell'alimentazione.

L'esperienza della figlia è vissuta da Giovanna come colpa e come scacco (come fallimento educativo): ma l'angoscia e la depressione si manifestano solo quando la figlia riesce a sfuggire alla sintomatologia anoressica: quando, cioè, incomincia a stare bene. Come accade in molti casi, la tensione accumulata nel corso della malattia della figlia si scompensa quando migliorano le condizioni della figlia, e conduce alla insorgenza di una depressione: di una tipica depressione reattiva. Fra i sintomi iniziali, di cui la paziente si lamenta, c'è l'insonnia: stenta molto ad addormentarsi, le ore passano inesorabili nel silenzio della notte senza che il sonno diventi possibile se non nelle primissime ore del mattino, quando deve alzarsi. Cose antitetiche nei confronti di quelle che si hanno nella depressione psicotica nella quale il sonno si inizia immediatamente ma poi si interrompe dopo qualche ora e non riprende più.

La tristezza riempie l'orizzonte di vita di Giovanna che si sente divorata da sensi di colpa (inconsistenti a una analisi psicologica, ma non per questo inesistenti nella coscienza della paziente). L'incontro con gli altri ridesta ansia e inquietudine nel timore che traspaia la sua tristezza e la sua disperazione. Non ha mai avuto esperienze autoaggressive: nonostante tutto sopravvive la fiducia in chi la segue e la cura.

Come si agisce terapeutamente in situazioni umane e psicopatologiche come questa, contrassegnata dalla presenza di una depressione reattiva, di Giovanna?

Illusione inaccettabile e, fra l'altro, molto arrischiata è quella di pensare che la guarigione possa essere ottenuta con la semplice (automatica) prescrizione di farmaci antidepressivi, come se si avesse a che fare con una depressione psicotica. Nel contesto di una depressione reattiva, come quella di Giovanna, la cosa più importante non può se non essere quella di ascoltare la paziente, di analizzarne insieme la storia della vita e gli eventi che si sono dimostrati patogeni (psicotraumatici), di ricercare insieme e di fare riemergere le possibilità umane radicate nella paziente, di aiutarla a ricostruire il senso delle cose e di testimoniare una vicinanza psicoterapeutica fondata sull'incontro e sul dialogo ermeneutico nel senso di Hans-Georg Gadamer (1995).

Certamente, almeno in alcuni casi, sono utili farmaci ad azione antidepressiva, o

ansiolitica, ma solo a dosi estremamente basse e solo nel contesto di una psicoterapia che, nelle sue diverse articolazioni tecniche, si costituisce come la condizione terapeutica essenziale perché una depressione, come questa di Giovanna, possa essere

affrontata e possa essere guarita: come, in realtà, è avvenuto nel corso di qualche settimana.

Una malattia limitata

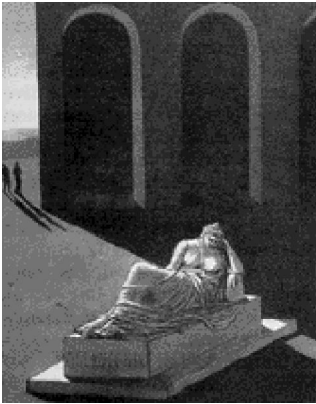
La depressione psicotica, che è la sola depressione alla quale si possa applicare il concetto medico di malattia, non costituisce se non una frangia molto limitata nell'arcipelago sconfinato delle depressioni nelle quali sono di gran lunga più frequenti le depressioni reattive e quelle che abbiamo chiamato depressioni esistenziali. Nella depressione psicotica le cose cambiano radicalmente: la tristezza non è solo vissuta come esperienza psichica ma anche come esperienza somatica: come una sensazione di "peso", come una sensazione di oppressione al torace e, in particolare, al cuore che sembra essere schiacciato in una morsa fatale. Sono le parole delle pazienti e dei pazienti a comunicare queste esperienze molto concrete e molto dolorose. Ma l'espressione sintomatologica più straziante ed emblematica di una depressione psicotica si ha quando la tristezza (il poter-essere-tristi) non può più essere rivissuta.

