

MELANCONIA DELLA DEPRESSIONE O DELLA TRISTEZZA PATOLOGICA

Chiunque si addentri nel problema delle patologie sulla perturbazione dell'umore,¹ (sia di natura medica che psicogena²) s'accorge dell'abbondante letteratura scientifica in merito. Si naviga in un mare piuttosto agitato e ben lontani da approdi facili.³

Si tratta in definitiva e, generalizzando, d'inquadrare un'ampia dimensione del MALESSERE ODIERNO.⁴

Ci sono molte forme di depressione che vengono studiate da più dottrine scientifiche, qui tratteremo *la depressione* dal punto di vista psicoanalitico, o meglio dalla visione classica della psicoanalisi.⁵

La psicoanalisi non intende tanto soffermarsi su descrizioni sintomatiche⁶ ma piuttosto studia la depressione [affrontata da Freud come *melanconia* e trattata nel suo famoso saggio *Lutto e malinconia*(1917)] quale espressione del dolore umano inteso e compreso pur attraverso una dialettica [apparentemente] abnorme.⁷

La **depressione** è un **malessere** che quando colpisce una persona la ingloba in tutto l'arco evolutivo dell'esistenza. Quindi non si concentra *in primis* nell'universo degli adulti, ma inizia fin dall'**interrelazione tra ambiente, madre e bambino**.

La psicoanalisi non si paragona all'agire medicalizzante,⁸ ossia non presta un trattamento clinico ospedaliero come avviene per una patologia organica [per intenderci]. Sceglie, nel possibile, una concezione dialettica *umanistica*, esistenziale, pur nel rispetto dei rigori metodologici che sono peculiari della sua teoria e clinica; e non di meno dal suo proprio metodo di vista di far ricerca.⁹

Esaminiamo subito l'aspetto della *depressione* che offre tutta una propria architettura a partire dalle sintomatologie infantili per completarsi infine in quelle dell'adulto.

La depressione ha la sua causa "prima" in un'**assenza affettiva di relazione**.

Una delle tipiche devianze di relazione avveniva a causa delle ospedalizzazioni o dei ricoveri in Istituti di assistenza per bambini, specialmente nella seconda guerra mondiale e nel

¹ In proposito vedi: Evelyne Pewzner, *Introduzione alla psicopatologia dell'adulto*, Einaudi, 2002; pp. 123-156.

² Che non ha basi organiche ma espressamente psichiche, ossia *psicogene*.

³ Deve essere chiaro che *La depressione* presenta un problema d'attenzione prevalentemente medico la cui sintomatologia non va mai trascurata ma diagnosticata e terapizzata.

⁴ Tuttavia è un malessere tipico della patologia umana che è presente in ogni epoca; forse è da sottolineare il fatto che si tratta di un malessere che viene particolarmente avvertito nei passaggi d'epoca. Nella nostra epoca attuale, rispetto quella del 1800 si presenta in una sintomatologia diversa, assieme alle patologie narcisistiche, che (forse) allora erano meno considerate rispetto le psiconevrosi, trattate dalla psicoanalisi all'inizio del secolo scorso.

⁵ S'intende prevalentemente quella freudiana.

⁶ Le situazioni sintomatiche sono spesso devianti, con esse si tende parlare di un significante che rischia di non centrare il significato. In merito a questa problematica vedi: Franco Fornari, *Simbolo e codice*, Feltrinelli, 1976, pp. 298.

⁷ Abnorme, infondo è tutto quel comportamento incomprensibile, che tale permane finché non lo s'inquadra nella logica dell'inconscio. La logica dell'inconscio è sempre irrazionale (fuori dal tempo e della comune realtà), infatti, il fondamentale merito della psicoanalisi di S. Freud è stato quello di scoprire le leggi dell'irrazionalità dell'inconscio. Molti *comportamenti* delle persone permangono abnormi se non contestualizzati nel rapporto tra realtà e linguaggio inconscio.

⁸ Va a ogni modo seriamente considerato anche l'aspetto medico psichiatrico per aver un'idea più complessa della depressione; esiste anche il DSM-IV (Manuale delle categorie psichiatriche diagnostiche), e si è in attesa del V.

