La depressione: fenomenologia di un colloquio

Massimiliano Gualtieri gennaio 2022

***

Estratto

Riflettendo su struttura e contenuti da conferire all'elaborato conclusivo del corso di Filosofia e Scienze Contemporanee - che stavo considerando di svolgere sulla tematica della depressione - sono incorso casualmente in alcune interviste di stampa di personaggi famosi colpiti da episodi psicotici che, nelle formulazioni ordinariamente utilizzate nel linguaggio comune, mi hanno immediatamente trasmesso la percezione di quale sia l'inquadramento del fenomeno depressivo nella esperienza quotidiana delle relazioni sociali.

Approfondendo quindi le letture e le riflessioni conseguenti, ho aderito a quello scenario che vede l'individuo e il mondo che egli partecipa costituire un "tutto", il "proprio tutto singolare", attraverso il quale tentare di comprenderne i riflessi prodotti sulla sfera psicologica di quel prisma che è l'uomo, nell'unicità irreplicabile di ogni individuo. Il malato deve quindi essere "compreso" e non semplicemente "spiegato" mediante applicazione di aridi criteri diagnostici, di tanto in tanto aggiornati e raccolti in qualche manuale: l'utilizzo di metodologie meccanicistiche in questo delicato contesto semplifica certamente l'articolato processo conoscitivo dell'individuo, la definizione di diagnosi e l'applicazione di terapie, magari focalizzandosi sulla sbrigativa prescrizione di psicofarmaci, mentre ben più complesso - ma terapeuticamente efficace - è il tentativo di "comprendere" l'intero mondo nel quale il malato è, è stato e si troverà a essere, quali le sue esperienze personali e sociali, in che modo l'ambiente ne ha influenzato le percezioni, a quali credenze si è affidato, in quale contesto familiare è cresciuto, quali le sue vulnerabilità. Il terapeuta che con il depresso si rapporta (psichiatra, psicologo, psicoterapeuta o psicanalista che sia) dovrebbe possedere un bagaglio di attitudini, conoscenze ed esperienze che non si riferiscano, ancorandovisi, a una rigida impostazione unicamente teorica, al fine di non divenire un semplice e puro "tecnico" della materia bensì un" altro" individuo (comunemente definito "sano") che dispone di funzioni e conoscenze in grado di metterlo in contatto anche emotivo con un "altro" uomo - dotato di altre funzioni che lo radicano nel mondo in quel determinato, e solo suo, modo - individuo quest'ultimo che viene sinteticamente chiamato "alienato", "disturbato", "malato".

Cogliere sino in fondo questa dicotomia tra approccio "neurobiologico stretto" e approccio "fenomenologico esteso" ha richiesto necessariamente di immergersi nelle letture delle opere di alcuni psichiatri e filosofi che hanno saputo descrivere la differenza radicale di "statuto" tra le due teorie e metodologie, delle cui parole mi sono avvalso per descrivere con i loro accenti la potenza di tali riflessioni. Su questo necessario scenario preliminare, ho verificato le prescrizioni della manualistica psichiatrica in merito al fenomeno depressivo, raccogliendo quindi alcune evidenze generali emergenti dalle terapie svolte con gli individui depressi, con l'obiettivo di applicare l'intero bagaglio sulle vicende depressive di tre personaggi famosi, così come rappresentate in altrettanti articoli di stampa, per trarne quindi alcune considerazioni conclusive.

1. Le vicende depressive personali di tre personaggi noti

Gli articoli che seguono descrivono gli stati e le esperienze di artisti o sportivi celebri che hanno vissuto un "*periodo di depressione*", cioè di personaggi che nel comune (ed erroneo) sentire non dovrebbero essere soggetti a divenire vittime di psicosi depressive in quanto (come recitano gli articoli) "*belli, ricchi e famosi*": anche per loro "*non è tutto così semplice come sembra*" e anche loro si pongono la domanda "*perché proprio a me?*". Ciò che sottendono questi articoli è che i disturbi mentali (e depressivi in particolare) possono colpire chiunque, ovviamente a determinate condizioni, in base alle specifiche vulnerabilità e in conseguenza di determinati eventi.

Negli articoli che seguono, i termini in grassetto (da me apposto), rimarcano i concetti e le percezioni che, da un lato, si ritroveranno nelle analisi che seguono e, dall'altro e contemporaneamente, si attagliano a descrivere i plessi della depressione.

Primo articolo[1]: descrive le condizioni di un famoso cantante che ha recentemente pubblicato un nuovo disco, prodotto successivamente a una complicata fase psico-fisica vissuta nei mesi precedenti, inquadrata nell'articolo come periodo depressivo.

"*Salmo: «Ho dovuto prendere **psicofarmaci**. Il nuovo disco mi ha **salvato la vita**». […] «"Flop" è nato a marzo del 2020, figlio di **lockdown** e **pandemia** globale. Il primo pezzo che ho scritto è "A Dio". In quel periodo mi sentivo completamente **destabilizzato**, come tutti. **Cancellarono il tour** mondiale per la pandemia e come se non bastasse il rapporto **con la mia ex finì** di lì a poco. Sono sprofondato in un **buco nero** e non mi **vergogno** a dire che ho dovuto fare un ciclo di **psicofarmaci** per riprendermi. Ero completamente **fuori di testa**! Non faccio l'elenco di tutte le cose successe in questo lungo periodo di attesa ma vi assicuro che ho rischiato di **perdere la salute mentale**. Può sembrare banale ma questo disco mi ha **salvato la vita**! Scrivo questa cosa per farvi capire che **non è tutto così semplice come sembra**. Questo **disco** è scritto con il sangue. Fatene buon uso». […] Non è la prima volta che Salmo, vero nome Maurizio Pisciottu, parla di salute mentale, rompendo lo **stigma** che circonda questo tema: **già nel 2018**, dopo l'uscita del disco «Playlist», aveva raccontato di aver attraversato un periodo di **depressione** e di essere arrivato a **pesare 58 chili**. Ne era uscito anche grazie all'**aiuto del padre**, praticando il **pugilato** e virando verso uno **stile di vita più sano***".

Secondo articolo[2]: affronta la condizione psicologica di un importante giocatore di basket, vincitore di uno scudetto nazionale e in procinto di giocare nel massimo campionato mondiale, quello americano, prima dell'inizio della psicosi.

*Alessandro Gentile e la depressione: «Sono **impazzito** con il **buio dentro**, la **terapia** mi salva» L'ala di Varese parla della **depressione** contro cui **lotta da tempo**: «**Nascondevo** il disagio, stavo peggio. Ma **raccontarlo** è importante» […] Ma l'aspetto sportivo di Ale […] è secondario rispetto a qualcosa di più delicato: la battaglia contro la depressione. Gentile non ha avuto problemi a renderla pubblica con un tweet nel quale ha pure precisato: «Ma io **non sono matto**». Ora ha accettato di parlarne.*

*Che cosa è il disagio che prova e come lo affronta? «L'argomento è delicato, ma è importante. La **salute mentale** è fondamentale, ma penso anche che sia **sottovalutata**, soprattutto di **questi tempi**. La gente si sente **isolata** e **sola**, ma forse si **vergogna** a dirlo. Dato che vivo situazioni simili, volevo **dare un aiuto** a chi soffre di certi disturbi ed è in difficoltà a raccontarlo». «Non sono matto», ha scritto nel tweet. Perché ci ha tenuto a precisarlo? «Perché quando capitano certe cose è come se **sentissi** che stai **impazzendo**. Ti senti **fuori luogo**, **fuori dal mondo**: sono sensazioni brutte e difficili da spiegare. Un altro aspetto complicato è appunto il fatto che è **difficile parlarne**, magari con persone che non hanno la minima idea di che **cosa significhi vivere un'esperienza così**. Per questo motivo è giusto chiedere **aiuto** a chi è **competente**. **Non** bisogna **vergognarsi** di farlo, ecco il mio messaggio». Quando ha cominciato a capire di avere un problema? «Ho questo **disagio da tempo**, ma l'ho **tenuto nascosto.** È diventato sempre più difficile da controllare, finché sono arrivato a un punto in cui non ce la facevo più a gestirlo. È successo l'anno scorso dopo il **Covid**: la paura e l'isolamento hanno creato **brutti scenari**». Si è fatto aiutare? E con quali regole o terapie? «Innanzitutto la regola è che... non ci sono regole. All'inizio mi hanno **aiutato** i **genitori** e mio **fratello** Stefano, poi mi sono rivolto a uno **psichiatra**, successivamente a una **psicologa**. Con lei continuo a lavorare, **condividendo** paure e sofferenze: ho capito che noi esseri umani **non** siamo delle **macchine**». Può spiegare a che punto è della battaglia? «Non entro nei dettagli. Ma sottolineo che non è una battaglia che si vince o si perde: si impara al massimo a **gestirla**, **convivendo** con queste sensazioni per **accettarle** e superarle».*

Terzo articolo[3]: in un libro, il celebre calciatore Buffon racconta a un giornalista le difficoltà psichiche di cui ha sofferto in passato.

*Buffon e i suoi demoni: "Ho sofferto di depressione e attacchi di panico" - Nel libro "Demoni" di Alessandro Alciato, l'ex portiere della Juventus racconta le sue debolezze: "In passato ho avuto molto **buio** e sono caduto in **depressione**. Mi ha **salvato** la vita un **quadro** di Chagall, "La passeggiata". Anche il superuomo Buffon è umano, troppo umano[4]. Al punto da avere avuto in passato un periodo di **depressione**, culminato in un attacco di panico nel riscaldamento di una partita contro la Reggina. A salvarlo un quadro di Chagall. Lo racconta lo stesso Buffon in "Demoni", il libro del giornalista Alessandro Alciato che raccoglie le confessioni di alcuni personaggi del mondo dello sport. Tra i quali l'ex portiere di Juventus e Parma è forse quello che ha avuto più **coraggio** nel raccontare i suoi "demoni".*

*Nel libro Buffon racconta di avere sofferto di depressione. "In un periodo per me molto **buio**, mi è capitato di visitare la Galleria d' Arte Moderna a Torino, e lì ho notato un quadro in particolare", scrive Buffon. Un **quadro** di Chagall, precisamente "La passeggiata", un olio su*

---

[1] Https://www.corriere.it/spettacoli /21_ottobre_04/ salmo-ho-dovuto-prendere-psicofarmaci-nuovo-disco-mi-ha-salvato-vita-5e1e5526-24fa-11ec-807b-86d461d54829.shtml.

[2] Https: // www.corriere.it /sport/21_dicembre_24/ alessandro-gentile-depressione-sono-impazzito-il-buio-dentro-terapia-mi-salva-e90f2f46-6421- 11ec-b1af-a17af24cc52d.shtml.

[3] Https://www.ilgiornale.it/news/sport/buffon-e-i-suoi-demoni-ho-sofferto-depressione-e-attacchi-1535051.html.