Il dilagare dello svuotamento emozionale trascina, cioè, con sé l'impossibilità a rivivere l'ultima esperienza emozionale che ancora sopravviveva: quella della tristezza. Nella depressione psicotica, in alcune sue forme, non è più possibile piangere e non ci sono più lacrime. La tristezza esistenziale e la tristezza conseguente a un evento doloroso della vita, da una parte, e la tristezza psicotica, dall'altra, sono separate da un solco radicale e insormontabile che solo le ideologie organicistiche (per le quali, in fondo, la vita psichica non ha autonomia) non riescono a cogliere e non riescono ad accettare.

La depressione psicotica non ha una sola forma di espressione sintomatologica: ci sono in essa, cioè, strutture psicopatologiche e cliniche diverse che hanno evoluzioni difformi e hanno bisogno di terapie farmacologiche differenziate. Quali sono i sintomi che ci fanno riconoscere una depressione psicotica distinguendola da una depressione esistenziale, o reattiva? Nella depressione psicotica la vita interiore tende a svuotarsi di intenzionalità: in alcuni casi si può giungere fino al deserto delle emozioni nel senso che queste si inaridiscono e non si fanno più portatrici di intersoggettività e di dialogo. Come conseguenza di questa aridità emozionale nasce quella che è un'esperienza di estraneità, nel senso che le persone, le cose e le situazioni perdono la loro abituale conoscibilità (la loro abituale familiarità) e sembrano allontanarsi nello spazio. Ma anche i volti, che si riflettono negli specchi, sembrano alle pazienti e ai pazienti estranei: i loro volti e i volti delle persone che sono con loro.

Ci sono altri sintomi nel cuore di ogni depressione psicotica: la perdita della iniziativa

dilaga fino a trasformare alcune pazienti e alcuni pazienti in figure umane irrigidite e immobili. L'inibizione interessa anche le articolazioni del pensiero che si fanno lente e vischiose: risucchiate nel vortice di colpe, di timori di malattia e di timori di catastrofi economiche che possono assumere talora la dimensione di esperienze deliranti *tout court*. Queste esperienze deliranti sono state interpretate da Kurt Schneider (1962) come l'espressione delle angosce originarie della condizione umana.



Anche G. De Chirico
ne ha subito il fascino:
Melanconia. Olio su tela, 1912.

Nella depressione psicotica si osservano (anche) modificazioni vegetative e somatiche che si esprimono con l'insonnia, che ha le caratteristiche prima indicate, con sensazioni di nausea e di oppressione al capo, e con i disturbi cardiaci e gastrointestinali: questi sintomi nascondono (mascherano) talora i fenomeni psichici: la depressione, cioè. Ma nella depressione-malattia (nella depressione psicotica) si fa ancora più evidente il disturbo nella esperienza soggettiva del tempo: le smagliature del tempo interiore (del tempo vissuto: sono definizioni interscambiabili), che sono state evidenziate nel contesto delle depressioni reattive, si fanno ancora più radicali e profonde. La dimensione del futuro (dell'avvenire) è cancellata dall'orizzonte del tempo interiore: nel quale non sopravvive se non la dimensione del passato: di ciò che è già accaduto ed è già stato. Non c'è più spazio per le ali della speranza che si dissolve, e fa sì che l'esistenza psicotica si smarrisca nelle sue colpe e nella sua solitudine autistica (Kranz, 1970). In questa forma di depressione, che è nonostante le apparenze curabile e guaribile, si osservano con emblematica frequenza un *taedium vitae* doloroso e il richiamo stregato della morte volontaria. Questo rischio si ha soprattutto quando la depressione sta nascendo e quando sta esaurendosi: non quando essa è nella sua piena espansione clinica. In questo caso, l'inibizione (l'impossibilità a realizzare una qualsiasi iniziativa) impedisce che il desiderio della morte possa concretarsi. Quando la depressione sta guarendo, invece, si ha una divaricazione profonda fra lo stato d'animo, che continua ad essere accasciato e triste, e l'inibizione, che si attenua: consentendo così al desiderio della morte di relizzarsi.