⁹ Cfr. Gabbard, *Trattato*, Ed. Cortina 2006. C'è inoltre da dire che una situazione depressiva, in un trattamento psicoanalitico, non segue una statistica di sintomatologie né tanto meno una sommatoria di situazioni identiche o no a quella degli altri. Per il depresso la sua sofferenza permane è legata al suo personale ed esclusivo modo di viverci, che non sarà mai paragonabile a quello di un'altra persona.

dopoguerra. Se da una parte ciò ha contribuito anche per la riduzione degli infanticidi¹⁰, contemporaneamente però ha concorso agli effetti nefasti causati dall'assenza delle relazioni affettive, e impareggiabili, che invece si realizzano positivamente nel rapporto tra madre e neonato.¹¹

Studi rigorosi in questo ambito sono stati fatti fin dal 1946 da **Spitz**, vista l'alta mortalità infantile che si verificava in quell'epoca.

Per quanto l'istituzione la si desidera efficiente permane solo che formalmente sufficiente. Il bambino tolto dai legami diretti e affettivi con la propria madre incorre in serie perturbazioni d'ansia: paure d'oggetti; altri bambini si dondolano senza sosta o si strappano i capelli e si mordono.

Secondo Spitz gli *effetti dell'ospedalismo* sono irreversibili sull'andamento del progresso evolutivo e psichico del bambino.

I disturbi, dunque, a livello delle relazioni affettive, sociali, e della sessualità permarranno considerevoli.¹²

La depressione anaclitica dell'infante¹³

Casi studiati da **Anna Freud** e da **Burlingham**, descrivono così le reazioni di diversi bambini piccoli allontanati dall'ambiente familiare durante il Blitz di Londra:

Questi bambini se ne stavano solitamente distesi o seduti, gli occhi aperti e lo sguardo fisso, il viso irrigidito, immobile, e l'espressione assente, come in un torpore; erano palesemente estranei alla realtà che li circondava.¹⁴

Con il termine di **DEPRESSIONE ANACLITICA**, si vuole indicare il bisogno che il bambino ha di *"appoggiarsi su"*, praticamente di posarsi sulla presenza affettiva della madre.

L'Angoscia di separazione¹⁵ è un fattore *predisponente* se non determinante delle sindromi depressive dell'adulto. La depressione, in senso generale ma anche essenziale, produce acutamente quel senso di mancanza e di vuoto che il soggetto ha già sperimentato nella separazione prematura, madre bambino.

Freud aveva segnalato l'importanza **dell'angoscia di separazione** nel 1922,¹⁶ quale fattore di alto rischio per il lattante, anche per la perdita della soddisfazione orale del bambino.

Le ripetute separazioni che si verificano prematuramente nell'infanzia hanno come deleteria conseguenza quella di destabilizzare il progredire dell'evoluzione psicoaffettiva riportando l'individuo all'inquietante regressione della *depressione anaclitica*.

Non è neppure raro notare, a proposito di queste separazioni affettive premature, una successiva comparsa di patologie *borderline*.¹⁷

¹⁰ Riguarda la classica depressione puerperale, che subito dopo la nascita può causare uno stato depressivo nella madre che la può portare all'infanticidio. G. Zilborg chiarisce la psicodinamica di tale evento come determinato da conflitti interni alla madre che nel padre. Nella madre c'è una perdita rispetto la precedente situazione di gravidanza che si realizza con il parto. Nel padre si realizza la fantasia inconscia del "seno perduto" in quanto il bambino guadagna, al suo posto, il seno della madre moglie.

¹¹ Siamo nel contesto dell'*holding*, ossia di che Winnicott definisce <<ambiente di holding>>, ossia d'ambiente protettivo che viene creato dall'attenzione d'una madre sollecita alle necessità nutritive e affettive del proprio bambino. [Cfr. AA, *L'esperienza della psicoanalisi*, Boringhieri, 1996; pp. 236-237.].

¹² Maurice Despinoy, *Psicopatologia del bambino*, Einaudi, 2001, p72-73.

