

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Nicola Ghezzani

Una terribile oscurità

Depressione e mania.

Psicoterapia dei disturbi dell'umore



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Nicola Ghezzani

Una terribile oscurità

Depressione e mania.

Psicoterapia dei disturbi dell'umore

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Illustrazione di Isabella Mazzanti

Isbn e-book: 9788835195559

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

L'autore dichiara che, nella fase di stesura del presente volume, ha utilizzato strumenti di IA generativa esclusivamente per la revisione linguistica e l'ottimizzazione stilistica. Il controllo finale dei contenuti e la responsabilità scientifica dell'opera restano integralmente a carico dell'autore.

Gli eventuali link attivi e QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna responsabilità sui link attivi e QR code ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

*C'è una terribile oscurità in me, come se ogni cosa fosse morta.
Ed è stato più o meno così da quando ho cominciato il mio lavoro.
[...] Il silenzio e il vuoto sono così grandi che guardo ma non vedo,
ascolto ma non sento.*

Madre Teresa di Calcutta, *Lettere*

*Quando sei depresso diventi anche cattivo.
Vedi in TV la gente che soffre, che sta in guerra,
e un po' ti dispiace, ma fondamentalmente te ne fregghi e li invidi pure,
perché loro hanno i parenti, hanno la moglie, i figli,
hanno la fede in Dio che li aiuta, hanno una vita comunitaria.
Io ho tutti i comfort, ma sono solo, sono morto dentro e quindi li invidio.
Questa malattia ti fa diventare un mostro umano.*

Un utente di Facebook

Indice

1. Caccia alle ombre	pag.	9
Il vissuto depressivo	»	9
Il fantasma della biologia	»	13
2. E se il sintomo fosse un messaggio?	»	15
Storia di Viktor	»	15
Messaggi dall'inconscio	»	19
Prove a nostro favore	»	21
3. Condanne a vita	»	25
Colpa, vergogna e melanconia	»	25
Valori innati e valori acquisiti	»	27
La visione del futuro	»	30
4. La depressione inibitoria	»	33
Il senso di colpa verso se stessi	»	33
Storia di Monica	»	37
Il tormento di Teresa	»	41
5. La depressione riparativa	»	47
Il dominio della morale superegoica	»	47
Fra fuoco e cenere. La schiavitù perfezionista	»	51
Il perfezionismo oppositivo. Storia di Marcello	»	53
6. La depressione punitiva	»	57
Depressione grave e persecuzione superegoica	»	57
Storia di Paolo	»	59
Una depressione punitiva	»	65

7. Equivoci e autoinganni	»	69
L'equivoco referenziale	»	69
Fra me e me. L'equivoco referenziale intrapersonale	»	71
Colpe personali e impersonali	»	75
8. La depressione iatrogena	»	81
Iatrogenesi	»	81
Storia di Giorgia	»	82
9. Robert Plomin e la genetica comportamentale	»	89
Il fattore genetico	»	89
La natura della predisposizione	»	93
E l'intelligenza che fine farà?	»	96
10. Kay R. Jamison: depressione e mania	»	101
Depressione, mania ed esito suicidario	»	101
Kay. Infanzia e prima adolescenza	»	103
Il male di Kay	»	108
La coscienza di malattia	»	113
Il rischio del caos	»	115
La teoria scientifica	»	118
La tentazione eugenetica	»	120
Il mismatch geni/ambiente	»	123
11. Il nuovo paradigma	»	129
Salute, eccellenza e malattia	»	129
L'animale emotivo	»	135
Il nuovo soggetto. Il settore antropologico	»	138
Il nuovo paradigma	»	143
Bibliografia	»	145

1. Caccia alle ombre

Il vissuto depressivo

«Questa è la terra morta / Questa è la terra dei cactus / Qui immagini di pietra sorgono / Sotto il pulsare d'una stella che si spegne», così ha scritto Thomas Stearns Eliot nel poema *Gli uomini vuoti*. Uomini che vivono in una terra deserta, bloccati in una situazione esistenziale di paralisi e d'inerzia, di assoluta debolezza della volontà. Con questi versi Eliot ci ha dato una visione fosca, ma potente, della melanconia che attanaglia il mondo contemporaneo.

La depressione – la terra morta dove sorgono immagini di pietra – è la prima condizione che ci viene alla mente quando pensiamo al malessere psichico profondo, perché ciascuno di noi può averla sperimentata almeno una volta nella vita. I suoi sintomi sono inconfondibili: a livello fisiologico, ci sono inappetenza, affaticamento e perdita di peso, il ritmo sonno-veglia è alterato, e ora domina una frenesia ansiosa, ora una profonda atonia, dove pensiero ed emozioni rallentano fino a pietrificarsi; a livello psicologico, c'è un'angoscia cupa e inesplicabile, accompagnata dalla completa perdita di interesse per la vita.