[4] Pare fare il verso al titolo di un'opera di Nietzsche ("*Umano, troppo umano*").

tela del 1918 che lo ha scioccato alla prima visione, al punto da "ripresentarmi 24 ore dopo al museo. Mi ha dato una ***scossa*** *positiva, per qualche minuto mi ha reso contento. Nell'ultimo anno avevo* ***perso la gioia di vivere, non*** *davo più* ***sollecitazioni*** *al mio* ***cervello*** *per sottrarlo alla* ***fissazione*** *in cui era caduto. Il quadro di Chagall mi ha insegnato che anche le piccole cose avrebbero potuto, piano piano, trascinarmi fuori da quella melma. Ho iniziato a* ***leggere tanti libri****. Mi sono anche iscritto a un* ***corso di chitarra****", confessa l'ex portiere bianconero, il cui malessere non accennava però a diminuire.*

"Sentivo il ***buio prima che il buio arrivasse per davvero****.* ***Peggiorava*** *il* ***corpo****, peggiorava la* ***mente****, quello stato di me così arrendevole, che non conoscevo, mi accompagnava nel* ***baratro*** *di mille domande. Cosa sta accadendo?* ***Perché proprio a me? Ma non sono bello, ricco e famoso?****". Domande senza risposta, fino all'attacco di panico nel bel mezzo di una partita. "*

Il destino lo ha aiutato, o forse è stato lo stesso Buffon ad aiutare se stesso nel momento più difficile. "Lì, in quel preciso momento, devo dire che sono stato bravo, perché con quel ***poco di lucidità*** *che mi rimaneva sono riuscito a* ***scavare*** *nelle mie* ***risorse*** *migliori, quelle dell'****orgoglio****, dell' amor proprio e dell'amore verso il* ***lavoro****. Con quel* ***briciolo di razionalità****, trascorsi i fatidici cinque minuti, mi sono detto: 'Se molli adesso e scegli la* ***scorciatoia****, scegli di non giocare, lo farai ogni volta che sarai in difficoltà'. Mi sono reso subito protagonista di una parata importantissima, quando il risultato era ancora fermo sullo 0-0. Alla fine abbiamo vinto noi, 1-0. Quella parata ha rappresentato per me una* ***scossa*** *clamorosa, ha funzionato da* ***elettroshock****".*

Prima di tradurre nel linguaggio della depressione i passaggi degli articoli, occorre evidenziare che il fenomeno depressivo rientra nel più ampio spettro dei disturbi mentali, la cui rilevanza nella società attuale mi pare compiutamente delineata in alcune righe di un elaborato pubblicato su Lancet[5] nel quale vengono individuati quattro pilastri fondamentali su cui basare i programmi pubblici di tutela della salute mentale, con l'obiettivo di migliorare la cura delle singole persone affette da disturbi psichici, di elevare il benessere collettivo e di perseguire inoltre la finalità di riduzione del costo sociale della gestione delle patologie mentali: "*First, mental health is a global public good and is relevant to sustainable development in all countries, regardless of their socio economic status, because all countries can be thought of as developing countries in the context of mental health. Second, mental health problems exist along a continuum from mild, timelimited distress to chronic, progressive, and severely disabling conditions. The binary approach to diagnosing mental disorders, although useful for clinical practice, does not accurately reflect the diversity and complexity of mental health needs of individuals or populations. Third, the mental health of each individual is the unique product of social and environmental influences, in particular during the early life course, interacting with genetic, neurodevelopmental, and psychological processes and affecting biological pathways in the brain. Fourth, mental health is a fundamental human right for all people that requires a rightsbased approach to protect the welfare of people with mental disorders and those at risk of poor mental health, and to enable an environment that promotes mental health for all*"[6]. Poche righe ma colme di contenuti! Nel primo punto si sottolinea che la salute[7] mentale è un "bene pubblico globale", determinante per lo sviluppo sostenibile di ogni paese: "bene pubblico" quindi a cui rivolgere attenzione e risorse, per consentire un impianto sociale sostenibile. Le politiche statali e internazionali devono quindi considerare la salute mentale come obiettivo di primario intervento, senza che alcun paese si possa considerare esente dalla necessità di un miglioramento nella cura delle psicopatologie. Il correlato quarto punto rappresenta che la salute mentale è un diritto umano fondamentale da tutelarsi, circa il quale occorre valorizzare un contesto socio-ambientale predisposto a promuoverlo[8]. Il secondo canone evidenzia che la dinamica dei disturbi mentali si dispiega senza soluzione di continuità, in un *continuum*: un approccio "binario" alla diagnosi mentale ("sano"-"malato"), per quanto possa agevolare la pratica clinica, non può riflettere diversità e complessità. Il terzo pilastro, sovrapponendo dinamica fenomenica e piano neurobiologico, appare retrocedere a un ambito puramente accademico l'inquadramento filosofico del disturbo mentale. Le esperienze individuali (traumi, frustrazioni, disagi) partecipano alla spiegazione del manifestarsi e dell'evolversi della malattia a prescindere da argomentazioni unicamente neurobiologiche o genetico-comportamentali: tra gli approcci che

[5] Nota rivista medica inglese, pubblicata sin dai primi anni dell'800.

[6] AA.VV. (The Lancet Commissions), "*The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*", 27 ottobre 2018, vol. 392, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X.

[7] Il concetto generale di "salute" può essere declinato nell'accezione puramente bio-medica di "assenza di malattia" (intesa come scostamento dalla norma di fattori biologici quantificabili) oppure nel più ampio spettro dell'impianto bio-psico-sociale definito nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1946, che nei primi due capoversi recita "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social contidion*".

[8] Analogamente a un altro "bene pubblico" per definizione: l'ambiente e il clima, il cui equilibrio è oggi pregiudicato dal rischio di deriva climatica prodotta dall'inquinamento.

si focalizzano sull'incidenza delle esperienze individuali, quello fenomenologico (oltre descritto) ne enfatizza la rilevanza, al fine di consentire la migliore comprensione dei disturbi psichiatrici - sovente contraddistinti da alterazione percettiva della realtà - coniugando l'approfondimento neurobiologico con la declinazione fenomenologica delle vicende personali, individuando al contempo le caratteristiche comuni alla pluralità dei casi. Gli eventi personali che caratterizzano l'intero percorso di una singola esistenza umana confluiscono tutti in un unico *mindset*, da indagare e interpretare attraverso le lenti di differenti e complementari approcci scientifici e culturali: la salute mentale è quindi la risultanza, in ogni momento dell'individuale percorso esistenziale, di vettori biologici e determinanti sociali e ambientali, che possono costituire fattori interagenti negli episodi psicopatologici[9].

2. La psichiatria fenomenologica

Ricollegandomi all'approccio "binario" applicabile alle dinamiche psicopatologiche, la concezione che gli antichi avevano dell'uomo non era quella di un "corpo" dotato di un'"anima" bensì quella di un corpo che si rapporta con il mondo: un uomo quindi che si esprime nella sua totalità[10]. La relazione tra "anima" e "corpo" fu successivamente introdotta da Platone per la costruzione di un sapere universale e valido per tutti - che non poteva quindi fondarsi sulle sensazioni corporali, individualmente differenti, a ciò conseguendo la necessità di introdurre il concetto di "anima" che, prescindendo dalla sfera sensibile, fondasse un sapere eretto su numeri e idee - e successivamente radicalizzata nella visione dualistica cartesiana che scinde l'uomo in *res cogitans* ("anima") e *res extensa* ("corpo")[11]: tale divisione, certamente propizia per discipline matematiche e fisiche, risulta infeconda per le scienze psicologiche che si trovano e operare contemporaneamente su entrami i piani in cui viene scomposto l'uomo, tuttavia non più ricomponibili rispetto a tale impianto argomentativo[12]. Inquadrato come organismo biologico, il corpo è quindi ridotto a oggetto, a cui applicare i criteri scientifici della chimica, della fisica e della biologia. Tuttavia l'uomo ha esperienza del proprio corpo collocato nel mondo e, nella dimensione della psichiatria fenomenologica, il dualismo "anima"-"corpo" viene sovvertito dalla relazione "corpo"-"mondo", nel cui paradigma il corpo non si oggettivizza in pura *res extensa,* in quanto corpo vivente. Nella struttura fenomenologica quindi l'uomo è ente del mondo, ciò rappresentando un reale rovesciamento rispetto alla metodologia precedente: dalla divisione cartesiana - che la scienza ha acquisito per le proprie necessità esplicative, fondate sulla misurabilità quantitativa propria della *res extensa,* che riconduce quindi lo psichico al fisiologico - alla constatazione di ordine esistenziale che, sul piano dei fenomeni, la rigida distinzione cartesiana non viene nella realtà a cogliersi[13]. Jaspers supera il dualismo "anima" e "corpo" - che aveva condotto la psichiatria classica all'applicazione di metodiche che, oggettivando l'esistenza umana alla maniera delle scienze naturali applicate agli oggetti, riconducevano ogni evento psicologico a impulsi cerebrali - strutturando un'indagine psicologica che consideri l'essere umano come un "tutto", superando, ed espellendo conseguentemente, il paradigma naturalistico dalla psicologia, nella quale si innesta invece l'approccio fenomenologico: "*nelle scienze naturali noi cerchiamo di afferrare soltanto un tipo di relazioni: le relazioni di causalità. […] Identici scopi perseguiamo in psicopatologia; troviamo così particolari relazioni causali*" […] ma "*mai possiamo stabilire equazioni di causalità come in fisica o in chimica. Questo presupporrebbe una completa quantificazione dei processi indagati, cosa che nello psichico, che per sua natura rimane sempre qualitativo, per principio non è mai possibile, senza che vada perduto il vero oggetto di indagine, cioè lo psichico*"[14]. Se, come afferma Jaspers, la "spiegazione" riconduce ciò che si manifesta alle leggi - e, nel porsi sul versante di chi indaga, a queste riducendolo - la "comprensione" partecipa l'ente cogliendone l'essenza: per Jaspers è quindi possibile "spiegare" un fenomeno senza tuttavia averlo "compreso". Nasce la psicopatologia, che non ricerca le cause del disturbo mentale nella "genericità" dell'organismo, bensì nella "singolarità"

[9] AA.VV. (The Lancet Commissions), *ibid*., p. 1570.
[10] Galimberti Umberto, "*Psichiatria e fenomenologia*", Universale Economica Feltrinelli, 2020, p. 14.
[11] Nella parte quinta del Discorso sul Metodo, Cartesio "*rende conto in termini puramente materialistici e meccanicistici di tutte le funzioni corporee. Spiega cioè il corpo considerandolo come una macchina composta di sola materia, in nulla differente dagli animali, priva di anima, o pensiero*" (Cartesio, "*Discorso sul metodo*", Bompiani, 2018, p. 60).
[12] "*Pochi autori, infatti, hanno più di Cartesio promosso la visione dell'uomo-macchina, concependo la fisiologia di essere umani e animali come un processo essenzialmente meccanico",* tuttavia *"Cartesio non era così sprovveduto da non rendersi conto che un legame tanto intimo, quale quello tra la mente e il corpo, non era comunque spiegabile nei termini delle relazioni di tipo fisico o causale ordinarie. Dal suo punto di vista, nulla vieta però che sussistano relazioni causali tra differenti tipi di sostanze: egli afferma esplicitamente che non si può dimostrare che «se l'anima e il corpo sono due sostanze di diversa natura, ciò impedisce loro di poter agire l'una sull'altra*»" (Di Francesco Michele, Marraffa Massimo, Tomasetta Alfredo, "*Filosofia della mente – Corpo, coscienza, pensiero*", Carocci Editore, 2017, pp. 26,27).
[13] "*Tutto l'essere-per-sé deve essere corpo, e tutto deve essere coscienza: non può essere unito al corpo. Similmente l'essere-per-altri è tutto corpo; non ci sono «fenomeni psichici» da unire al corpo; non c'è niente "dietro" il corpo. Ma il corpo è tutto «psichico»*", scrive Sartre (Sarte Jean-Paul, "*L'essere e il nulla*", il Saggiatore, 2014, p. 362).
[14] Jaspers Karl, "*Psicopatologia Generale*", Il Pensiero Scientifico Editore, 2019 (nona ristampa), pp. 327, 328. L'opera di Jaspers, uscita per la prima volta nel 1913, rappresenta un classico della letteratura psichiatrica e un cardine della conoscenza psicopatologica.

dell'individuo: "*La situazione fondamentale dell'uomo è di stare nel mondo come singolo essere finito, essere dipendente, ma avere la possibilità di agire entro uno spazio mutevole, limitato da confini obbligatori. La vita è una polemica con il mondo che noi chiamiamo realtà, è lotta, influenza su di esso, azione configurativa - è fallimento in esso - è adattamento ad esso - è apprensione e sapere di esso*[15]*: "Ogni essere vivente e quindi ogni essere umano vive nel mondo che lo circonda, cioè nel mondo che il soggetto coglie e fa suo, del quale subisce l'influenza, e sul quale reagisce*[16]. Occorre quindi indagare l'uomo comprendendolo con impianti non puramente naturalistici, che consentano di scandagliarne le specificità e non lo oggettivizzino attraverso ipotesi di natura "matematica". L'uomo va cioè compreso nella sua totalità, superando la divisione "soggetto"-"oggetto" e sfumando la dicotomia "sano"-"malato": diviene quindi centrale la relazione "individuo"-"mondo", i fenomeni psichici non vengono ricondotti strettamente a cause bensì a indicatori delle modalità essenziali con cui l'uomo si interconnette col mondo, nel significato che in esso vi assumono, ciò traducendosi in un inquadramento di carattere trascendentale dell'alienazione. Il "sano" e l'"alienato" sono quindi entrambi delineabili assumendo il loro versante di rappresentazione del mondo e non quello di colui che deve interpretarli: "*Ogni vita psichica è un tutto come forma temporale. Per comprendere un uomo è necessaria la visione della sua vita dalla nascita fino alla morte. Mentre il medico somatico, come tale, ha a che fare soltanto con una malattia transitoria o cronica, con varietà come sesso e costituzione, e non con l'intera personalità, gli psichiatri si sono occupati da sempre di tutta la vita passata dei loro malati con tutti i suoi rapporti di natura personale e sociale. Ogni vera storia clinica conduce alla biografia. La malattia psichica ha le sue radici nell'insieme della vita e per la sua comprensione non si può staccare da essa*"[17].