La depressione psicotica (la depressione-malattia) è, dunque, la forma depressiva più seria e più radicale nelle sue espressioni sintomatologiche; ed è la forma depressiva nella quale la depressione si accompagna frequentemente all'ansia (all'angoscia che testimonia di un'ansia più profonda e più radicata nella corporalità), e nella quale in ogni caso la farmacoterapia ha una importanza decisiva: benché non possa non essere inserita nel contesto di un dialogo psicoterapeutico.

La somministrazione di farmaci antidepressivi e di farmaci ansiolitici deve avvenire seguendo rigorose scansioni scientifiche sia nella scelta dei farmaci sia nei loro dosaggi. La mancata rispondenza all'azione antidepressiva è dovuta, nella grande maggioranza dei casi, a dosaggi sbagliati (si oscilla frequentemente fra dosi troppo basse e inadeguate e dosi invece troppo alte) e ad associazioni farmacologiche (alla somministrazione contemporanea di farmaci che si indeboliscono reciprocamente o che si potenziano nei loro effetti secondari) stravaganti e approssimative. Non di rado sono i medici di base a complicare le cose: prescrivono farmaci inidonei, o inadeguati nelle loro dosi, che, appunto per questo, non migliorano la depressione: determinando sfiducia nei pazienti, e facendo perdere tempo prezioso nell'articolazione di rigorose ed efficaci strategie terapeutiche.

Ogni depressione psicotica, nonostante tutto, ha in sé la tendenza spontanea alla risoluzione clinica (alla guarigione) che viene talora rallentata e differita proprio dalla somministrazione di farmaci antidepressivi e ansiolitici inefficaci, e fuori luogo.

Non c'è una sola depressione, dunque; ma ci sono diversi modi, e diverse forme, di vivere una depressione. La depressione esistenziale non è la depressione reattiva, e la depressione-malattia (la depressione psicotica) non ha nulla a che fare né con la prima né con la seconda. La depressione esistenziale e quella reattiva si curano con strategie psicoterapeutiche, diversamente articolate nell'una e nell'altra, che si possono accompagnare alla somministrazione eventuale di blande dosi di farmaci ad azione antidepressiva e ansiolitica: che hanno una funzione subalterna nei confronti della psicoterapia. La depressione psicotica, che è la sola depressione alla quale possa essere attribuita la connotazione di malattia in senso medico, si cura e si guarisce con la somministrazione farmacoterapeutica, che è in ogni caso necessaria: sia pure nel contesto di una presenza psicoterapeutica e umana, fatta di ascolto e di immedesimazione da parte del medico (Gebattel, 1964).

Nonostante che questa sia la realtà clinica delle cose, si tende a fare di ogni erba un fascio, e questo non solo in trasmissioni televisive incaute e superficiali, ma anche in aree mediche, psichiatriche, come se non esistesse se non una sola depressione: quella che, al di là di ogni denominazione clinica, abbia bisogno di sola farmacoterapia. Cosa insostenibile e deleteria: mi augurerei di lasciare questo messaggio: non confondiamo una depressione che ha bisogno di psicoterapia e di blanda farmacoterapia (e sono la grande maggioranza dei casi) con una depressione (psicotica) che ha incidenza statistica molto ridotta e nella quale, certo, una farmacoterapia antidepressiva è essenziale.

Eugenio Borgna

BIBLIOGRAFIA

Bleuler M., *Bleiben wir am Kranken!*, in "Schweizerische Medizinische Wochenschrift", 100, 1970, pp. 89-96.

Borgna E., *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 1992.

Borgna E., *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli, Milano 1995.

Gadamer H.G., *Verità e metodo 2*, Bompiani, Milano 1995.

Von Gebattel V.E., *Imago Hominis*, Neues Forum, Schweinfurt 1964.

Guardini R., *Il senso della malinconia*, in R. Guardini, *Pensatori religiosi*, Morcelliana, Brescia 1977, pp. 75-120.

Kranz H., *Depressionen*, Bonaschewski, München-Gräfelfing 1970.

Leopardi G., *Zibaldone di pensieri*, vol. II, in "Tutte le opere di Giacomo Leopardi", Mondadori, Milano 1977.

Schneider K., *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart 1962.