¹³ Ib, (Cfr.) p. 74.

¹⁴ Ib, p. 74.

¹⁵ Spesso causa di aggressività e auto aggressività.

¹⁶ Dal 1020 abbiamo la svolta freudiana, ossia il passaggio dal modello topico al modello strutturale.

¹⁷ M. Despinoy, ib. p. 75.

Si è inoltre notato che di là delle ospedalizzazioni, come una *depressione della madre o i suoi lutti non superati*, vadano altrettanto a incidere sulla reazione depressiva del neonato.

Altre forme depressive pare siano invece indipendenti dal rapporto madre bambino; per esempio in casi di bambini affetti da malattie fisiche (...) ¹⁸.

Specialisti dell'infanzia hanno rilevato che dei bambini, ancor **prima dei sei mesi**, manifestano espressioni di depressione quale viso irrigidito, la scomparsa del sorriso e delle vocalizzazioni, con frequente allontanamento dello sguardo. Bambini perfino mancanti di quei naturali atteggiamenti che di solito assumono nel venir presi in braccio dalle persone a loro care. **Oltre i sei mesi**, si sono verificati casi di profonda indifferenza, bambini con uno sguardo stranamente fissante, di *tenebrosa superficialità* da far scoraggiare la relazione affettuosa da parte dei propri genitori. [Despinoy, p. 77].

Tali stati depressivi, negli infanti causano squilibri psicosomatici quali **malattie laringo faringee** o seri **disturbi digestivi**.

Il persistere di tale depressione, nel bambino piccolo, fa progredire psicosomatizzazioni che danno causa a *comportamenti vuoti, stati di disorganizzazione strutturale* che esprimono il loro vuoto di pensiero; producono condotte prive di affettività accompagnate da **episodi di iperattività** con carenza emozionale. A questo punto è perfino problematico, se non impossibile in alcuni casi, risalire alle cause dello stato depressivo originario. ¹⁹

Si tratta di sintomatologie, appunto, complesse che invalidano tutta la sfera emotiva relazionale che dalla depressione precoce può sconfinare fin nei primi segni dell'autismo. ²⁰

La diagnosi di autismo, infatti, viene spesso diagnosticata in ritardo. Questo anche perché i segni inquietanti dell'autismo (verso la fine del primo anno di vita) vengono sottovalutati in quanto si manifestano in forme abbastanza moderate.

Frequenti sono anche i **disturbi del sonno**, tra cui impressionanti insonnie di tipo calmo: il bambino lascia gli occhi aperti senza manifestare nulla. Altre volte invece presentano un'**insonnia con pianti e urla**.

Malgrado tutta questa preoccupante sintomatologia riportata è in genere prevalentemente indiziaria, non si tratta già di una malattia ineluttabile purché tali segni siano sotto controllo e non si mantenga una *condotta attendista*. Tutto ciò richiede delle consultazioni mediche specialistiche della madre assieme al bambino e l'instaurazione di un'adeguata terapia medica e psicoterapeutica.

Nell'adulto il malessere melanconico [depressione] come visto, persiste dalle esperienze di relazioni infantili negative. Se si manifesta per la prima volta in età adulta assume sempre, come nel bambino, uno **stato mentale di perdita irrimediabile** e di **vuoto**. ²¹

Questo *malessere* può esprimersi anche attraverso due fasi opposte [**disturbo bipolare**]: episodi di profonda *prostrazione, tristezza* si alternano a *periodi maniacali*. ²²

¹⁸ Un discorso a parte meriterebbe il fatto della malnutrizione come causa di una depressione. Purtroppo difficile da supportarsi poiché l'effetto stesso di una depressione può causare depressione e calo della crescita ponderale.

¹⁹ M. Despinoy, p. 77.

²⁰ Cfr, Despinoy, ib.

²¹ Volendo approfondire la materia psicoanalitica sulla depressione si veda: Pierre Fédida, *Il buon uso della depressione*, Einaudi, 2001, pp. 256.