Con l'aggravarsi dello stato melanconico la condizione esistenziale diventa drammatica: non ci alziamo più dal letto, smettiamo di lavarci, mangiamo solo per soffocare i pensieri; tendiamo a stare da soli immersi nei gemiti e nel dolore; rimuginiamo sul nostro miserevole stato fino a trascurare la salute anche in caso di cancro (Lyubomirsky *et al.*, 2006) e talvolta fino a procurarci un infarto (Aymanns *et al.*, 1995). Pensiamo ossessivamente a noi stessi come persone deboli, inadeguate, senza valore, fallite, immerse in un ambiente ostile. In preda alla depressione acuta, il pensiero diventa monotono, duro, impermeabile alla confuta-

zione, ridotto a proposizioni secche e assolute: «Non c'è speranza! Non c'è più niente da fare! Non mi resta che morire!».

La letteratura di ogni tempo ha riflettuto a lungo sulla tristezza profonda, senza mai considerarla una malattia. Dal fuoco della malinconia di Gesù sul Getsemani fino alle atmosfere gelide dei racconti di Gogol' o di Kafka, la visione depressiva rappresenta il punto più buio e allo stesso tempo enigmatico della sofferenza umana.

Ecco come si presenta nel celebre monologo di Amleto:

Essere o non essere: questo è il problema [...]. Morire dormire; nulla più: – e con un sonno dirsi che porre fine al dolore e alle infinite miserie, naturale retaggio della carne, è soluzione da desiderare. Chi vorrebbe [...] sopportar le frustate e gl'insulti del tempo, le angherie del tiranno, il disprezzo dell'uomo borioso, gli spasimi dell'amore disprezzato, gli indugi della legge, l'insolenza di chi è investito di una carica, e gli scherni che il merito paziente riceve dai mediocri, quando di mano propria potrebbe saldare il suo conto con due dita di pugnale?

Amleto elenca gli innumerevoli motivi di disperazione che possono derivare dal tedio della vita, ma accanto agli “insulti del tempo”, che alludono alla vecchiaia, nella sua invettiva dominano le angosce derivate dall'ingiustizia umana; fino a concludere che essendo la miseria della vita ineluttabile, meglio sarebbe darsi la morte. La rabbia con cui lo afferma lascia trapelare i segni di un sordo risentimento.

Amleto osserva il mondo con disgusto, quindi decide che sarebbe meglio uccidersi. La sua melanconia è un groviglio di passioni e pensieri non delucidati che rimandano a una storia intricata, complessa, a una ragione che trascende le capacità di discernimento proprie della misera coscienza individuale. Antitetico rispetto alla realtà umana che lo circonda, Amleto è il tipico depresso oppositivo che traduce il suo malessere in un nichilismo assoluto, oscillante fra rabbia, disordine, mania e crudeltà.

A tutta prima, dunque, la depressione appare come un groviglio inestricabile. Ma è sufficiente che il malinconico parli per rendersi conto che, al di sotto del velo ottenebrante, i pensieri possiedono una loro intima chiarezza. Ed ecco allora che il rendiconto depressivo viene alla luce, fisso su due punti focali che s'intrecciano l'uno con l'altro, il primo che riguarda l'*immagine interna*, ossia l'opinione che si ha di sé; il secondo l'*immagine esterna*, cioè la visione del mondo e della vita nel suo complesso.

L'immagine interna. In alcuni casi il sentimento di negatività riguarda la propria persona: allora il depresso è schiacciato da sentimenti persecutori di inferiorità, indegnità, colpevolezza. Di fronte al mondo che gli appare felice, si sente un essere infetto, immondo, macchiato da colpe insopportabili: un traditore della fiducia altrui, un inetto e un incapace, oppure un malato, comunque qualcuno che dovrebbe scomparire dalla faccia della terra. Il pensiero di se stesso, di ciò che lui è in modo intrinseco o per qualche caratteristica acquisita, lo annienta. *L'immagine di sé, l'immagine interna, è totalmente negativa.*

Ecco l'attenta descrizione che Silvano Arieti fa del tipo psicologico predisposto a deprimersi, un soggetto ipersensibile, oppresso dal senso di responsabilità.

Il bambino [che svilupperà una depressione] sembra ricettivo all'influenza dell'adulto significativo: non ci sono [in lui] tendenze autistiche. Ma al contrario c'è un'immediata accettazione del mondo simbolico emozionale degli adulti circostanti. Il "Tu" che è l'altro è immediatamente accettato dal bambino, che lo introietta coi suoi simboli e i suoi valori. I genitori si aspettano molto da lui. Il loro atteggiamento generale verso la vita li spinge a evocare nel bambino un precoce senso del dovere, della responsabilità, della colpa. Si ottiene ciò che si merita. In molti casi i carichi apparentemente autoimposti conferiscono un senso di particolare infelicità al paziente, che non vede alternative. Inoltre, la necessità di compiacere gli altri genera un sentimento di futilità e di vuoto. Infatti il paziente non dà ascolto ai suoi propri desideri, non sa cosa vuol dire essere se stesso; si sente frustrato, infelice. Ma questi sentimenti di infelicità, futilità e mancanza di realizzazione sono nuovamente male interpretati. Il paziente sente di dover essere rimproverato. Se è infelice, se non trova un obiettivo nella vita, deve esser colpa sua (Arieti, 1957).