Anche Husserl rinuncia al puro riferimento naturalistico nell'esplorazione dell'uomo ("*Io metto quindi fuori circuito tutte le scienze che si riferiscono al mondo naturale e, per quanto mi sembrino solide, per quanto le ammiri, per quanto poco io pensi a obiettare alcunché, non faccio assolutamente nessun uso di ciò che esse considerano come valido. Non mi approprio di nemmeno una delle loro proposizioni, anche se sono perfettamente evidenti, non ne assumo nessuna e da nessuna di esse ricavo alcun fondamento - beninteso, fin tanto che esse vengono concepite, come avviene appunto in queste scienze, quali verità concernenti la realtà di questo* mondo"[18]. Nella fenomenologia di Husserl le dinamiche psicologiche vengono mondate degli elementi empirici per individuarne l'essenza generale: "*la fenomenologia pura o trascendentale non verrà fondata come scienza di dati di fatto, ma come scienza di essenze*[19]: l'individuo ha esperienza del proprio corpo, non quale *res extensa* ma quale corpo vivente, non coincidente con il corpo costituito da apparati psichici e organici poiché il corpo vivente ha la propria esperienza e il proprio mondo, di cui tale corpo vivente dispone ("*Io ho coscienza di un mondo, che si estende infinitamente nello spazio e che è ed è stato soggetto a un infinito divenire nel tempo. Averne coscienza significa anzitutto che io trovo il mondo immediatamente e intuitivamente dinnanzi a me, che ne ho esperienza*"[20]). La scissione "anima"-"corpo" su cui si è fondata la psichiatria classica viene, come detto, superata dal rapporto tra "corpo" e "mondo", il corpo vivente inciso dalla successione degli eventi che si determinano nel fluire del tempo: dall'oggettivazione si trascende alla soggettività dell'individuo che ha un mondo, è nel mondo e costituisce un mondo ("*Se si ricava il concetto di realtà dalle realtà naturali, dalle unità di un'esperienza possibile, il «mondo» o la «natura» equivalgono alla totalità del reale; ma identificare le totalità del reale con la totalità dell'essere, e quindi assolutizzare il reale, è una assurdità. Una realtà assoluta vale quanto un quadrato rotondo*"[21]).

L'"essere nel mondo" dell'uomo comporta, per Heidegger, che non si possa conoscere l'uomo avendo come unica base di partenza il mondo inteso come criterio di comprensione dell'uomo sulla base dello schema naturalistico-scientifico applicato agli oggetti che lo compongono, laddove invece è il mondo che si apre all'uomo e gli appartiene, non dandosi esistenza umana senza mondo ("*L'espressione composta «essere-nel-mondo» mostra già, nella sua stessa coniazione, che con essa si intende un fenomeno unitario. Questo reperto primario va visto nella sua totalità. Il fatto che non la si possa risolvere in elementi componibili non esclude una molteplicità di momenti strutturali costitutivi*"[22]). L'accoglimento dell'"essere nel mondo" di ogni singolo individuo - mondo senza il quale non si ha esistenza - determinerà il

[15] Jaspers Karl, *ibid*., p. 353.
[16] Jaspers Karl, *ibid*., p. 306.
[17] Jaspers Karl, *ibid*., p. 719.
[18] Husserl Edmund, "*Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*", Biblioteca Einaudi, 1965, p. 72: si tratta di un'opera fondamentale nella filosofia di Husserl, nella quale la fenomenologia si dispiega come in nessuna altra sua produzione.
[19] Husserl Edmund, *ibid*., p. 6.
[20] Husserl Edmund, *ibid*, p. 61.
[21] Husserl Edmund, *ibid*, p. 140.
[22] Heidegger Martin, "*Essere e tempo*", Mondadori, 2020, p. 83. *"Essere e tempo",* costituisce una delle opera più rilevanti di tutta la filosofia del Novecento, che reimposta l'intera ricerca filosofica, riconcettualizzandone il lessico.

mutamento del linguaggio nella psichiatrica fenomenologica: il termine "mondo" accompagna la psicosi (ad esempio, mondo melanconico e non più solamente melanconia), nella ricerca della individuale comprensione del modo di "essere nel mondo" di ogni singolo uomo.
Per Binswanger "*il fondamento e il terreno su cui la psichiatria come scienza autonoma può radicarsi non è né l'autonomia e la fisiologia del cervello, né la biologia, né la psicologia, la caratterologia e tipologia di genere, né ancora la scienza della «persona», ma è l'uomo*"[23]. Avendo quale punto di partenza l'"essere nel mondo", è possibile comprendere sia il "sano" che il "malato" come partecipanti del medesimo mondo, per quanto l'"alienato" vi risieda con differenti strutture percettive, relazionali e comportamentali: in tale paradigma, l'"alienato" non alberga "fuori dal mondo" ma "è nel mondo" per come gli è possibile esserlo, essendo sé stesso nell'alienazione, senza essere imprigionato in aprioristici e teorici schemi interpretativi. Occorre abbandonare la dicotomia "soggetto"-"oggetto" in quanto "*noi non comprendiamo nulla della follia finché ci comportiamo di fronte al folle come soggetti disinteressati, o, che è lo stesso, consideriamo il folle semplicemente oggetto, o, in breve, lo rappresentiamo come uno star-di-fronte. Al contrario, noi comprendiamo la follia solo sul fondo della nostra comune sorte umana, sul fondo della condition humaine, o, che è lo stesso, se vediamo anche nel folle l'altro uomo*"[24]. Occorre quindi liberare l'esistenza da sovrastrutture teoriche interpretative precostituite e coglierne le manifestazioni, così che "sano"-"malato" cessino di essere inquadramenti teorici per divenire "modi di essere presenti nel mondo" senza discriminazioni qualitative o senza enfasi sulle deviazioni rispetto alla "norma": "*Chi sia da considerare come malato mentale lo decide la psicopatologia e la psichiatria clinica; ma in che cosa il malato come uomo compreso a partire dall'essenza umana o dall'esserci umano, si distingua dall'uomo sano, questo solo l'analisi esistenziale può indicare e dire in linguaggio adeguato all'esistenza umana*"[25]. Il concetto di malattia è sovente correlato a un giudizio di valore (qualcosa di dannoso e indesiderabile) e, nel tentativo di abbandonare tale accezione di valore, per lungo tempo la psichiatria si è rifatta a una definizione empirica, quella di "media" o di "norma" - ciò che è proprio della maggioranza degli individui è "sano", ciò che vi differisce è "malato" - ma questa "*non è affatto una soluzione del problema*"[26]: "*Il concetto di "normalizzazione" implica, infatti una supposta normalità standardizzata di strutture e livelli di funzionalità cerebrale estesa e universale, valida per tutti gli individui, indipendentemente dal loro sviluppo ontogenetico e dalle loro esperienze, cui il malato "anormale" deve tendere a recuperare*", si tratta tuttavia di un impianto "*del tutto abbandonato dalla odierna psicopatologia, che non classifica più il malato in termini di normalità contrapposta ad anormalità. Piuttosto, si vuole dare rilievo alle peculiarità del soggetto-paziente di cui le neuroscienze applicate alla psicopatologia devono, sempre più in futuro, prendersi carico*"[27]. Non vi è quindi una "norma" che possa distinguere la salute dalla malattia, poiché sia il "sano" che l'"alienato" fanno parte dello stesso mondo pur appartenendovi, il "malato", con un paradigma percettivo e comportamentale diverso rispetto a quello del "sano", per quanto non "disfunzionale" bensì "diversamente funzionale", cioè essendo al mondo in quel certo modo.

3. La depressione in letteratura

Il termine "depressione" viene utilizzato spesso nel linguaggio corrente - nella maggior parte dei casi tuttavia impropriamente - intendendovi uno stato di fiacchezza o indolenza: chi di noi non ha mai pronunciato, magari in un plumbeo giorno autunnale in cui non si abbia desiderio di svolgere alcuna attività, la frase "oggi sono depresso". La depressione psichiatricamente intesa si sostanzia invece in "*uno stato di malinconia che è patologico, non normale*", "*la vera depressione, come disturbo psichico, è uno stato di malinconia più accentuato, meno legato a eventi della vita (come lo sono i lutti) e che dura di più di qualche giorno*" e "*con ogni probabilità, la vera depressione (intesa dunque come disturbo psichico) non è dovuta a un'unica causa, ma al concorrere di cause diverse; e soprattutto non è uguale in tutti i soggetti*"[28]: essa consiste quindi in un'alterazione del tono dell'umore verso forme di tristezza profonda, con perdita di autostima e necessità di autopunizione, riconducibile a varie forme di esperienza umana caratterizzate da acuta sofferenza, perdita di spinta vitale e interesse rispetto alle normali attività, accompagnate da visioni pessimistiche e negative, sovente connesse a perdite o rifiuti, maltrattamenti o delusioni.
Bleuler afferma che *"Nella depressione osserviamo l'aggravarsi di un processo mentale che già è noto nel caso della tristezza di un individuo sano: il pensiero nel suo complesso procede con lentezza e fatica. Modificare l'idea che si sta perseguendo risulta difficile, spesso impossibile,*

[23] Binswanger Ludwig, "*La psichiatria come scienza dell'uomo*", Mimesis - Frontiere della Psiche, 2013, p. 37. Binswanger, assistente di Bleuler e collaboratore di Jung, applica in psichiatria la fenomenologia trascendentale di Husserl.
[24] Binswanger Ludwig, *ibid*, p. 39.
[25] Binswanger Ludwig, *ibid*, p. 41.
[26] Jaspers Karl, *ibid*., p. 830.
[27] AA.VV. (a cura di Rossella Guerrini e Massimo Marraffa), "*Psicopatologia e scienze della mente. Dalla psichiatria organicista alla neuroscienza cognitiva clinica*", 2019, Carocci editore, pp. 286, 287.
[28] Jervis Giovanni, "*La depressione. Un vuoto oscuro e maligno che possiamo colmare*", il Mulino, 2002, pp. 11 e 21.