²² Non è il caso qui di soffermarci in tutti i particolari, tra l'altro assai complessi. Si ricordi per esempio la sindrome di *psicosi maniaco depressiva*. Sia, inoltre, chiaro che abbiamo anche a che fare con tipi di personalità a volte

In questa esposizione, per semplificare la complessità del tema in questione e per comprendere meglio la psicodinamica che caratterizza la depressione in generale, vengono scelte **due tipologie particolari della depressione**: quelle **psicogene**, ossia prive di disfunzioni organiche, e quelle **reattive (semplici)** dette così perché sono stati d'animo causati da perdite oggettuali.

In entrambi i casi si tratta di una sofferenza inerente a proprie perdite affettive, anche se va specificato che tali perdite possono essere reali o immaginarie.

Ci sono poi le depressioni **reattive complesse** che in genere sono quasi sempre psicogene e si rapportano a tutte quelle complicità delle sintomatologie *psiconevrotiche*,²³ attinenti al sapere psicoanalitico.

Sono seguite, dunque, con particolare accortezza poiché **la depressione nevrotica** può portare fino al **suicidio**. Stati depressivi di questo tipo coesistono alla sfera delle motivazioni inconsce, legate inesorabilmente alle disfunzioni dello sviluppo psico affettivo infantile del depresso.

LA PSICOSI MANIACO DEPRESSIVA **ABRAHAM e FREUD**

Prima di Freud fu lo psicoanalista Abraham che nel 1912 si occupò della **psicosi maniaco depressiva**. L'osservazione clinica di questi due psicoanalisti su **questo grave disturbo patologico**, pur non escludendone i suoi fattori organici, ha rilevato che **in diversi casi era possibile individuare un meccanismo di causa esclusivamente psicogeno**.²⁴

Lo stato d'animo del melanconico non si scostava da quei comportamenti di disperazione così **simili** di colui che subisce un **lutto**.

Nel lutto avviene la perdita di un oggetto affettivo [per *oggetto* qui intendiamo una persona].²⁵

Non è detto, tuttavia, che si abbia un lutto [cordoglio] solo nel caso della perdita di una persona cara; **può trattarsi, come nel melanconico, d'un ideale, oppure la perdita di una relazione amorosa**, può essere anche la perdita di tante altre cose a cui si è attaccati, "specialmente" in **una relazione narcisistica**.²⁶

Quindi sia la **melanconia** che il **lutto** danno luogo a uno stato di prostrazione, tristezza, depressione che porta l'individuo anche a **fortissime riduzioni d'interesse per il mondo esterno**. [Ritiro della libido dell'Io che investiva l'oggetto d'amore, e protezione, per ripiegarsi sull'Io].

Ci si trova nell'incapacità di amare e si è ostacolati nel provar interesse a qualsiasi tipo di attività.

Tipico della malinconia, rispetto al lutto, vi è uno straordinario abbassamento del sentimento di sé [auto deprezzamento, disistima, e si vuole che gli altri, perfino le persone più estranee, condividano questo **auto disprezzo**].

propriamente psicotiche, altre nevrotiche. Stati di cause organiche, altri per cause endogene non precisate e cause reattive, d'ambiente disagiato.

²³ Malattie funzionali ma non causa di disfunzioni organiche.

²⁴ Come chiarito in altra parte, con *psicogeno* s'intende un disturbo psichico privo di riferimenti patologici organici.

²⁵ Per tutto questo argomento sulla perdita dell'oggetto nella melanconia vedi: C. L. MUSATTI, *Trattato di psicoanalisi*, Boringhieri 1949; cfr. II°p, pp. 295-299.

²⁶ L'innamoramento è il massimo investimento narcisistico, dove un individuo si svuota di se stesso per dare spazio all'amato. Per quanto riguardano gli aggiornamenti sullo stato melanconico e narcisismo vedi: Hugo Bleichmar, *Psicoterapia psicoanalitica*, Astrolabio, 2008, pp.37-84.

conseguono tutto un insieme d'**auto rimproveri, autoaccuse** che culminano in *un'attesa delirante di sciagura accettata come castigo ben che meritato.*²⁷

Per spiegare **il meccanismo psichico che sta alla base di una melanconia** si rende indispensabile **l'esame di tutti quegli elementi che unificano e distinguono la melanconia dal lutto.**

Nel lutto come nella melanconia viene perduto qualcosa di particolarmente **caro e insostituibile**. [La melanconia può instaurarsi indipendentemente o derivare comunque da una conseguenza luttuosa.].