Questa è la variante *autoaccusatoria* della depressione, la sua manifestazione più tipica che trae il suo carattere morboso dall'ineluttabile senso di responsabilità e da sensi di colpa latenti inerenti la propria incapacità ad assolvere i doveri, quindi la propria indegnità morale.

L'immagine esterna. In altri casi, però, avviene un viraggio maniacale e la patologia, da autoaccusatoria che era, diventa *rivendicativa*. Mentre continua a denigrare se stesso, il depresso dirige l'accusa più violenta verso il mondo: crudele, ingiusto, orribile; e alla vita stessa: mostruosa, odiosa, senza senso. Il problema allora non è più soltanto lui, o forse non è affatto lui: è la vita stessa, la vita di tutti, ad essere avvertita come insopportabile. A questo punto, l'intera esistenza appare negativa: è l'*immagine esterna*

– la realtà, la vita, il mondo – ad essere compromessa e ad essere oggetto di sconforto e di rabbia. Il mondo viene avvertito come un luogo torbido e immorale, saturo di bassezze e cattiverie, una terra desolata illuminata dalla luce nera di una vera e propria metafisica del dolore. Nei casi più annichilenti, la vita in se stessa è un gioco assurdo e perverso, totalmente privo di senso; l'individuo si sente isolato da tutto e da tutti e immerso in un vuoto assoluto. Tutto appare terribile, e, soprattutto, irrimediabile. In questa modalità depressiva, non c'è alcuna speranza, nemmeno nella vita altrui.

Ma attenzione perché, in entrambi i casi (quello autoaccusatorio, con la sua immagine di sé negativa, e quello rivendicativo, con la sua immagine negativa del mondo), il vissuto sintomatico non riguarda la realtà oggettiva, ma sempre le *interpretazioni* che l'individuo si dà. Contrariamente a quanto pensa molta psicologia relazionale, nelle sue autoaccuse il depresso non dà voce semplicemente alle condanne subite dal suo ambiente parentale, ma piuttosto al sistema di credenze interiorizzato, che ha preso una vita autonoma. È dunque in gioco una «ideologia precedente, una maniera di vedere se stessi nella vita» (Arieti, 1980). Lo stato psicopatologico non si dà in modo immediato, non è un'emozione primaria allo stato puro; ha sempre bisogno di un'intelaiatura cognitiva, cioè di credenze (valori familiari e convinzioni soggettive) apprese nell'infanzia e nell'adolescenza «ma che hanno continuato ad accrescersi durante il resto della vita».

Ma da dove vengono queste interpretazioni? Per capirlo occorre collocare il paziente all'interno della sua storia. Sullo sfondo della sua infanzia e della sua adolescenza, egli si rivela vittima della sua sensibilità. La sensibilità empatica gli ha consentito di interiorizzare in profondità comportamenti e valori familiari; la sensibilità morale lo ha costretto a trasformare quei valori in terribili potenze al servizio del suo giudizio, sempre più rigido e perfezionista.

Il giudizio colpisce ora il mondo ora se stesso, oscillando fra la rabbia dell'indignazione e la disperazione della colpa. Al culmine della progressione depressiva, se la rabbia oppositiva è ancora forte, il depresso affronta la sconfitta come una belva in gabbia. È allora preda di ossessivi pensieri di liberazione che talvolta inducono comportamenti trasgressivi, ma più spesso portano alla formulazione del progetto suicida. Molti dei suicidi che nascono da una sfida maniacale nei confronti del mondo fanno capo a vissuti gravemente depressivi.

Il fantasma della biologia

La psichiatria organicista è un vecchio castello infestato dal fantasma della biologia. Da più di un secolo afferma che la causa della depressione è identificabile in una miscela di fattori genetici e di eventi di vita stressanti, decretando così che i depressi nascono con una costituzione malata, fragile, “vulnerabile allo stress”. Questa interpretazione ha impedito fino ad oggi di capire quanto della sofferenza melanconica dipenda da un difetto organico originario, dunque da un difetto *oggettivo*, e quanto invece dall’interpretazione *soggettiva* che il depresso si dà degli eventi della vita, dei sintomi e di se stesso.

Insomma, per entrare in *medias res*, il dubbio in cui si è impelagata la riflessione psicopatologica è questo: esiste un’entità oggettiva chiamata “depressione” che si manifesta uguale in ogni individuo, più o meno come il diabete, un tumore o la sindrome di Down? Oppure esistono tante depressioni quanti individui che la sperimentano, a seconda di come il sentimento depressivo si sia insinuato nella loro mente a partire dalla loro storia personale, cioè dalle loro particolari vicende emotive, affettive e sociali e da come essi le hanno interpretate?