e l'idea dominante, da cui i pazienti non riescono a distogliersi, concerne la loro presunta infelicità: si parla al riguardo di monideismo. Spesso, sono i pazienti stessi ad accorgersi della carenza di idee avvertendola come desolazione e tedio. Le idee che contraddicano le rappresentazioni di tristezza vengono difficilmente o per niente accettate; il giudizio viene così falsato in molte direzioni e si giunge facilmente alla creazione di idee deliranti[29]; "*I pazienti depressi sono come circondati da una catastrofe naturale di sofferenza e tormento. Ciò che vivono, quel che rappresentano e ciò di cui si ricordano è contornato da dolore. Essi stessi si raffigurano come piccoli, odiosi, peccaminosi, di infimo valore, sprovveduti e rei, mentre avvertono i consimili e il mondo intero come grande, minaccioso, potente e inospitale. Molti di loro sono preda dell'angoscia, che avvertono sotto forma di pressione o dolore al cuore. Altri sopportano le loro sofferenze con immota rassegnazione. Spesso ingigantiscono oltre misura preoccupazioni e minacce reali, oppure si creano convincimenti deliranti ed estranei alla realtà circa il proprio peccato e la propria abiezione. Talvolta si limitano a soffrire senza farsi alcuna idea sui motivi del loro tormento. Possono anche aver "paura per niente", ossia una "vuota angoscia". Molte fasi depressive possono essere intese alla stregua di una tristezza morbosamente amplificata*[30]*.* Jaspers definisce la depressione "*il sentimento di non avere più alcun sentimento […] Non si tratta di un'apatia, ma di una penosa sensazione di insensibilità. […] I malati si lagnano di non poter sentire più alcuna gioia, alcun dolore. […] Si sentono deserti, vuoti e morti, non hanno più alcuna gioia di vivere*[31]" mentre Binswanger - muovendo dalle considerazioni riguardanti la temporalità descritte da Jaspers[32] - propone "*di interpretare i sintomi depressivi muovendo dalla destrutturazione temporale dell'evento depressivo fondamentale, cioè da un «disturbo» del divenire della personalità*"[33], sottolineando che "*il melanconico, a differenza del pessimista, avverte la perdita prevista per il futuro come se si fosse già verificata*", che "*la perdita «melanconica» riguarda tutti i settori dell'esistenza: la perdita di un familiare, del patrimonio (delirio di impoverimento), del buon nome o dell'onore, della posizione sociale, del prestigio politico, del valore artistico scientifico o sportivo, della capacità di applicazione intellettuale o delle prestazioni fisiche (specialmente sessuali), della reattività emozionale, della vita «interiore», della salute ecc. E questa perdita non ha per i melanconici i caratteri della previsione, ma dell'evidenza*"[34]. Rispetto al "*tema di fondo della melanconia che è la perdita. Questo, a sua volta, non può essere separato dai temi vivamente descritti della penosa sofferenza, dell'insostenibile angoscia e dell'irresistibile impulso al suicidio*"[35]. La destrutturazione temporale espande il passato, senza lasciare posto all'accadere del presente e all'avvenire del futuro: ciò di cui si dolgono i depressi non si riduce alle perdita correlata, ad esempio, a uno degli eventi predetti, bensì alla ben più pervasiva perdita di presente e futuro, che non si rappresentano nell'orizzonte occupato dall'espandersi del passato, in un linguaggio dei depressi coniugato con "*i «se» o «se non», «se avessi» o «se non avessi»" che "sono vuote possibilità*"[36].
Husserl, a cui Binswanger rimanda, descrive l'"orizzonte del vissuto": "*Ogni vissuto-adesso, sia esso pure la fase iniziale di un nuovo vissuto che si fa avanti, ha necessariamente il suo orizzonte del prima. Questo non può però per principio essere un vuoto prima, una vuota forma senza contenuto, un non-senso. […] Ma ogni vissuto-adesso ha pure necessariamente il suo orizzonte del dopo, e neppure questo è un orizzonte del vuoto; necessariamente ogni vissuto-adesso, sia esso pure quello della fase finale della durata di un vissuto che finisce, si trasforma in un nuovo adesso, e questo è necessariamente riempito*"[37] ma nella depressione, il passato risulta a tal punto pervasivo da relegare il presente al tempo del dolore e il futuro al tempo dei vacui proponimenti, in una temporalità destrutturata nella quale eventi del passato assurgono a

[29] Bleuler Eugen, "*Trattato di psichiatria*", Editrice La Scuola, 1983 (quindicesima edizione), p. 109. Il trattato, pubblicato nel 1916, costituisce ancora oggi in Germania uno dei testi utilizzati nei corsi di studio in psichiatrica generale.
[30] Bleuler Eugen, *ibid*, pp. 830,831. Bleuler attribuisce il delirio depressivo a tre ambiti: della coscienza morale (delirio del peccato), della salute (delirio di malattia) e delle finanze (delirio di povertà). Se la depressione era in passato incentrata sul senso di colpa e sul proibito, quindi su un profilo morale, ora - dopo che l'uomo, per dirla con le riflessioni di Galimberti, ha interiorizzato non solo i dettami sociali ma anche quelli della tecnica, intesa quale forma più alta di razionalità mai raggiunta dall'uomo, la quale traduce tutta l'esistenza in termini di efficienza e produttività, - la depressione si colloca sul registro della inadeguatezza rispetto alla capacità di *performare*, ciò deflagrando circa il riconoscimento della propria identità ("*La tecnica infatti non tende a uno scopo, non promuove un senso, non apre scenari di salvezza, non redime, non svela verità: la tecnica "funziona*": Galimberti Umberto, "*Psiche e techne – L'uomo nell'età della tecnica*", Feltrinelli, 2021 (dodicesima edizione), p. 33). In tale paradigma, l'uomo viene ad appiattirsi, a uniformarsi, ad assumere solo "una dimensione": "*Le persone dipendono per la propria vita dal padrone e dai politici e dal posto di lavoro e dal vicino, e son questi che le fanno parlare e intendere come parlano e intendono; esse sono forzate, dalla necessità della società, ad identificare la «cosa» (incluso il loro io, mente, sentimento) con le sue funzioni […] Cosicché gli individui non esprimono soltanto "se stessi", le loro proprie conoscenze, sentimenti, e aspirazioni, ma anche qualcos'altro diverso da sé*" (Marcuse Herbert, "*L'uomo a una dimensione*", Piccola Biblioteca Einaudi, ed. 1999, p. 199). Nel paradigma sotteso a tale scenario, la depressione trova più favorevoli condizioni per la sua patogenesi.
[31] Jaspers Karl, *ibid*, p. 120.
[32] Jaspers Karl, ibid., pp. 88-94.
[33] Binswanger Ludwig, "*Melanconia e Mania*", Bollati Boringhieri, 1994, p. 40.
[34] Binswanger Ludwig, *ibid*., p. 46.
[35] Binswanger Ludwig, *ibid*., p. 50.
[36] Binswanger Ludwig, *ibid*., p. 32.
[37] Husserl Edmund, *ibib*., p. 205.

totalità dell'esperienza. Come si spiegano quindi una malattia mentale, in generale, e l'insorgenza di un fenomeno depressivo in particolare? "*Tra gli aspetti della malattia psichiatrica su cui vi è convergenza, e dei quali qualunque teoria della spiegazione è chiamata a tenere conto, troviamo il carattere multifattoriale e multilivello del disturbo, nel quale si intrecciano aspetti genetici, neurofisiologici, psicologici, socioeconomici ecc. La malattia mentale si configura pertanto come oggetto di indagine su sfondi disciplinari differenti (per esempio genetica psichiatrica, neuroscienze, epidemiologia psichiatrica, neuropsicologia, psicologia clinica ecc.), e ciò non è privo di impatti sui modelli esplicativi che emergono. […] E' possibile/opportuno tracciare delle gerarchie di "potere esplicativo" rispetto a un certo fenomeno patologico? Qual è il peso relativo di - per esempio - elementi organici ed esperienze personali individuali, di mutazioni genetiche e condizioni socioeconomiche, nelle varie prospettive disciplinari e, se possibile, in resoconti esplicativi interdisciplinari?*"[38]. L'equilibrio psichico, regolato dai centri nervosi collocati alla base del cervello, è influenzato quindi da vari fattori (biologici, genetici, fisici, chimici, esperienziali, psicologici, educativi, sociali, ambientali, ereditari). Se la distinzione tra fattori ereditari e influssi ambientali appare di più complessa dimostrazione[39], le indagini sul disturbo mentale possono enfatizzare, a un estremo, l'approccio neurobiologico (incentrato su struttura e funzionalità del sistema nervoso) e, all'altro, quello fenomenologico (che valorizza la fecondità informativa dell'esperienza individuale): dalla loro interazione è possibile pervenire a una completa comprensione dei fenomeni psicotici, individuando la relazione tra fattori esperienziali (traumi e frustrazioni, anche relativizzati rispetto alla fase di vita) ed elementi genetici, neurobiologici e comportamentali. Le parole di Bleuler, nelle prime righe della premessa alla sua opera del 1916, appaiono illuminanti nella loro lineare immediatezza: "*Quando il medico è posto di fronte al grande compito di aiutare una persona affetta da disturbi psichici, si aprono davanti a lui due strade. In primo luogo, può registrare di che cosa è malato. In base ai sintomi concluderà per uno dei tanti scenari di malattia che sono stati descritti. Saprà quindi quali metodi di trattamento sono disponibili e li selezionerà e applicherà in base alle esigenze del suo paziente. Può tuttavia intraprendere anche una strada diversa. Può cioè ascoltare il paziente come un amico fidato. In questo caso, la sua attenzione sarà meno orientata a classificare il malato, ad annotare i sintomi psicopatologici e a ricavare da tutto questo una diagnosi impersonale, quanto piuttosto a cogliere la persona nella sua unicità e a immedesimarsi nelle sue necessità personali, nella sue angosce, nei suoi desideri e nelle sue aspettative. Così, egli può diventare per lui un consulente personale e un ausilio in talune questioni importanti. Da questo momento in poi, la comunione tra i due contribuirà a tranquillizzare il paziente, a farlo concentrare su di sé, a renderlo più disteso e, se resta solida e viene mantenuta viva per lungo tempo, promuoverà tutto il percorso evolutivo verso la guarigione. Comunque entrambe le procedure sono necessarie: in un qualche caso può essere più indicata e significativa la prima, in altri casi, la seconda. […] Ciò che i pazienti pensano, dicono e provano diventa più significativo del modo in cui lo fanno, ossia dell'elemento formale. Non si cerca di descrivere, quanto piuttosto di comprendere i destini umani, […] sotto l'influsso dell'esperienza di vita (e delle condizioni corporee) noi continuiamo a evolverci e a mutare fino alla morte, sempre tuttavia nei limiti fissati dalle nostre disposizioni innate […] Dall'unicità delle disposizioni emotive ereditarie e dall'unicità dell'esperienza di vita si forma l'individualità unica di ogni uomo"*[40].

Appare quindi auspicabile l'attecchire di una pratica psichiatrica che colga con sempre maggiore apertura - tanto nella fase diagnostica quanto in quella terapeutica - l'importanza delle affezioni della vita: per rappresentarla con le parole di Borgna "*una psichiatria orientata ai contenuti emozionali della follia, mai slegata dall'ascolto e dal colloquio*", giungendo ad "*ascoltare, essere in dialogo continuo con il dolore e la sofferenza, con i desideri e le attese, con le inquietudini e le speranze, delle persone che stanno male, e chiedono aiuto, che non si solo farmacologico*", "*creare fragili ponti di comunicazione con la loro vita interiore, e a dire loro parole gentili, e aperte alla speranza*"[41].

4. Inquadramento nosologico della depressione

Nel calarsi ora nella classificazione dei gruppi clinici delle forme depressive, si individuano:

---

[38] AA.VV. (a cura di Rossella Guerrini e Massimo Marraffa), *ibid*., p. 64.

[39] Jervis scrive che: "*Per quanto concerne la depressione, va detto che si tratta di un tipo di disturbo psichico in cui l'ereditarietà - o per meglio dire, la predisposizione ereditaria - ha un peso notevole. Qui, in altre parole, i fattori genetici contano molto: contano certamente di più che per le nevrosi (cioè i comuni disturbi ansiosi) e anche maggiormente che per la più inquietante e grave delle malattie mentali, la schizofrenia. […] D'altro lato questo non significa che l'ereditarietà sia la causa della depressione […] così che se una persona manifesta uno scompenso depressivo è probabilmente perché sono entrati in gioco anche, e magari soprattutto, altri fattori nel corso della vita. […] Purtroppo, il guaio degli scompensi - sia riguardanti la salute fisica, sia quella psichica - è che essi, una volta instauratisi, tendono a non essere mai totalmente reversibili. In altre parole, da un certo momento in poi l'organismo tende a funzionare meno bene: e non già a funzionare meno bene in generale, ma a funzionare meno bene in un certo modo"* (Jervis Giovanni, *ibid*., p. 23).

[40] Bleuler Eugen, *ibid*., pp. 29, 30, 35.

[41] Borgna Eugenio, "*Il fiume della vita*", Feltrinelli, 2020, pp. 11, 57, 61. Borgna è psichiatra che per lungo tempo ha lavorato in una clinica universitaria di Milano e presso il manicomio femminile e l'ospedale di Novara, da sempre partecipe della fenomenologia del mondo sociale, dedito all'ininterrotto ascolto dei mondi della follia.

