

Paolo Roccato¹

L'esperienza della depressione²

Per orientarci nella comprensione dell'esperienza depressiva, penso sia utile partire da due concetti fondamentali: quello di *dolore mentale depressivo* e quello di *depressione*; per introdurre, poi, un altro: quello di *assetto mentale depressivo*; e per arrivare infine a quello di *collusione depressiva*.

1 - Il dolore mentale depressivo

Così come esiste il dolore del corpo, esiste il *dolore mentale*. E come il dolore somatico si presenta in forme e modi differenti tra di loro (dolore urente, dolore pungente, dolore gravativo, ecc.), anche il dolore mentale si presenta in forme e modi differenti. Possiamo così distinguere differenti tipi di dolore mentale, quali, per esempio, l'invidia, la gelosia, la paura, l'umiliazione, e così via. Un posto particolare deve essere riservato al *dolore depressivo*.

Il dolore mentale depressivo è l'*emozione* - adeguata, giusta, sana, "normale" – propria dell'*esperienza della perdita di qualche cosa di buono*.

Vorrei sottolineare che ci troviamo nel campo della piena *soggettività*.

Un'esperienza, infatti, non può che essere soggettiva. E quando qui parliamo di "perdita", abbiamo da considerare ciò che risulta *soggettivamente* perduto. Deve trattarsi di una perdita *soggettivamente* vissuta. Potrei, magari, non avere perduto nulla sul piano obiettivo: è sufficiente che io *creda*, che io *senta* di avere perduto qualche cosa di buono, perché si attivi l'emozione "dolore mentale depressivo". O potrei, magari anche, avere perduto qualche cosa di buono, ma

¹ Medico Psicoterapeuta, Psicoanalista Associato alla Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e all'*International Psychoanalytical Association* (IPA), paolo.roccato@fastwebnet.it

² Presentato al Convegno "La depressione *post partum*: anche il Pediatra se ne deve occupare?", organizzato dalla Sezione Nord Ovest (Piemonte e Valle D'Aosta) dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP), Torino 31 marzo 2007.

senza essermene accorto. In tal caso, ovviamente, non si attiverà nessun dolore mentale depressivo.

Anche la “bontà” della cosa perduta deve essere una qualità *soggettivamente* sentita. Potrebbe trattarsi di un qualche cosa di obiettivamente e realmente “cattivo”, ma che io, *soggettivamente*, sento come “buono”, quale potrebbe essere, per esempio, la bottiglia di Whisky per un etilista.

Molto spesso, però, accade che facciamo *esperienze miste*. Possiamo, infatti, realizzare, *trovare*, conquistare qualche cosa di buono, e – contemporaneamente, nello medesimo accadimento – *perdere* qualche cos’altro di buono.

Qualche esempio.

Una persona arriva all’agognata promozione, e si sente, sì contenta, ma anche triste, magari fino alle lacrime, fra lo stupore delle persone attorno: “Ma come?! Era quello che volevi con tutte le tue forze, che desideravi da tempo, e ora, che l’hai ottenuto, sei triste?!”. Il fatto è che, in questo come in moltissimi altri casi, l’esperienza di realizzazione di qualche cosa di buono è strutturalmente, consostanzialmente *anche* un’esperienza di perdita: perdita del ruolo precedente, per esempio; perdita dell’ambiente umano e fisico (i colleghi, l’ufficio; o i compagni di classe, la scuola); o perdita anche solo di qualche cosa di rassicurante in quanto già noto.

Un altro esempio può essere il matrimonio. Quando ero ragazzo, girava una canzone struggente, molto romantica, che diceva “Là, sull’altar, lei sta piangendo”.³ Tutti, proseguiva, penseranno: “piange di gioia”; il suo cuore, invece, gridava insieme dolore e preghiera, perché aveva perduto il suo vero amore. Ma le perdite di chi si sposa sono anche altre: perde lo stato di ragazza (o ragazzo); perde il permanere dell’apertura verso molte possibilità; perde la concretezza della condizione di appartenenza alla famiglia di origine; perde lo stato sociale proprio della giovinezza...

Un esempio di esperienza mista, che qui, parlando della depressione *post partum*, è in primo piano, è certamente la nascita di un bambino.

Potremmo dire, addirittura, che quasi sempre le esperienze reali della vita sono *esperienze miste*. Quasi mai si ha *solo* acquisizione di qualche cosa di buono: (quasi) sempre, ogni esperienza di

³ “La novia”, musica di Joaquim Prieto, testo di Giulio Restetti di Mogol, 1961.

realizzazione di qualche cosa di buono è – strutturalmente – *anche* un’esperienza di perdita di qualcos’altro di buono. Non si può esplorare il nuovo e, contemporaneamente, permanere nella tana. Né si può stare saldi nella sicurezza della tana, senza perdere le possibilità di cogliere le cose buone, le cose nuove del mondo aperto. Il divenire della vita di per se stesso comporta esperienze di perdita, cioè esperienze di dolore mentale depressivo.