Nella vulgata diffusa dalla psichiatria, la depressione dipende da un difetto biologico originario, sul quale il malato non può fare nulla: il suo male è un oggetto estraneo sul quale non ha alcuna presa né alcuna responsabilità; può solo amministrarne le conseguenze. Al danno primario, cioè al disturbo in se stesso, la diagnosi medica aggiunge allora un danno secondario: un tragico sentimento di impotenza.

Il danno *iatrogeno*, cioè medico, è fatale. Immaginiamo che un ragazzo di vent’anni abbia improvvisamente delle allucinazioni. Le indagini strumentali possono dimostrare che il fenomeno dipende da una lesione cerebrale (per esempio un tumore o un trauma); oppure dall’uso reiterato di una sostanza allucinogena. La differenza è enorme: nel primo caso saremmo di fronte a un dato oggettivo, radicato nel corpo (la lesione tumorale); nell’altro dovremmo confrontarci con un determinismo dialettico, relativo all’interazione che il soggetto ha col proprio cervello (l’uso della sostanza allucinogena), che può essere gestito con un diverso comportamento. Un giovane di vent’anni non può fare nulla nei confronti di un tumore cerebrale. Ma può agire in modo correttivo se è consapevole che assumendo droghe egli altera *attivamente* il suo stato cerebrale, il suo umore e l’immagine che ha di sé. Può infatti scegliere se persistere nel trasgredire, sviluppando una patologia, oppure fare a meno di abusare di

droghe. Nella misura in cui afferma che ogni psicopatologia ha una causa genetica, che non ha nulla a che fare con lo sviluppo della psiche soggettiva, la psichiatria organicista stila condanne a vita. Ignora la psicodinamica soggettiva, cioè che *la soggettività del paziente è il fattore causale primario della nevrosi*. Di conseguenza, annulla la capacità del paziente di essere un soggetto auto-responsabile, in grado tanto di far perdurare la sua sofferenza quanto di estinguerla.

Personalmente non ritengo che le psicopatologie dipendano da un difetto biologico; le considero piuttosto come l'effetto che situazioni ambientali ed eventi di vita hanno prodotto su un corredo genetico emotivamente ricco e spesso plusdotato. Parafrasando Pascal, penso che il sintomo abbia ragioni che la ragione non conosce e che queste ragioni debbano essere chiarite, perché la persona possa liberarsene.

Da oltre un secolo la psichiatria organicista va a caccia di ombre: insegue l'evanescente fantasma di una patologia organica. Parla, senza averne le prove, di un difetto di progettazione e fabbricazione del cervello, ignorando del tutto il mondo dei significati *inter-personali* e *intra-personali*, cioè quanto accade *fra* le persone, nelle vicende affettive e sociali, e *nelle* persone, all'interno della loro soggettività. Eppure nessuno, fino ad oggi, ha dimostrato l'esistenza di geni "cattivi", difettosi, né ha mai evidenziato un'alterazione organica strutturale che dimostri che il cervello è, in qualche modo, "rotto".

L'ipotesi che intendo avanzare in questo libro è opposta a quella organicista. Dal mio punto di vista, ogni disturbo psicopatologico trova la sua origine in un difetto di comunicazione – difetto acquisito a partire dall'educazione primaria – fra il sistema nervoso inconscio e la coscienza soggettiva. Due mondi psichici e diverse parti della personalità coesistono nella stessa mente, dietro un velo di apparente coerenza. So bene che si tratta di un'ipotesi complessa; quindi, la argomenterò, a partire dal prossimo capitolo, un passo dietro l'altro. Alla fine, la sintesi teorica scaturirà dal contatto diretto con l'esperienza clinica.

2. E se il sintomo fosse un messaggio?

Storia di Viktor

Se la nostra coscienza fosse in grado di decifrare il significato dei messaggi che l'inconscio ci invia ogni giorno, non si produrrebbe mai un solo sintomo e saremmo liberi da ogni sofferenza psicopatologica. Si tratta, è ovvio, di un'affermazione utopica; ma è utopica solo perché la coscienza è costantemente sbilanciata verso il mondo esterno, quindi affetta da ignoranza rispetto all'inconscio. Se la cultura la aiutasse a decifrare i messaggi che provengono dall'inconscio in forma di segni somatici ed emotivi, la nostra salute mentale sarebbe garantita.

L'inconscio non è una pericolosa bomba sepolta nel giardino di casa; non produce mai di per se stesso una psicopatologia (come temono ancora oggi molti psicoanalisti). I conflitti strutturati, generatori di sofferenza patologica, dipendono sempre dal misconoscimento da parte della coscienza del messaggio inviato dall'inconscio; quindi, sono di fatto patologie della coscienza.

Faccio un esempio tratto dalla mia esperienza clinica.