- depressione endogena: già conosciuta nell'antichità come "melanconia" - e distinta in depressione periodica monopolare, quindi caratterizzata dalla sola fase depressiva, ovvero ciclica bipolare, con alternanza di fasi depressive e fasi maniacali - è caratterizzata da oscillazioni di umore nel corso della giornata, risveglio precoce e rappresentarsi di idee deliranti e ipocondriache, accompagnate da percezione di colpa e incurabilità. Per Bleuler "*si è voluto suddividere le cause delle malattie mentali in endogene ed esogene - ma non se ne è ricavata alcuna distinzione chiara*"[42] mentre per Jaspers "*Dato che la vita consiste sempre nell'effetto reciproco dell'esterno e dell'interiore, nessun fenomeno può essere sempre esclusivamente endogeno. […] L'uomo forgia il suo ambiente e viene nel contempo forgiato da esso. Pertanto più che delimitare vicendevolmente influssi ambientali e influssi ereditari, ciò che importa è spesso seguire le loro costanti intersezioni"*[43]*.*
- depressione psicogena: di origine psicologica, tipicamente nella sua declinazione "reattiva" conseguente a un evento vissuto come perdita (delusioni rispetto ad aspettative, mortificazioni sociali e lavorative, frustrazioni affettive, lutti, eventi traumatici)[44]. In questa forma depressiva la diagnosi si fonda su una definizione di "normalità" in accezione statistica rispetto alla relazione tra causa ed effetto, quest'ultimo risultando, negli eventi depressivi di questa origine, esorbitante o incoerente rispetto alla prima[45];
- depressione somatogena: è possibile assumere un nesso causale diretto tra patologia organica e alterazione somatica (depressioni organiche conseguenti ad esempio a episodi arteriosclerotici o tumorali e depressioni sintomatiche conseguenti a fenomeni depressivi, per esempio post-infettivi). Bleuler rileva che "*La distinzione tra psicogeno e somatogeno è altrettanto poco univoca quanto quella tra "ereditario" e "acquisito". I disturbi dell'equilibrio psichico hanno effetti somatici di vario genere che a loro volta sortiscono un effetto di ritorno sulla psiche*"[46]. L'"effetto di ritorno" descritto da Bleuer corrisponde alla circolarità negativa che si può instaurare tra causa patogena (quale un evento impattante su un quadro di vulnerabilità originaria del soggetto) ed effetto della stessa (depressione), la quale può ulteriormente aggravare il contesto di vita del malato, ciò ancor più alimentando il fenomeno psicotico.

La destrutturazione dell'intenzionalità che caratterizza la psicologia della "comprensione" di Jaspers individua nella depressione una ingiustificata e pervasiva tristezza e un impedimento dell'attività psichica, soggettivamente dolorosa e oggettivamente rilevabile. Ogni istinto è inibito: il malato non ha desiderio di nulla sino alla totale inattività, non ha stimoli mentali, si duole della propria inadeguatezza e indifferenza, del vuoto, con angoscia intensa percepita a livello somatico. Nella radicata tristezza che li affligge, i depressi percepiscono il mondo come grigio e insensibile, cogliendo solo il risvolto negativo degli accadimenti: se il passato è il tempo delle colpe e il presente quello delle sventura, il futuro appare loro spaventoso.

La destrutturazione della temporalità caratterizza la depressione come interpretata da Binswanger: la dimensione del passato si dilata, non consentendo al presente e al futuro di succedersi, e le perdite di cui i depressi si lamentano in realtà simboleggiano la vera perdita, quella del presente e del futuro, rappresentate nel linguaggio dei "se" e dei "se non".

Jervis si concentra sul rapporto tra depressione e risvolto sociale: il depresso non individua le cause sociali della situazione dolorosa e inappagante che sta vivendo, non colloca nella società il proprio disegno e quindi tende a chiudersi in se stesso, cercando le cause del proprio malessere dentro di sé, colpevolizzandosi per aver edificato un'esistenza alla quale più non si affida. Gli effetti dirompenti della depressione possono inoltre distruggere relazioni interpersonali, influenzando negativamente il contesto lavorativo, sconvolgendo l'esistenza del momento, potendosi inoltre instaurare un circolo perverso tra malattia e malfunzionamento: come già rilevato, è conseguente che se una grave e negativa circostanza, ad esempio lavorativa, determina un episodio depressivo, questo a sua volta si trasmetterà ulteriormente sulle dinamiche lavorative successive, aggravandole, ciò potendo a sua volta peggiorare il quadro psicotico, e via proseguendo nella complessa e avversa dinamica circolare "evento (negativo) → corpo (condizioni/disposizioni/vulnerabilità) → mente (depressione) → corpo (effetto negativo) → mondo (riflesso negativo) → mente (peggioramento psicosi) → corpo (peggioramento dello stato)" che si va a instaurare[47].

---

[42] Bleuler Eugen, *ibid*., p. 266.
[43] Jaspers Karl, *ibid*., p. 488.
[44] Una peculiare forma di psicosi reazionale è quella efficacemente descritta nelle pagine conclusive de "I dannati della terra" di Fanon, nel quale egli descrive la patologia mentale prodotta dall'oppressione coloniale ("*il colonialismo costringe il popolo dominato a porsi continuamente la domanda: «Chi sono io in realtà?»*"): l'evento determinante le «*psicosi reazionali*» dei malati colonizzati è, per Fanon, "*soprattutto l'atmosfera sanguinosa*" (Fanon Frantz, "*I dannati della terra*", Piccola Biblioteca Einaudi, 2007, pp. 202, 203).
[45] Per un maggiore dettaglio classificatorio, si veda Beck Aaron T., "*La depressione*", Bollati Boringhieri, 2021 (ristampa), pp. 82-99.
[46] Bleuler Eugen, *ibid*., p. 266.
[47] Ma la interrelazione reciproche tra depressione e benessere fisico è molto più complessa, ad esempio problemi cardiovascolari possono portare alla depressione e viceversa.

Per Beck, pessimismo e autopunizione non rappresentano le conseguenze della depressione ma le sue cause, da individuarsi nella distorsione dei tre modelli cognitivi rappresentati dalla "visione negativa del mondo", dalla "visione negativa di sé" e dalla "visione negativa del futuro", i cui effetti determinano umore depresso, paralisi della volontà, desideri di elusione e suicidi: dalla depressione si emerge quindi attraverso una diversa cognizione di sé e delle proprie esperienze[48].

Nel tralasciare, nell'ambito del presente elaborato, gli approcci psicodinamici e psicoanalitici (Freud e Jung), si rileva che i modelli biologici dei disturbi depressivi descritti da Shuchter, Downs e Zisook sono riconducibili a dinamiche biochimiche, genetiche, neurotrasmettitoriali, della regolazione neurorecettoriale e neuroendocrine: "*si è sviluppato uno straordinario corpo di ricerche cliniche e di base sui meccanismi del funzionamento cerebrale nella depressione e sull'efficacia dei trattamenti di tipo biologico della depressione stessa. Altrettanto importanti per il progresso dell'evoluzione scientifica sono stati l'osservazione sistematica e la classificazione dei fenomeni clinici […] lo sviluppo di vari metodi per la visualizzazione del cervello e lo studio del suo funzionamento: la risonanza magnetica nucleare, la tomografia computerizzata, la tomografia ad emissione di positroni, e la tomografia computerizzata a emissione di fotoni singoli*". Si tratta di strumenti diagnostici non invasivi che consentono di visualizzare - sia in ottica strutturale (quindi anatomica) che funzionale (attività cerebrale) dell'encefalo - il sistema nervoso centrale mediante immagini (*neuroimaging*), con l'obiettivo di individuare eventuali correlazioni tra attività e processi fisico-chimici del cervello, nonché alterazioni cellulari. I loro studi in materia si concludono con la constatazione che "*Per molti anni la concezione "un gene, un enzima" ha guidato gli sforzi compiuti dalla scienza nell'ambito della ricerca. In un certo senso, i vari studi si aspettavano di trovare un preciso "anello mancane" o un particolare "difetto" che spiegasse la causa di una malattia quale la depressione. Ma in realtà, tranne in qualche eccezione degna di nota, questo approccio dell'"anello mancante" è troppo semplicistico per comprendere l'eziologia di patologie sicuramente multifattoriali come le malattie cardiovascolari o i disturbi depressivi. Il cervello è un organo che presiede a una vasta serie di attività complesse. Questa complessità richiede un organo plastico e duttile. Ognuna delle ipotesi descritte in questo capitolo ci aiuta a comprendere alcuni frammenti di ciò che noi sappiamo sulla depressione. Nessuna di queste ipotesi presa isolatamente è sufficiente per spiegare in maniera completa la complessità della depressione e le varie sfumature che i medici possono osservare nei loro pazienti quotidianamente. I fondamenti biologici della depressione vengono affrontati attraverso una serie di successive approssimazioni, tentando un'integrazione partendo da posizioni molto lontane. Nessuna di queste ipotesi ha colto la verità in maniera inequivocabile, ma tutte contribuiscono ad ampliare le conoscenze di ciò che la depressione sembra essere: una malattia autonoma, che influenza ed è influenzata da diversi sistemi cerebrali e dalle loro interazioni con strutture intracerebrali ed extracerebrali*" [49].

5. La manualistica per la diagnosi e il concetto di vulnerabilità

Con l'obiettivo di rendere più omogenei i criteri diagnostici in ambito psichiatrico, nel 1992 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto l'ICD-10 (Decima revisione della classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati), che raccoglie un centinaio di categorie diagnostiche, mentre l'American Psychiatric Association ha redatto nel 2013 il quinto aggiornamento del DSM (Manuele diagnostico e statistico dei disturbi mentali) che vi ha introdotto nuovi criteri di valutazione: essi costituiscono quindi i principali sistemi di classificazione per la diagnosi e codifica dei disturbi della salute mentale. In termini strettamente diagnostici e codificatori, il disturbo depressivo "maggiore" è stato inserito nel 1980 all'interno del DSM-3 e, nel 2013, il DSM-5 - nel modificare in termini generali determinati criteri (eliminandone alcuni e introducendone altri) - ha ampliato la lista dei problemi psicosociali e ambientali, espungendo il sistema multiassiale, sostituendolo con un metodo di classificazione e un glossario che, al fine di risultare quanto più universale possibile, ha adottato criteri puramente descrittivi: se il DSM-4 classificava i disturbi in base alla presenza o meno di un sintomo (determinando tuttavia categorizzazioni non sempre corrette, atteso che sovente le diagnosi non si traducono in entità discrete che si attagliano puntualmente alle categorie) nel DSM-5 si individua un approccio dimensionale alla diagnosi finalizzato a migliorare la specificità diagnostica, in quanto gli individui possono presentare uno *range* di sintomi (da lievi a moderati a maggiormente gravi) e "*un approccio basato su uno spettro permette ai clinici di considerare i disturbi su un continuum di gravità*"; "*La depressione è concettualizzata in modo nuovo*" [50]: il disturbo depressivo persistente combina il disturbo depressivo "maggiore" cronico con la distimia, mentre diagnosi e trattamento del disturbo depressivo

[48] Beck Aaron T., *ibid.*, pp. 306, 307.
[49] Shuchter Stephen R., Downs Nancy, Zisook Sidney, "*La depressione*", Raffaello Cortina Editore, 1997, pp. 1-28.

[50] Reichenberg Lourie W., "*DSM-5. Guida ai nuovi criteri diagnostici*", Raffaello Cortina Editore, 2014, pp. 18 e 45-49. Il capitolo del DSM-5 relativo ai disturbi depressivi include ora due nuovi disturbi: il disturbo disforico premestruale e il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

"maggiore" non si sono modificati rispetto alle previsioni portate dal DSM-4, con le eccezioni dell'aggiunta di alcuni nuovi specificatori e, soprattutto, l'eliminazione del criterio di esclusione del lutto: il DSM-5 amplia quindi la classificazione di disturbo depressivo "maggiore" includendovi qualunque perdita rilevante (per esempio, divorzi o gravi problemi finanziari) tali da causare i sintomi del disturbo.

La depressione "maggiore" consiste quindi in un disturbo psichiatrico - di per sé non coincidente con la follia - che incide sia sulla sfera cognitiva che affettiva, con peggioramento significativo del tono dell'umore, con acuta tristezza, disperazione e apatia, ruminazione e pensieri negativi su di sé, sul futuro e sull'ambito sociale di appartenenza. A chiunque capita di vivere fasi di vita in cui si prova tristezza, per le motivazioni più varie ma, per l'appunto, vi è una causa (dalla conclusione di un rapporto amoroso a un evento luttuoso, a gravi problemi economici) e tale condizione può non trasformarsi in un episodio depressivo patologico: l'umore di ogni individuo non è stabile, tuttavia la depressione consiste in un vero e proprio disturbo del tono dell'umore, in una malattia psichica caratterizzata da accentuata, acuta, malinconia. La depressione può non dipendere da un'unica causa e non è uguale in tutti i soggetti, traducendosi in una reazione non coerente con gli eventi della vita, per quanto severi: i fenomeni depressivi sono caratterizzati quindi da una intensità e durata sproporzionate, a volte in modo permanente così come a periodi intermittenti, con significative percentuali di guarigione, pur con frequente possibilità di recidiva anche in assenza di uno specifico ed evidente motivo scatenante.