Nel lutto però si sa ben cosa si perde, fatto che non si verifica nella malinconia, pur vivendo la **dolorosa sensazione d'aver subito un'irrimediabile perdita.**²⁸ [*Il melanconico vive un ignoto e inappagabile sentimento nostalgico, ideativo rappresentante il desiderio irrealizzabile che porta al sentimento doloroso ossia l'affetto depressivo che si differenzia dall'angoscia.*]²⁹

Se nel **lutto** è il mondo [l'esterno] a farsi vuoto e insignificante, nel **melanconico** è il proprio **Io** [l'interno dell'essere] a farsi vuoto e insignificante; misero, **spregevole con "infinita" pietà di sé** attraverso una visione (esistenziale) che non si limita al momento specifico della propria malattia ma "abbraccia" in generale tutta la vita.

Pare cioè al soggetto di essere stato sempre indegno di stima e di amore; ed egli compiangere i suoi cari, in quanto sono legati a lui che non merita simpatia di alcuno. E ancora gli sembra che non potrà mai essere diversamente, che non potrà mai uscire da questo stato, né mai giudicarsi in altro modo. Né tiene per sé questo giudizio: non ne ha alcun pudore. A individui che possono essergli estranei, o quasi, comunica questo, giacché gli pare che tutti debbano concordemente sentire questo disprezzo, al quale egli non si sottrae.³⁰

Se la melanconia è la reazione a una situazione di delusione e abbandono [la perdita, come già detto, può essere evidente oppure immaginata] **o di effettiva perdita luttuosa, lo stato emotivo si accentra esclusivamente nel proprio mondo interiore, manca una vera e propria ricerca di compartecipazione con il mondo esterno.**

A) Il soggetto patisce l'irrecuperabile perdita d'oggetto.

B) Si comporta però come se la perdita subita riguarda esclusivamente una privazione avvenuta irrimediabilmente in se e per se stesso.

La psicoanalisi, allora, affronta questo enigma di sofferenza evidenziando che si tratta di un conflitto riguardante il mondo interno [fantastico, fantasmatico]. **Si tratta di una lotta tutta interiore tra due** [delle tre]³¹ **istanze psichiche del soggetto. La vera lotta quindi avviene tra l'IO e il Super-Io.**

Il Super Io è quell'istanza critica, che ci giudica severamente e aggredisce "ferocemente" l'Io che si trova costretto a farsi carico, contro se stesso, di tutte quelle critiche e lamentele sopra espresse.

Una volta ritirata dall'Io la forza libidica dall'oggetto esterno, a causa della sua perdita (reale o immaginata di situazione o persona), questa viene ricondotta all'Io,³² L'oggetto perduto viene anche

²⁷ Il lutto segue un'altra strada attraverso un processo di rielaborazione che a tempo più o meno lungo riprende la via della normalità alla vita di relazione e ai reinvestimenti libidici.

²⁸ Questa è un'illustrazione tipica che chiarisce il senso semiologico di una patologia, dove il significante è identico ma il significato (eziologico) che è la malattia vera e propria si differenzia da un'altra patologia pur presentando sintomi uguali.

²⁹ Cfr. H. Bleichmar, op. Citata, p. 38.

³⁰ C. L. Musatti, op. citata, p. 297.

³¹ Es, Io e Super Io.

³² Cfr. al narcisismo primario e narcisismo secondario.

introiettato, portato dentro di sé (in un processo dinamico, a sua volta, tra l'Io e il Sé).³³ Una volta introiettato questo oggetto esterno nell'Io, si realizza la scarica aggressività del Super Io nei confronti dell'oggetto perduto che in quanto tale è da punire.

Tutto questo perché? Cosa ha in ciò a che fare con la perdita dell'oggetto d'amore?