Viktor è un uomo di 64 anni; di carattere chiuso e melanconico, ogni tanto si ubriaca, torna a casa e aggredisce la moglie con insulti e minacce, sotto gli occhi angosciati della figlia. Due mesi fa, però, durante un'ennesima aggressione, ha sperimentato dapprima una dolorosa e oppressiva fame d'aria, poi un'improvvisa e frenetica palpitazione cardiaca. In preda al panico, ha interpretato i sintomi come i precursori di un infarto, quindi si è fatto accompagnare d'urgenza al pronto soccorso. Dopo averlo visitato, il cardiologo lo rimanda a casa con una diagnosi di attacco di panico. Viktor lo ascolta con rispetto, ma non gli crede. "Attacco di panico" è una diagnosi che nella sua cultura ha un significato denigratorio: significa

debolezza mentale e morale; non può accettarlo. Pochi giorni dopo, però, litigando con uno sconosciuto in un parcheggio, rivive la stessa esperienza: la stessa fame d'aria, le stesse palpitazioni, la stessa sensazione di buio e di vertigine.

La condizione psicologica a questo punto peggiora.

Dall'attacco di panico Viktor scivola in una drammatica ipocondria e comincia a immaginare gli scenari più foschi. La sua malattia, che per lui è cardiologica, gli appare ora come la campana a morto di una vita orribile, la vita di un uomo finito, condannato alla dipendenza. La situazione gli appare senza scampo. Avviene allora il viraggio depressivo. Viktor rimugina in continuazione sull'evento, non riesce ad accettarlo, finché d'un tratto, nel buio della coscienza, compaiono come lampi immagini di suicidio. È la figlia, la quale è in analisi con me ed è preoccupata per la salute mentale del padre, a chiedermi di vederlo per un "pronto soccorso psicologico".

Mentre lo ascolto, lo osservo. Dopo una prima descrizione degli episodi sintomatici, gli chiedo di parlarmi di sé, della sua vita personale. Impegnato nel racconto, sorprendentemente Viktor mi si rivela come un uomo fine e sensibile. Ha studiato fino a conseguire un diploma, ma per tutta la vita ha coltivato una ricca sensibilità umanistica. Purtroppo, emigrato dal suo Paese di origine, da anni in preda a una grave crisi sociale, in Italia, ha potuto lavorare sempre e soltanto come operaio edile. È umiliato dalla sua condizione di profugo in un Paese straniero dove ha pochi amici e lavora in modo saltuario. Ci pensa la moglie, sessantenne, a provvedere alle necessità familiari con un lavoro stabile da infermiera presso una cooperativa. La figlia studia medicina e i suoi studi – che le impediscono di lavorare – costano un occhio della testa. I giorni da disoccupato Viktor li passa a bere nei locali in compagnia di connazionali disperati come lui. È un uomo dal fisico ancora forte e dal carattere orgoglioso e non sopporta la deriva che ha preso la sua vita. Quando torna a casa, vede la moglie preoccupata e di colpo è invaso dalla furia. È uno switch: la vede e la odia. Lo sguardo di lei, muto e implorante come quello di un cane, sembra accusarlo. L'inermità accusatoria della donna lo fa imbestialire, e allora la aggredisce. Sente il bisogno incoercibile di umiliarla, di annientarla. Ma poi quel giorno è esploso l'attacco di panico che ha dato l'avvio al suo inferno.

Durante il racconto che mi fa della sua vita, lo osservo e mi metto in ascolto. Nell'ascoltarlo accolgo le parole del suo Io cosciente, ma allo stesso tempo mi sintonizzo col suo inconscio. Ossia: accetto le sue spie-

gazioni, ma cerco le ragioni del suo corpo, cioè dei primi sintomi somatici lamentati negli episodi critici. Capisco allora l'*equivoco interpretativo fondamentale* di cui Viktor è vittima.

Qual è dunque la mia intuizione? È questa: ogni volta che torna a casa dopo aver bevuto con gli amici, Viktor, umiliato per la sua misera condizione sociale, si sente giudicato dalla moglie; ma questo giudizio, che lui attribuisce a lei, è in realtà il suo giudizio intimo su di sé; non lo ammette e se la prende con lei. Il giudizio attribuito alla donna riflette la sua personale *immagine di sé* come di un inetto parassita. Fin qui siamo a confronto con una dinamica che chiamiamo *proiezione* se l'idea personale non coincide con alcunché di reale; oppure chiamiamo *oggettivazione* se quell'idea ha un riscontro reale ma è amplificata da fattori soggettivi.

Di fronte a questo giudizio, proiettato o oggettivato sulla moglie, Viktor reagisce con la violenza. Lo fa per due motivi: primo, per difendersi dall'accusa; secondo, per resistere alla *pietas* che, nonostante tutto, prova verso la donna. La violenza è dunque una *difesa del sistema dell'Io*, cioè una difesa delle credenze interiorizzate: Viktor non vuole sentirsi né giudicato né intaccato nel suo mito di forza. Poiché è un uomo sensibile la sua violenza gli induce sensi di colpa; lui però non li sopporta, quindi li nega e li rifiuta. A quel punto il disagio morale si incrementa e scatta, allora, come *retroazione negativa*, il primo segnale psicosomatico: poiché continua ad attaccare le persone amate (moglie e figlia), la colpa si commuta in paura inconscia di se stesso e il corpo emette messaggi psicosomatici congruenti: fame d'aria e palpitazioni, che segnalano lo stato di allarme. Dunque, in Viktor convivono almeno tre istanze: 1) c'è un *Viktor numero 1*, orgoglioso e violento, che attacca la moglie; e 2) c'è un *Viktor numero 2*, sensibile e morale, che prova sensi di colpa. Infine, 3) c'è in lui un inconscio biologico che emette segnali somatici di allarme, ansia e inibizione.