Sarà quindi diagnosticato - da "manuale" - un episodio di depressione "maggiore" laddove si presentino con continuità temporale (per la maggior parte del giorno e per almeno due settimane) un determinato numero di sintomi (almeno cinque) - descritti nel relativo capitolo del DSM-5 - attestanti un cambiamento rispetto al funzionamento precedente; tra i criteri diagnostici, alcuni sono i seguenti:

- umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riferito dal soggetto (ad esempio, si sente triste e vuoto) od osservato da altri (per esempio, sembra sul punto di piangere);
- marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riferito dal soggetto od osservato da altri);
- significativa perdita di peso o aumento di peso non dovuto a diete (ad esempio, più del 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;
- insonnia o iperinsonnia quasi ogni giorno;
- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno;
- affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno;
- sentimenti di svalutazione o di colpa eccessivi o immotivati (che possono essere deliranti) quasi ogni giorno;
- diminuita capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno;
- pensieri autolesivi di morte (non solo paura di morire).

La valutazione dei sintomi depressivi in una prospettiva biologica assume che una serie di dinamiche fisiologiche e biochimiche siano state alterate, ciò determinando una condizione patologica durevole: "*tale prospettiva implica la necessità di considerare molti degli elementi centrali del disturbo come sovrapposti a quello che è l'individuo nella sua unicità, derivata da fattori genetici, evolutivi, estetici (bisogni, desideri, gusti) e ambientali. […] Gli eventi psicologici non vengono affatto trascurati; essi collaborano con gli eventi biologici, interagiscono con essi e da essi sono prodotti. […] Ciò che viene sottolineato è invece il ruolo dei fattori biologici per la comprensione delle conseguenze psicologiche, a breve e a lungo termine, del disturbo depressivo*[51].

Se i sintomi della depressione costituiscono i criteri per addivenire alla diagnosi clinica, gli effetti dei sintomi depressivi sul comportamento, sulle relazioni, sull'autostima, sulla salute e sulle attività lavorative definiscono un vero e proprio linguaggio della depressione che, non trasferendosi prevalentemente sul profilo somatico (come invece accade per altre patologie), ne rende più complessa la decodificazione. L'impatto sulle relazioni sociali si può manifestare con la presenza di uno stato di irritabilità e con la compromissione di inclinazioni quali pazienza, equilibrio e flessibilità, accompagnate da riduzioni di energia e di interesse alla relazione interpersonale. Inoltre la distorsione delle facoltà cognitive e motivazionali possono peggiorare le funzionalità lavorative e la capacità di affrontare pressioni, in un quadro di compromissione delle energie fisiche e mentali. Si possono ravvisare anche effetti sull'identità e sull'autostima, con svilimento del concetto di sé e aumento del rischio di comorbilità e, in generale, di possibile abbandono di condotte salutari quali quelle fisiche e sportive, che invece

[51] Shuchter Stephen R., Downs Nancy, Zisook Sidney, *ibid*., p. 55.

si dimostrano efficacemente terapeutiche, al pari delle attività meditative, consistenti in pratiche della mente finalizzate ad armonizzare la coscienza con il "tutto" che ci circonda (anche mediante la regolazione del respiro) superando la visione egoistica di sé, a cui possono conseguire positivi riscontri terapeutici e tangibili trasformazioni psicologiche[52]. Laddove il depresso percepisca un carattere duraturo del disagio, si possono dischiudere in ultimo scenari di rischio suicidario. Peraltro la singolarità dell'episodio depressivo appare essere un'eccezione, accompagnando sovente, la malattia, l'intera esistenza del depresso. La cura del malato può sostanziarsi nell'uso di farmaci antidepressivi, che permettono un controllo dei sintomi e la prevenzione di recidive, invertendo i processi patologici[53]. L'intervento psicoterapico cercherà di educare il malato: il terapeuta deve far percepire correttamente al paziente il fenomeno, aiutarne la comprensione e l'accettazione, mediante una indagine sistematica dei sintomi e una interpretazione il più possibile precisa del linguaggio della depressione, motivando il malato nel percorso terapeutico, la cui intrapresa è ostacolata dalla stigmatizzazione sociale che sovente accompagna il fenomeno depressivo laddove portato alla altrui conoscenza (atteso che la depressione è una patologia che, a differenza di molte altre, può essere celabile, "*una comune reazione delle persone depresse è il tentativo di nascondere il proprio disturbo agli altri comprese, a volte, le persone che potrebbero aiutarle*"[54]).

Se l'utilizzo di alcol o droghe può consentire temporanei innalzamenti di umore e sollievi occasionali (al pari di sesso o sperpero di denaro) nel tempo tuttavia possono andare a determinare ulteriori e più gravi complicazioni psichiatriche: occorre all'opposto promuovere comportamenti salutari, evitando al contempo situazione stressanti. Nella cura alla depressione produce effetti positivi la condivisione della patologia con familiari e amici del malato, a cui nel tempo difficilmente sfugge l'impatto del disturbo sul proprio caro, potendo inoltre essi partecipare direttamente al suo percorso terapeutico, contribuendone al successo.

"*Esistono diversi tipi di vulnerabilità ai disturbi psichiatrici*"[55], intendendosi con essa una inclinazione o predisposizione alla registrazione del disturbo depressivo al verificarsi di determinate condizione favorevoli alla sua insorgenza. Per Beck, "*La vulnerabilità della persona incline alla depressione si può attribuire alla costellazione di atteggiamenti negativi permanenti concernenti sé stesso, il mondo, e il suo futuro. Benché questi atteggiamenti (o concetti) possano non essere predominanti o neppure rilevabili in un dato periodo, essi persistono a uno stato latente come una carica esplosiva pronta per essere fatta detonare da una serie di condizioni adatte. Una volta attivati, questi concetti dominano il pensiero della persona e conducono alla sintomatologia depressiva tipica. La costellazione depressiva tipica è costituita da una rete di atteggiamenti negativi interrelati. […] L'individuo che ha assimilato la costellazione di atteggiamenti appena descritti ha la predisposizione necessaria per lo sviluppo della depressione clinica nell'adolescenza o nell'età adulta. […] La persona incline alla depressione sperimenta una costrizione del suo campo cognitivo e viene bombardata da giudizi di sé negativi e da idee negative circa il futuro. Ho notato che spesso sembra che la depressione emerga da una serie di situazioni stressanti che colpiscono la vulnerabilità specifica e non da una singola situazione*". In conclusione, Beck afferma che "*Nel periodo dello sviluppo l'individuo incline alla depressione acquisisce certi atteggiamenti negativi riguardanti sé stesso, il mondo esterno e il suo futuro. In conseguenza di questi atteggiamenti, egli diventa particolarmente sensibile a certi stress specifici, come quello di essere defraudato, frustrato o respinto. Quando è esposto a simili stress risponde in maniera sproporzionata con idee di carenza personale, con autoaccuse e pessimismo*" [56]. La vulnerabilità consiste quindi nella maggiore probabilità di un individuo di incorrere in psicosi[57]: il passaggio dalla condizione di vulnerabilità alla concretizzazione della psicopatologia coinvolge differenti fattori - psicologici, quali i tratti delle personalità, o ambientali, come gli eventi traumatici, le prime quali determinanti patogene bio-genetiche individuali, le seconde come circostanze in cui si incorre nel corso della vita (quindi, in termini freudiani, disposizioni ed esperienze) - che rendono un individuo più suscettibile all'evento avverso. I fattori interagiscono tra loro, determinando "costellazioni" di profili di vulnerabilità. Peraltro individui di diverso genere, etnia o condizione socio-economica sono differentemente colpiti dal verificarsi del medesimo evento stressante nel corso della vita. Petrolini ritiene che la dinamica che conduce dalla vulnerabilità alla patologia sia caratterizzata da diverse modalità di superamento delle soglie clinicamente rilevanti: dato un esistente grado di vulnerabilità individuale

[52] Già Bleuler cita gli "*Esercizi di meditazione. In tutte le grandi civiltà, in Cina, in India e nell'Occidente, mistici, filosofi, e santi, hanno sviluppato una pratica spirituale, che nella sua ricca evoluzione e nella straordinaria varietà di contenuti, ha in comune alcuni caratteri fondamentali dei meccanismi psichici. E' una tecnica del lavoro interiore della coscienza*" (Bleuler Eugen, *ibid*., p. 778).

[53] Se alcune statistiche rivelano che, nei paesi occidentali, tra il 40% e il 60% dei suicidi sono dovuti a depressione, in più dell'80% dei casi di depressione il riscontro del trattamento farmacologico è totalmente soddisfacente (Jervis Giovanni, *ibid*., pp. 70, 71). Per una puntuale descrizione della farmacoterapia nella cura della depressione: Beck Aaron T., ibid., pp. 351-371.

[54] Shuchter Stephen R., Downs Nancy, Zisook Sidney, *ibid*., p. 113.

[55] AA.VV. (a cura di Rossella Guerrini e Massimo Marraffa), *ibid*., p. 94.

[56] Beck Aaron T., *ibid*., pp. 331-334 e p. 346.

[57] Petrolini Valentina, "*On the Brink of Disaster–Vulnerability to Mental Disorders*", Philosophy of Medicine, 01/10/2021, DOI 10.5195/pom.2021.10, pp. 7-13.

determinato dalla complessiva interazione tra i fattori sopra rilevati, le soglie si possono superare in vari modi: sia per un improvviso incremento di gravità della condizione (aumento di intensità, frequenza, durata o pervasività della sintomatologia, definito *overflow*) oppure per l'indebolimento subitaneo o progressivo di risorse o barriere protettive di cui dispone l'individuo (*collapse*), ciò rendendo il superamento della soglia clinica più probabile. I due fenomeni possono peraltro sovrapporsi e interagire.

A fronte quindi dell'individuazione di fattori e percorsi predisponenti al fenomeno depressivo (tra cui lutti, traumi, gravi frustrazioni), "*uno dei modi in cui l'esperienza della psicoterapia può portare a possibili cambiamenti sia strutturali sia funzionali, attraverso modifiche nei pattern delle connessioni neurobiologiche, può essere ben illustrato dal modello sperimentale dell'epigenetica comportamentale*"[58], la quale indaga – in ambito psicologico – l'incidenza della genetica sul potenziale evolutivo della persona: se l'ereditarietà appartiene alla struttura organica essenzialmente predisponente il disturbo, gli influssi ambientali possono determinare mutamenti psicopatologici nell'individuo. L'epigenetica indaga quindi l'interconnessione tra fattori socio-ambientali e genoma (fenotipo), senza determinazione di modificazioni del corredo del DNA (genotipo): i fattori socio-ambientali possono determinare infatti modifiche dell'impianto cellulare, a volte fisiologicamente (come in ipotesi della plasticità neuronale coinvolta in dinamiche di apprendimento e memoria) altre patologicamente (ad esempio, formazioni tumorali), l'epigenetica applicandosi anche ai trattamenti antidepressivi ed estendendosi allo studio dei meccanismi di azione degli psicofarmaci. Differenti esperienze sociali e nuovi contesti ambientali - quindi nuovi stimoli cognitivi e sensoriali, sociali e culturali - possono stimolare la neuroplasticità cerebrale, sviluppando la crescita neurale: "*laddove i trattamenti psicofarmacologici possano essere impiegati per ripristinare alcuni meccanismi biologici della neuroplasticità cerebrale, fornendo una maggiore disponibilità di "materiale neurale", i trattamenti psicoterapeutici potrebbero apportare un corollario di esperienze ambientali che, ricche di nuovi significati emotivi, permetterebbe agli individui di direzionare quel materiale neurale potenziale in una nuova organizzazione sinaptica*"[59]. Per quanto alcune ricerche evidenzino che la combinazione di psicoterapia e trattamento farmacologico non amplifica l'efficacia del farmaco in stadio acuto, tuttavia tale combinazione, in fase di mantenimento, accorcia il periodo di remissione del sintomo e allunga l'effetto benefico.