Freud ha notato, attraverso la disamina dei suoi casi clinici, che i caratteri specifici delle accuse che il melanconico attribuisce a se stesso sono ben che attinenti [giustificate] solo se si comprende che non sono da attribuirsi al carattere del melanconico ma a un'altra persona, [a quella che fungeva da oggetto amoroso] ben distinta da lui.

Si tratta proprio della persona che il soggetto ha perduto, solo questi è la diretta causa del proprio malessere, unico responsabile di questa perdita irrimediabilmente subita. Con tale aggressiva accusa, ["autoaccusa"] attraverso un meccanismo psichico, arcaico, il melanconico tenderebbe, senza però esito positivo [come invece avviene nel lutto], a svincolarsi una volta per tutte dall'oggetto amato e ineluttabilmente perduto.

Ecco che **la melanconia** acquista un significato ben preciso [è vista sotto altra luce] per cui è vero: **le accuse sono realmente rivolte all'oggetto libidico³⁴ perduto dal quale ci si vorrebbe liberare ma che comunque non si vuole abbandonare.**

Il fine e il significato del comportamento del melanconico divengono definitivamente chiari: il melanconico inveisce contro l'amato³⁵ perduto per dimostrare a se stesso che quell'oggetto ora è indegno del suo amore e che dovrebbe quindi essere abbandonato.

Si tratta indubbiamente di un tentativo ma che cade in una soluzione patologica in quanto questo processo, come detto, non si adegua a quel fine risolutivo che ha all'opposto la situazione dolorosa del lutto nel quale, prima o poi, ha il sopravvento il principio di realtà.

La melanconia, può comprendere anche la **fase maniacale,** [manifestazione bipolare].

Si tratta qui di uno stato "colorito" di esaltazione, di benessere se non di vero e proprio trionfo. Viene meno (almeno per un periodo) quella deleteria tensione [conflittualità] tra Super Io ed Io. L'Io libero da tale oppressione sviluppa un sentimento di onnipotenza.

Nel cordoglio [lutto] avviene, più pacificamente, la liquidazione di tale conflitto [tra il rifiuto di abbandonare l'investimento libidico dell'oggetto e il trionfo della realtà che impone d'abbandonare tale investimento per orientarlo a ulteriori impieghi esterni] con il trionfo della realtà, ossia di riaccettare e partecipare alla vita del mondo esterno. **Non si realizza questa prognosi favorevole nelle forme cicliche della psicosi maniaco depressiva.**

³³ Si tralascia, anche se meriterebbe considerazione quanto Roberto Rossati espone nel suo saggio *L'Io e il Sé nel pensiero di Freud*, Guarini, ricerche, 1990, pp. 214.

³⁴ Si intenda la libido come la forza energetica d'investimenti.

³⁵ Qui per amato vogliamo intendere ogni tipo di attaccamento libidico sia reale che immaginato.

PSICOGENESI DEL SUICIDIO³⁶

Gli stati patologici come la melanconia può portare al suicidio. Si tratta dell'**acting-out** [azione; passaggio dalla tensione psichica, immaginativa, all'atto fisico vero e proprio] dove *il depresso* realizza praticamente l'autoliberazione.

E' da tener sempre presente che il Super Io può raggiungere un tale grado di aggressività³⁷ nei confronti dell'Io che, come sottolinea Freud, crea una **natura vera e propria di morte**. Il melanconico è costantemente soggetto a questo rischio.

Dr. Giovanni Allotta
Filosofo- Psicoanalista
Membro ordinario dell'Associazione
Europea di Psicoanalisi
www.aepsi.it
www.psicoanalisiculturale.it

Trieste, mercoledì 11 marzo 2009.
Ore 16.30
Parrocchia S. Maria del Carmelo.

³⁶ Qui non s'intende esaurire la psicogenesi del suicidio poiché un argomento simile merita un'altra lunga dissertazione quanto quella della psicosi maniaco depressiva. Per l'argomento ora trattato basti individuare che fonte genetica del suicidio sta nelle aggressive funzioni del Super Io.

³⁷ Nota altamente degna d'attenzione, per cui ci si spiega anche la *resistenza alla cura o alla guarigione*.