Dunque l'inconscio segnala a Viktor che lui non è un vero odiatore, perché prova angoscia di colpa all'idea di fare del male. Ma lui è troppo orgoglioso per accettare il messaggio e cade in un equivoco interpretativo: non capisce che l'ansia è nient'altro che paura di fare del male; pensa invece che si tratti di malattia, forse di infarto. Fiaccato dai primi sintomi, Viktor avverte un secondo segnale somatico: un calo psicofisico che lo fa sentire inerte, come morto. Che significa questo secondo segnale? Ebbene, attivando lo stato d'inerzia, l'inconscio biologico rende Viktor innocuo, incapace di aggredire, dunque lo disarmo. Ma lui ancora non comprende e scivola in un'angoscia catastrofica: pensa di essere malato e

condannato alla dipendenza per tutta la vita. La struttura della sua coscienza, virilista e violenta, gli ha impedito di comprendere i ripetuti messaggi psicosomatici e quindi di capire i propri reali sentimenti.

«Viktor» gli dico «mi hai detto che ti senti accusato da tua moglie di essere un parassita. Ma questo non potrebbe essere *il tuo giudizio morale negativo su te stesso?*» Attendo che lui intenda la dinamica della proiezione; poi aggiungo: «Ti dai questo giudizio perché sei un uomo sensibile e ti vergogni di deludere le aspettative delle persone che ami». Lui replica debolmente: «Mi vergogno di essere sempre ubriaco! Non è colpa mia». «Non lo metto in dubbio» rispondo, «Ma se accettassi la vergogna, invece di arrabbiarti, potresti capire che la vergogna ti serve a fermarti. Come ogni altra emozione, è un messaggio: ci umilia per fermarci prima di commettere sbagli. Purtroppo, non sopporti l'umiliazione e diventi violento». Gli chiedo di ricordare cosa ha provato durante il primo episodio di attacco di panico. Lui è onesto: vergogna, rabbia, poi i sintomi fisici.

Gli spiego allora che se durante il primo episodio avesse capito che le palpitazioni cardiache gli segnalavano nient'altro che la paura di diventare violento, avrebbe potuto fare un passo indietro e rispettare le persone amate, piuttosto che attaccarle. Ma il suo codice morale, un codice di insensibilità, gli ha impedito di accettare i suoi sentimenti. «Hai scambiato i segni di paura per una patologia fisica e ti sei spaventato ancora di più. A questo punto, hai pensato di essere malato e sei crollato nella disperazione».

Mi trovo in una situazione di urgenza: in una sola seduta devo dare a Viktor un'idea utile, che possa convincerlo ad avviare una psicoterapia con un collega (io non posso prenderlo come paziente: sono già l'analista della figlia). Decido allora di fissare un concetto. Gli spiego che per cominciare a guarire dovrà capire il suo *conflitto morale*. Un conflitto che oppone il suo animo sensibile a un'ideologia cosciente violenta. Da tempo Viktor si sente un inetto, ma proietta sulla moglie questo giudizio; allora reagisce con violenza. L'ultima volta ha provato paura di se stesso, l'ha rifiutato e della paura ha percepito soltanto i sintomi psicosomatici, che ha scambiato per un infarto.

Naturalmente la sintesi che gli offro è molto concentrata; in una psicoterapia sono necessarie numerose sedute perché il paziente sia in grado di rievocare e comprendere passaggi di tale complessità. Nondimeno, Viktor intuisce il senso generale del discorso. Al termine del colloquio è stanco, ma allo stesso tempo disponibile alle cure successive.

Messaggi dall'inconscio

Se il disturbo psicologico viene risolto, rivela sempre il messaggio di correzione che conteneva in origine. La persona, a questo punto, non solo “guarisce”, ma “cresce”. Un soggetto con un disturbo dell'umore che riesca a sciogliere il suo nodo sintomatico, scopre un potenziale di amore e di vitalità che il più delle volte nemmeno sospettava di possedere.

Non si può chiedere a una persona comune di sapere cosa sia un messaggio psicosomatico; anche se molti, pur privi di cultura, lo fanno. Fino a non molto tempo fa, la donna che sognava di assistere un figlio malato, prendeva il sogno come un ammonimento e si preoccupava che il figlio stesse bene; oppure l'uomo che tornava a casa ubriaco alla guida dell'auto e avvertiva una voce chiamarlo a venti centimetri dalla testa o vedeva balenare nella luce dei fari un animale inesistente, poteva prendere sul serio il messaggio e non bere più, o almeno non farlo in prossimità di un viaggio. C'è ancora chi riesce a prendere sul serio i segni di avvertimento che gli provengono dall'inconscio. Ma oggi i codici normativi sono molto più rigidi che in passato e quelle stesse persone negherebbero la sensazione del messaggio nel timore di riconoscersi o di mostrarsi pavidie o malate di mente.