6. Alcune riflessioni

Quanto rappresentato negli articoli riportati all'inizio del *paper* consente di individuare tutti i gangli che definiscono, nella loro ricomposizione complessiva, un disturbo depressivo (osservando che, rispetto ai tre protagonisti, non si dispone di conoscenze relative (i) alla presenza di fattori ereditari circa la psicopatologia, (ii) alla vulnerabilità e predisposizione genetica e (iii) al "mondo" nel quale i protagonisti sono cresciuti e vivono, quali le loro pregresse dinamiche socio-culturali).

Nel primo articolo, gli eventi e cause della psicosi sono riconducibili alla cancellazione del tour musicale a esito della "pandemia Covid" (presumibilmente la stessa "*pandemia*" - e il correlato *lockdown* - costituiscono, esse stesse, una possibile causa) nonché alla conclusione di un rapporto amoroso. Quali le conseguenze? Sensazione di "*destabilizzazione"*, percezione di sentirsi in un "*buco nero"* dal quale non riuscire a emergere e di essere "*fuori di testa*" e prossimo a "*perdere la salute mentale*": quindi disturbi dell'affettività, tristezza profonda respingente le sollecitazioni esteriori, abulia comportamentale. E perdita di peso, un tipico disturbo somatico e neurovegetativo della psicosi depressiva. Nell'articolo si cita lo "*stigma*" che circonda la patologia: sovente la sua percezione può costituire un ostacolo nella ricerca di aiuto, non nel caso specifico in quanto Salmo già in altra precedente occasione aveva coraggiosamente descritto la sua condizione tuttavia proprio quest'ultimo passaggio evidenza purtroppo la reiterazione del fenomeno che, come sopra descritto, frequentemente si ripropone nella vita del malato. Salmo utilizza il termine "*vergogna*" (come accade anche nel secondo articolo): i disturbi della mente sono registrati e percepiti dal malato come qualcosa di cui dover provare imbarazzo sociale (e quindi da nascondere) e ciò in quanto tali psicosi sono da sempre accompagnate dallo stigma sociale della loro corrispondenza alla follia (nell'articolo successivo, Gentile sottolinea di "*essere impazzito*" ma, al contempo e in evidente conflitto, di "*non essere matto*", a testimonianza della confusione che i disturbi mentali determinato tra fenomeno patologico da affrontare e visione socialmente riprovevole che li caratterizza). Come Salmo ha affrontato la psicosi? Con il sostegno degli affetti parentali (sovente determinanti nell'indurre alla presa d'atto della difficoltà e nel supportare il malato nella fase terapeutica), praticando uno nuovo sport e applicando alla propria quotidianità condotte maggiormente salutari (quindi procurandosi e ricevendo nuovi

[58] AA.VV. (a cura di Rossella Guerrini e Massimo Marraffa), *ibid*., p. 273.
[59] AA.VV. (a cura di Rossella Guerrini e Massimo Marraffa), *ibid*., p. 275.

stimoli fisici, sociali e ambientali) e con l'utilizzo di psicofarmaci, cioè beneficiando dell'azione di sostanze chimiche sulle funzioni psichiche. Ma, soprattutto, racconta di "*essersi salvato la vita*" realizzando un disco, con beneficio diretto quindi su autostima e ripresa emotiva.

Nel secondo brano l'unica causa non genetica mi risulta riconducibile alla problematica legata alla pandemia, che ha prodotto nel giocatore (ritengo congiuntamente a una disposizione genetica o a postumi di un pregresso evento emotivamente dannoso) la percezione di "*impazzire*", di essere "*fuori luogo*", "*fuori dal mondo*": con "*buio dentro*" si definisce l'inibizione di ogni pensiero, il vuoto nel quale si brancola. Gentile sottolinea in un paio di passaggi la difficoltà di affrontare la questione e di palesarla (come frequentemente accade) e rimarca l'importanza di "*raccontare*" e "*condividere*" la psicosi, anche come suo contributo alla generale presa di coscienza dell'esistenza di una grave problematica sociale, che va individualmente accettata per meglio affrontarla, avvalendosi dell'aiuto, anche in questo caso, dei familiari più stretti e di professionisti. Si evidenzia inoltre il protrarsi da tempo del disturbo (come già rappresentato, il fenomeno depressivo può presentare caratteri di permanenza). Nel riproporre qui le considerazioni sopra espresse circa la "*vergogna*", la stigmatizzazione, il "*nascondere*" la problematica e la difficoltà nel palesarla (Gentile afferma infatti di voler "*dare un aiuto*" ai malati che non riescono a raccontare il loro disagio, avendo lui già superato quell'ostacolo così arduo da affrontare), egli sottolinea che il fenomeno è "*sottovalutato*": tutte le ricerche, oltre descritte, rimarcano la gravità del quadro delle psicopatologie a livello mondiale, rappresentando la necessità di massicci investimenti pubblici nel sostegno ai malati e nella cura delle psicosi.

Anche nel terzo articolo si descrive immediatamente il "*buio*", percepito anticipatamente e a prescindere da circostanze motivanti: si palesa quindi un contesto di estremo pessimismo, non giustificato da specifici eventi esogeni scatenanti, peraltro relativamente a uno sportivo che, come lo stesso afferma, è "*bello, ricco e famoso*" e non si capacita di vivere tale disagio, proprio a lui sia occorso (per lui, quindi, inspiegabilmente). Dal punto di vista sintomatologico, si evincono alcuni dei principali criteri diagnostici raccolti nel DSM-5 (umore depresso e marcata diminuzione di interesse), così come assenza di lucidità e di applicazione cognitiva efficace. Buffon pare aver fatto leva sulle proprie attitudini (determinazione e autostima) per fuoriuscire dalla problematica evitando "*scorciatoie*" (quindi sfuggendo condotte che solo apparentemente, e solitamente per breve periodo, possono evitare la presa di coscienza della propria condizione, per consentire di affrontarla con cognizione) oltre che dalla pulsione rappresentata dal suo lavoro (sovente, e al contrario, le vicissitudini lavorative sono causa di stress e fattori potenzialmente scatenanti forme psicotiche). Buffon ha inoltre favorevolmente intrapreso nuove attività (lettura e musica), procurandosi stimoli cognitivi, culturali e ambientali terapeuticamente efficaci, ciò testimoniato anche dall'opera artistica (il quadro) che gli ha infuso quella che lui stesso definisce una "*scossa*" (quindi una occasionale esperienza di favorevole e prorompente sollecitazione emotiva interiore). Improprio ma indicativo nella disamina che andiamo svolgendo, il riferimento, in conclusione dell'articolo, all'"*elettroshock*" - terapia per la cura dei disturbi psichici mediante il breve passaggio di corrente elettrica in elettrodi posti sulla regione frontale - il cui utilizzo (a partire da metà del secolo scorso) è andato calando per le critiche che tale strumento ha nel tempo via via ricevuto.

Nei primi due articoli, più recenti, tra i fattori scatenanti gli episodi depressivi è citato anche il "*Covid*", virus pandemico che attanaglia la popolazione mondiale quantomeno da febbraio 2020. Un recentissimo studio su dati 2020 di 204 paesi dimostra l'impatto della pandemia rispetto ai disturbi mentali: la prevalenza di depressione maggiore e disturbi d'ansia si è incrementata di oltre un quarto, soprattutto presso i giovani (dovuta anche alla significativa interruzione scolastica e all'aumento del rischio di disoccupazione, con la punta di incremento nella fascia 20-24 anni) e donne (che già vivevano condizioni di maggiore precarietà sociale ed economica rispetto agli uomini), soprattutto nei territori del mondo che hanno dovuto attuare più drastiche misure di contenimento e con le percentuali di infezione più alte[60]. Se depressione maggiore e ansia sono sempre risultati i disturbi mentali preponderanti, in questo scenario di marcato incremento delle persone bisognose di assistenza occorreranno da parte dei governi stanziamenti significativi allo scopo (peraltro anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità rileva l'inadeguatezza delle risorse globali investite nel presidio dei disturbi mentali[61]).

---

[60] AA.VV., "*Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*", 8 ottobre 2021, Lancet, vol. 398, doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7, p. 1710: "*Recommended mitigation strategies should incorporate ways to promote mental wellbeing and target determinants of poor mental health exacerbated by the pandemic, as well as interventions to treat those who develop a mental disorder. Taking no action in the face of the estimated impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence and burden of major depressive disorder and anxiety disorders should not be an option*".

[61] L'Ocse inoltre stima i costi economici dei disturbi mentali pari a circa il 4% del prodotto interno lordo di ciascun paese, tra costi diretti sanitari e per prestazioni sociali e costi indiretti (perdita di produttività). I finanziamenti statali connessi ai disturbi mentali sono insufficienti (2% circa delle spese sanitarie nazionali), in contrasto con l'elevato rendimento atteso degli investimenti in salute mentale, quantificati circa nel quintiplo rispetto alle somme investite, come conseguenza del miglioramento di salute e produttività (https://www.ilsole24ore.com/art/la-pandemia-peggiora-salute-mentale-l-impegno-g20-fare-piu-AEw03tg?refresh_ce=1).

La depressione è una psicopatologia globale, che si stima colpisca il 3,8% della popolazione, quindi circa 280 milioni di persone nel mondo, e il 75% delle persone dei paesi a reddito medio-basso non ricevono sostegni. Essa può peraltro condurre al suicidio: circa 703.000 persone si sono suicidate nel 2019 e il suicidio è la quarta causa di morte nella fascia di età 15-29 anni, soprattutto tra persone marginalizzate e vulnerabili[62], come illustrato in recenti ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce "popolazioni a rischio" le aree che presentano un elevato grado di pericolo dal punto di vista della salute mentale: questa vulnerabilità è determinata "*by social factors and the environments in which they live. Vulnerable groups in society will differ across countries, but in general they share common challenges related to their social and economic status, social supports and living conditions, including stigma and discrimination; violence and abuse; restrictions in exercising civil and political rights; exclusion from participating fully in society; reduced access to health and social services; reduced access to emergency relief services; lack of educational opportunities; exclusion from income generation and employment opportunities; increased disability and premature death*"[63].

Se tutte le ricerche e tutti i *target* delle organizzazioni nazionali e internazionali convergono nel richiedere agli Stati di pianificare incrementi di risorse finalizzate all'estensione di supporti psicologici e terapeutici alle persone sofferenti di disagi mentali, è di questi giorni – e in evidente contrasto – la cancellazione dall'attuale legge di bilancio delle somme precedentemente stanziate per il c.d. "bonus psicologico", peraltro proprio nella fase in cui, anche in conseguenza della pandemia, se ne determinerebbe una maggiore necessità.

Nel complessivo inquadramento delle psicopatologie nella realtà attuale - in rapporto ad altra problematica di bruciante attualità e urgente esigenza di intervento quale quella sottesa all'aggravarsi dell'inquinamento atmosferico - occorre evidenziare che la rilevanza e l'estensione del fenomeno depressivo ha stimolato anche analisi volte a individuare eventuali interconnessioni tra l'insorgenza della psicosi e altri fattori patogeni, tra cui appunto le recentissime ricerche sulle correlazioni tra esposizione all'inquinamento atmosferico, particolari predisposizioni genetiche agli effetti dell'inquinamento e agenti che possono determinare la comparsa di sintomi depressivi: gli studi dimostrerebbero una nefasta correlazione neurologica tra inquinamento atmosferico ed elaborazione delle informazioni da parte del cervello, che influenzano negativamente il volume dell'ippocampo, struttura determinante per memoria e decadimento cognitivo[64]. Parallelamente si stanno sviluppano tecnologie che sempre più velocemente applicano l'intelligenza artificiale nella diagnosi e nella prevenzione della depressione: da sistemi neurali in grado di identificare direttamente sintomatologie depressive analizzando testi e conversazioni dei pazienti, a software basati su algoritmi che registrano rallentamenti psicomotori dalla voce umana, predittivi di sindromi depressive[65].