Torniamo all'esempio di Viktor. Il suo non è un caso raro; ancora oggi l'alcolismo è una piaga diffusa. Quest'uomo, prima di tornare a casa, sa che lo attende la famiglia. Potrebbe vivere il rientro come un ristoro, una grazia, un'occasione di umanità da opporre alla sua frustrazione. Ma, sulla base del suo codice morale virilista, la percezione della famiglia fragile e inerme diventa il simbolo vivente del suo fallimento. Di fronte a moglie e figlia prova un intimo senso di vergogna, ma non lo ammette; non ne è nemmeno cosciente. Nonostante tutto, loro lo amano e proprio questo lui non può sopportare: scambia l'amore per la pietà che si deve al fallito. Può essere che, esasperate, le due donne lo odino davvero; ma lui scambia l'odio per disprezzo, anziché intenderlo come incitamento estremo al pentimento e al cambiamento. Quindi prima di affrontare il suo nemico (perché la famiglia è ormai diventata il suo nemico) si ubriaca, sapendo che l'alcol lo farà diventare violento. Lo stato di panico che consegue alle sue aggressioni, tenendolo in una morsa di ferro, non viene percepito dall'uomo come senso di colpa, ma viene interpretato come rivelazione di debolezza o di una vergognosa malattia da cui difendersi accentuando le prove di forza, cioè la violenza.

Infine, lo stato di vuoto emotivo in cui si trova dopo le aggressioni,

che è in realtà un sentimento viscerale di profonda solitudine, viene interpretato come positivo, come l'anestesia morale necessaria al suo Io per continuare a maltrattare, e ciò lo induce a bere di più e a incattivirsi di più. L'effetto è una crescita esponenziale del senso di colpa e dello stato depressivo. La spirale si interrompe solo nel momento in cui Viktor sviluppa fantasie suicide e la figlia prende il controllo della situazione.

È palese in questo esempio quanto siano semplici e allo stesso tempo tragici i gradini di incomprensione che si elevano sempre più numerosi fra sensibilità profonda e personalità cosciente, fra inconscio e coscienza.

Con questo esempio siamo di fronte ad una causalità dialettica. Se pure è possibile ipotizzare qualche trauma primario sepolto nel passato (per esempio un antico maltrattamento familiare o un abuso sessuale infantile o un senso di inferiorità sociale) questo dato non basterebbe a spiegare la complessità della struttura psicopatologica depressiva adulta. Di fronte a un trauma le risposte soggettive sono tanto varie quante sono le soggettività stesse e le interpretazioni possibili dell'evento. Viktor ha forse subito traumi precoci, ma li ha certamente interpretati alla luce di un codice di forza che gli ha imposto l'*identificazione con l'aggressore*: vedendo il mondo come diviso fra vittime e carnefici, ha scelto la posizione del carnefice: «Io sono forte e il ricordo dei miei traumi mi rende ancora più forte. Voi siete deboli; il dolore vi rende sempre più deboli, quindi siete le mie vittime naturali». Costretto in questa logica, Viktor non solo sbaglia, ma persevera nell'errore: vittima di un codice gerarchico virilista di forza insensibile, interpreta i suoi impulsi affettivi (tenerezza per i familiari, vergogna di ubriacarsi, colpa per la propria violenza) come segni di debolezza. L'umiliazione di sentirsi debole lo fa persistere nella rabbia, che amplifica i sensi di colpa e, di ritorno, la necessità di essere ancora più duro, peggiorando e cronicizzando il *ciclo-limite* depressivo-maniacale.

L'ipotesi che sintomi, vissuti e comportamenti classificati come patologici svolgano in realtà una funzione comunicativa di messaggio fra inconscio e conscio, fra corpo e mente, fra Sé e Io, svolge un ruolo fondamentale nella psicoterapia dialettica. L'assunto che il sintomo sia una forma di comunicazione fraintesa e quindi mancata fra inconscio e coscienza ci aiuta a capire che l'errore comunicativo è di natura interpretativa: non sta dalla parte dell'emittente, cioè dell'inconscio, ma dalla parte del ricevente, cioè dell'Io. Sbagliata è l'interpretazione soggettiva che l'Io si dà di quei messaggi.

Prove a nostro favore

Due prove a nostro favore (a favore della tesi che la depressione, come ogni altra psicopatologia, dipenda da un conflitto intrapsichico) sono di carattere epidemiologico.