7. Considerazioni conclusive

Per "comprendere" e curare la psicosi - nell'accezione fenomenologica descritta nella parte iniziale del *paper* - occorre preliminarmente entrare nella dimensione del malato e ne costituisce inderogabile condizione il dialogo, l'incontro, il colloquio sia con il mondo altrui che con la propria interiorità: "*noi siamo un colloquio*", scrive Borgna riprendendo una potente lirica di Holderlin[66]. Per "comprendere" occorre quindi il colloquio con l'altro, che egli sia sano o - soprattutto - malato, tra individui che possiedono diversi modi e funzioni di "essere nel mondo", con l'obiettivo, nel caso della patologia, di individuare su quali fattori, quali sensibilità, quali inclinazioni fare leva, di quali disposizioni e vulnerabilità del malato tenere debito conto per individuare il migliore supporto da fornirgli, ciò potendosi realizzare pienamente laddove si possiedano doti di empatia e umanità che non sempre sono a disposizione dei terapeuti.

Le risorse economiche da investire in progettualità di ampio respiro e con visione prospettica su tematiche complesse e socialmente impattanti come quelle in oggetto sarebbero ingenti. Le condizioni finanziarie pubbliche del nostro paese sono evidentemente disastrate, per quanto in questo momento storico funestato dalle gravi ripercussioni della pandemia siano consentiti ampi margini di spesa per investimenti pubblici in vari settori, accompagnati da altrettante riforme strutturali della macchina statale, ciò costituendo una enorme

[62] World Health Organization, *Mental Health – Atlas*, 2020, p. 112.
[63] World Health Organization, *Mental Health – Atlas*, 2020, p. 126.
[64] AA.VV, "*The association between air pollutants and hippocampal volume from magnetic resonance imaging: A systematic review and meta-analysis*", Environmental Research, 1 settembre 2021, doi.org/10.1016/j.envres.2021.111976, p.6. L'ansia e la depressione causata dai cambiamenti climatici, e quindi l'incidenza di questi ultimi su salute mentale e benessere, viene definita "solastalgia".
[65] https: // www.ansa.it / canale_saluteebenessere/notizie/medicina/2021/06/09/lintelligenza-artificiale-sente-la-depressione-nella-voce_c512b1fa-91bd-4318-a06a-ea6ad01c0546.html
[66] Borgna Eugenio, "*Noi siamo un colloquio*", Universale Economica Feltrinelli, 2018 (terza edizione), p. 217. Le parole di Holderlin "*Molto ha esperito l'uomo. Molti celesti ha nominato da quando siamo un colloquio e possiamo ascoltarci l'un l'altro*" (p. 120).

opportunità anche per risintonizzare le frequenze di ricezione del grido (o dei silenzi) dei malati, tuttavia i segnali che si colgono non vanno nella direzione auspicata: per un verso, in ambito universitario gli stimoli economici tenderanno a privilegiare piani formativi tecnico-scientifici a discapito di quelli umanistici - già oggi le facoltà umanistiche scontano un costante incremento di divario con quelle scientifiche in termini di riscontro nel mondo produttivo, ciò non stimolando quindi la costruzione di quei profili umanistici così determinanti per "comprendere" appieno la sfera della psicosi, dall'altro - quale indicatore della (assenza di) percezione e considerazione della gravità del fenomeno - come già evidenziato, l'attuale legge di bilancio ha stralciato il contributo economico "bonus psicologico", proprio nella fase in cui se ne sarebbe con maggior evidenza richiesta ampia adozione. L'auspicio di iniziare a seminare oggi nella speranza di raccogliere domani i frutti di una futura società più incentrata sulla "comprensione" reciproca è certamente vano, "vuoto" e "buio" come il futuro percepito dal depresso. Nulla ritengo possa invertire questa dinamica: perdita irreversibile di soggettività e di visione umanistica, focalizzazione sulla oggettiva e comoda rigidità tecnico-scientifica, svalutazione della sfera emotiva e dei contenuti culturali, impoverimento delle interrelazioni personali[67] e della rete di protezione parentale e sociale, approccio meccanicistico e pilatesco di appiattimento a protocolli e manuali[68].

Ma se questo è il contesto di riferimento, occorre non dimenticare che ognuno di noi potrebbe trovarsi a vivere l'esperienza della psicosi, nessuno deve sentirsi completamente esente da tale rischio in quanto gli eventi che possono accadere nella vita, impattando su disposizioni e vulnerabilità magari sconosciute all'individuo, possono deflagrare, in particolare in un periodo storico come quello attuale, sfiancato da una pandemia globale che sta costringendo a forme di isolamento e incertezza che alimentano la sofferenza: per quanto la mente umana sia dotata di capacità di adattamento, tuttavia probabilmente ognuno di noi ha il proprio "punto di rottura" (di cui è auspicabile non venire a conoscersi mai la precisa "collocazione"): è nel dialogo con gli altri, nelle mantenere vive le relazioni e quindi anche nel raccontare, riconoscere e non negare il disagio, che si riduce l'impatto della sofferenza mentale.

Ogni uomo si può trovare a perdere il dialogo con l'altro e con la propria interiorità, aprendo scenari di sofferenza.

Ogni uomo può incorrere nello smarrimento della propria identità (quale conferimento sociale) in seno a una comunità che appare svilire afflato etico e spirito umanistico.

Ogni uomo può giungere a cogliere il futuro come una minaccia e non come una promessa, disincentivandolo, facendogli avvertire mancanza di scopo e di risposta ai "perché" dell'esistenza, financo ad accarezzare l'estremo gesto del suicidio, quando la percezione del mondo è ammantata di tristezza e vuoto ritenuti irreversibili e definitivi[69].

Ogni uomo, sempre alla ricerca del "senso", del significato che per ciascuno assume la propria esistenza e il mondo al quale partecipa, può avvertire come disattesa la fiducia nella possibilità di rintracciare tale "senso" e farsi vincere da una delusione che ne va a permeare l'intero spettro psichico, espungendovi qualsiasi disegno propositivo.

In conclusione di questo mio percorso nella sfera del disagio mentale, affascinante quanto pervasivo, nel partecipare alla considerazione di Borgna che ritiene la follia "*esperienza che fa parte della vita, della nostra vita, della vita di ciascuno di noi*"[70], m sono trovato a immaginare il disturbo mentale come quei vetri temperati di certi orologi preziosi che possono non rompersi mai pur a fronte di varie cadute sino a quella che impatta proprio su quel preciso punto, che traduce in mille rivoli di crepe quel vetro che, unico, si rompe in quello specifico modo e su quelle direttrici che già gli erano "immanenti", cioè già "di" e "in" quel vetro ancora prima di rappresentarsi nella rottura. Se in quelle incrinature è permesso cogliersi le disposizioni genetiche, le vulnerabilità della mente di un uomo, e in quella (ennesima ma decisiva) caduta a terra dell'orologio un evento dirompente come può accadere a chiunque nel percorso dell'esistenza, allora è così che mi configuro un disturbo psichico, la rottura dell'equilibrio mentale. Ma se il vetro di un orologio può essere semplicemente sostituito, così non può essere per la mente di un uomo, sulla quale occorre invece ricostruire, ricomporre i pezzi. E allora non mi sovviene altra immagine simbolica più calzante della tazza giapponese che, dopo essersi rotta, viene ricomposta e riparata con finiture d'oro: la rottura non è la fine della tazza (o

[67] Se già oggi le modalità con cui le persone si relazionano sono state stravolte dall'utilizzo di tecnologie che portano la socialità a essere "filtrata" da *smartphone* o *tablet* senza necessità di alcuna "fisicità" (e conseguenti riflessi psicologici ed emotivo-relazionali), in un domani già prossimo a sorgere le lenti individuali della metafora kantiana, con cui la realtà viene filtrata e quindi percepita da ognuno, verranno sostituite dagli occhiali a tre dimensioni in cui si potranno vivere esperienze di socialità in mondi internet-tecno-paralleli attraverso il proprio epigono-*avatar*, senza spostarsi dal tavolo di casa (c.d. *metaverso*): mi pare la sublimazione della concezione kantiana dell'irraggiungibilità della conoscenza della realtà così come essa è (noumeno) e non per come essa appaia.

[68] Peraltro viviamo in una società che sottopone chiunque si discosti da un protocollo applicabile, in qualsivoglia ambito, a rischi legali o penali, disincentivo oramai metabolizzato a ogni velleità di applicazione del sapere con attenzione anche per la sfera della soggettività delle situazioni concrete e individuali.

[69] Condizione che mi pare perfettamente sintetizzata dal paralizzante pensiero sartriano - che ritengo accoglierebbe ogni depresso nella fase più acuta della psicosi - "*Ogni esistente nasce senza ragione, si protrae per debolezza e muore per combinazione*" (Sartre Jean-Paul, "*La Nausea*", ET Scrittori, 2014, p. 180).

[70] Borgna Eugenio, *ibid.* (2020), p. 57. Jaspers affermava che lo spirito creativo dell'artista, folle, corrisponde alla malattia della conchiglia, grazie alla quale si generare la perla, corrispondente all'opera dell'artista.

dell'uomo), anche dopo la rottura il valore non ne è pregiudicato, vi è stato certamente un cambiamento di condizioni e di "equilibrio" ma, per l'appunto, un nuovo e diverso "equilibrio" si è prodotto. Occorre quindi accogliere il danno che si può creare dentro di noi per qualsivoglia accidente, non nasconderlo vergognandosene, ripararne le cicatrici e - per quanto possibile - valorizzarne l'insegnamento.

***

Bibliografia

- AA.VV. (The Lancet Commissions), "*The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*", 27 ottobre 2018, vol. 392, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X
- AA.VV., "*Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*", 8 ottobre 2021, Lancet, vol. 398, doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7
- AA.VV, "*The association between air pollutants and hippocampal volume from magnetic resonance imaging: A systematic review and meta-analysis*", Environmental Research, 1 settembre 2021, doi.org/10.1016/j.envres.2021.111976
- AA.VV. (a cura di Rossella Guerrini e Massimo Marraffa), "*Psicopatologia e scienze della mente. Dalla psichiatria organicista alla neuroscienza cognitiva clinica*", 2019, Carocci editore
- Beck Aaron T., "*La depressione*", Bollati Boringhieri, 2021 (ristampa)
- Binswanger Ludwig, "*Melanconia e Mania*", Bollati Boringhieri, 1994
- Binswanger Ludwig, "*La psichiatria come scienza dell'uomo*", Mimesis - Frontiere della Psiche, 2013
- Bleuler Eugen, "*Trattato di psichiatria*", Editrice La Scuola, 1983 (quindicesima edizione)
- Borgna Eugenio, "*Noi siamo un colloquio*", Universale Economica Feltrinelli, 2018 (terza edizione)
- Borgna Eugenio, "*Il fiume della vita*", Feltrinelli, 2020
- Cartesio, "*Discorso sul metodo*", Bompiani, 2018
- Di Francesco Michele, Marraffa Massimo, Tomasetta Alfredo, "*Filosofia della mente – Corpo, coscienza, pensiero*", Carocci Editore, 2017
- Fanon Frantz, "*I dannati della terra*", Piccola Biblioteca Einaudi, 2007
- Galimberti Umberto, "*Psichiatria e fenomenologia*", Universale Economica Feltrinelli, 2020
- Galimberti Umberto, "*Psiche e techne – L'uomo nell'età della tecnica*", Feltrinelli, 2021 (dodicesima edizione)
- Heidegger Martin, "*Essere e tempo*", Mondadori, 2020
- Husserl Edmund, "*Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*", Biblioteca Einaudi, 1965
- Jaspers Karl, "*Psicopatologia Generale*", Il Pensiero Scientifico Editore, 2019
- Jervis Giovanni, "*La depressione. Un vuoto oscuro e maligno che possiamo colmare*", il Mulino, 2002
- Marcuse Herbert, "*L'uomo a una dimensione*", Piccola Biblioteca Einaudi, ed. 1999
- Petrolini Valentina, "*On the Brink of Disaster–Vulnerability to Mental Disorders*", Philosophy of Medicine, 01/10/2021, DOI 10.5195/pom.2021.10
- Reichenberg Lourie W., "*DSM-5. Guida ai nuovi criteri diagnostici*", Raffaello Cortina Editore, 2014
- Sartre Jean-Paul, "*La Nausea*", ET Scrittori, 2014
- Sarte Jean-Paul, "*L'essere e il nulla*", il Saggiatore, 2014
- Shuchter Stephen R., Downs Nancy, Zisook Sidney, "*La depressione*", Raffaello Cortina Editore, 1997
- World Health Organization, *Mental Health – Atlas*, 2020