Il disturbo colpisce nel mondo una cifra variabile fra i 300 e 400 milioni di persone e la sua curva di crescita non accenna a diminuire. L'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva previsto già anni fa che nel 2020 la depressione sarebbe stata la più diffusa al mondo tra le malattie mentali e in generale la seconda più diffusa fra tutte le malattie dopo le cardiopatie. I suicidi nel mondo sono circa 900.000 ogni anno (la maggior parte avvengono nei paesi più poveri e il picco si raggiunge in un'età compresa tra i 14 e i 45 anni) e sono nella massima parte correlati a depressione. Particolarmente impressionante è la crescita del disturbo depressivo fra i giovani e i giovanissimi. Ormai, più della metà dei disturbi psicologici, depressione per prima, viene riferita a partire dai 14 anni.

Secondo le stesse ricerche, la depressione appare più diffusa nei paesi economicamente svantaggiati, mentre nei paesi ricchi ne soffrono maggiormente le persone povere. A questo proposito, sono di grande interesse le statistiche su come si manifesta il disturbo depressivo per genere. Secondo i dati, a riferire sintomi depressivi tra i diciottenni sono il 7% delle ragazze e il 4% dei ragazzi, valori che diventano il 17% e il 9%, rispettivamente, tra gli over 65. Una recente ricerca ha mostrato che i conflitti familiari contribuiscono al 19,2% della varianza della depressione nelle ragazze e al 12,4% nei ragazzi. Il rendimento scolastico è causa di depressione per il 21,5% delle ragazze e il 15,4% dei ragazzi. In sintesi, il 49% della varianza totale nei sintomi depressivi va alle femmine e il 32,5% ai maschi (Granrud *et al.*, 2017).

I dati epidemiologici sembrano dunque indicare, in modo poco equivocabile, la forte implicazione della realtà socio-ambientale: oggi la depressione è più diffusa di un tempo, infierisce soprattutto nelle aree svantaggiate del mondo, sia occidentali che extra, e colpisce i giovani e le femmine più degli anziani e dei maschi. Se fosse un disturbo a base genetica avrebbe un andamento stabile, pressoché costante, come accade per tutte le patologie genetiche, per esempio la sindrome di Down.

La seconda prova sta nell'epidemiologia psicopatologica riscontrabile fra i migranti. Le diagnosi psicopatologiche più comuni fra costoro vedono al primo posto il disturbo post-traumatico (31%) e subito dopo la depressione (20%), con sintomi clinicamente significativi (Steel *et al.*, 2017).

Gli eventi traumatici riguardano sia la vita nel Paese di origine (60%) che durante e dopo la migrazione (90%). Le cause di malessere principalmente rilevate sono, nell'ordine, una situazione di conflitto e/o di rischio di morte; essere stati testimoni di violenza o di morte; la detenzione; il ritrovarsi accolti, ma in stato di anomia sociale.

L'epidemia di malessere psichico fra i rifugiati prova, come è ovvio, che essi sono andati incontro a eventi traumatici disorganizzanti; ma prova anche, *a contrario*, che eventi traumatici disorganizzanti sono predittivi di psicopatologia. Cioè – *quod erat demonstrandum* – che le brutte esperienze generano sofferenze mentali. Infine, analizzando il dato in profondità clinica, si scopre un particolare molto interessante: a fronte delle esperienze estreme vissute, i rifugiati dapprima adottano le difese più comuni, come ansia e aggressività; poi, non essendo queste più in grado di fronteggiare gli sconvolgimenti emotivi, pongono in essere difese più radicali, le *difese dissociative*. Gli aspetti esperienziali carichi di paura, rabbia, odio, fantasie di vendetta, restano confinati all'interno di una o più parti della personalità, che acquistano così caratteri dissociativi. Le parti dissociate sono psicologicamente attive e tendono a riapparire automaticamente in situazioni stressanti, condizionando il funzionamento dell'Io, che per contro si impoverisce sempre di più. Da qui, sia il disturbo post-traumatico che la depressione.

In sintesi, l'esperienza dei migranti mostra (per eccesso) due illuminanti verità: primo, che la realtà sociale, quando è disadattiva, è sufficiente a generare disturbi psichici *in chiunque*; secondo, che essa riorganizza la psiche in modo dissociato. Dove prima c'era un trauma, in un secondo momento c'è una psicopatologia, che consta di un conflitto interno fra parti dissociate della personalità, parti che hanno smesso di comunicare fra loro in modo armonico. Queste due fondamentali osservazioni ci aiutano a comprendere l'aumento della psicopatologia nel nostro mondo, che ingenuamente immaginiamo come il migliore dei mondi possibili: anche noi – come i migranti! – subiamo traumi (educativi, interpersonali, sociali) che si strutturano nella personalità secondo una logica comune a tutta l'umanità. Gli eventi traumatici che stanno a monte della psicopatologia consistono in abusi sociali, relazionali e intrapsichici nei quali si ha paura, ci si arrabbia, si odia, ci si vergogna, ci si sente in colpa, ci si blocca per non fare né ricevere male. In tutti noi, stazionari o migranti, le parti dissociate confliggono senza trovare una mediazione.

Ma conflitto non vuol dire malattia biologica. Come segnala Piero Coppo in un bel libro di etnopsichiatria, presso le culture extra-occiden-