2 – La depressione

Quando una persona, per qualunque motivo (biologico, come un alterato metabolismo sinaptico della serotonina; uno stato di stress; uno stato di sovraccarico fisico, emotivo o esperienziale; un qualunque motivo psichico; relazionale; microsociale; sociale; macrosociale), non è in grado di gestire un dolore mentale depressivo (il dolore, cioè, per la perdita di qualche cosa di buono), struttura una *depressione*.

Se l’incapacità di gestire il dolore mentale depressivo è parziale o temporanea o comunque limitata, e il dolore è piccolo o parziale o temporaneo o limitato, il soggetto strutturerà una depressione piccola, “minore” o transitoria. Se, viceversa, l’incapacità è grave, globale, estesa, permanente, e il dolore è grande, magari atroce, duraturo, globale, esteso nel Sé, il soggetto strutturerà una depressione grande, o grandissima: “maggior”, permanente.

Potremmo dire che la depressione è lo stato mentale – intrapsichico *e* relazionale; relazionale *e* intrapsichico; *mai* solo intrapsichico, né *mai* solo relazionale – di chi si trova incapace o impossibilitato a elaborare, a gestire (a vivere, in definitiva) il dolore mentale depressivo.

3 – Quali cose buone perde una donna quando diventa mamma?

A questo punto, è chiaro che, se parliamo di “depressione *post partum*”, parliamo di incapacità di gestire la perdita di qualcosa di buono che si realizza all’epoca dell’esperienza della maternità e del puerperio.

Quali “cose buone” perde una donna, quando diventa mamma?

Si pensa generalmente che la nascita di un bambino sia *solo* l'acquisizione di una "cosa buona": il bambino, appunto, che prima non c'era e che poi c'è. Il Presepe è lì a rappresentarcelo: tutti sono festanti, tutti rivolti verso il Bambinello, dagli angeli del cielo agli artigiani, dai pastori alle pecore, via via fino alle galline e alle ochette, festanti anch'esse.

Ma, nella realtà dei fatti, così non è. Così non è *mai*. O, per lo meno, non è mai *soltanto* così. La nascita non è mai *soltanto* una festa.

C'è sempre *anche* la perdita di molte, moltissime cose buone. Non è possibile enumerarle tutte. E, in ogni caso, quello che conta, quello che sta all'origine del dolore mentale depressivo è ciò che quella persona lì sente per *se stessa*, soggettivamente, come perdita di cose buone.

Qualche esempio, tanto per dare un'idea.

La donna perde, prima di tutto, lo *status* precedente: di partner amorosa (moglie o compagna) *esclusiva*. C'è un terzo elemento che si insinua nella coppia, e che ne altera gli equilibri, modificando le soddisfazioni, i piaceri, le aspettative, le prospettive, le finalità addirittura, e gli impegni. Perde lo statuto di innamorata in una relazione amorosa nella quale si è reciprocamente oggetto esclusivo dell'amore del partner.

Ma perde anche lo status di giovinetta, di persona libera, dal futuro aperto a molte possibilità.

Sempre notevoli sono le perdite collegate agli aspetti corporei del suo Sé, soprattutto per quel che riguarda la fruizione del proprio corpo: non è più corpo di cui lei stessa fruisce per se stessa, ma *corpo esposto alla fruizione di altri*. Corpo alienato. Utilizzato da altri per la *loro* fruizione. Penso che a molti di voi, a questo punto, serpeggino nella mente risonanze con immagini di esperienze di rapporti sessuali alienati. L'esperienza di una neomamma nel rapporto col suo bambino può essere (anche) analoga proprio a quella: il mio corpo non è più a mia disposizione, ma è totalmente a disposizione di lui.

Perde la bellezza del corpo, l'idealizzabilità del proprio corpo: smagliature, alterazioni del seno, dell'addome, delle cosce...

Perde, inoltre, il lavoro. Temporaneamente di sicuro. Ma, disgraziatamente, può trattarsi anche di

una perdita definitiva del proprio lavoro, con tutto ciò che vi può essere connesso in termini di realizzazione di sé e di prospettive di realizzazioni di sé.

Perde lo stato di figlia. Qualche donna, per contro, non lo perde mai neanche un poco, e questo, però, comporta la perdita della possibilità di maturare un più compiuto, più integrato, più evoluto senso di sé. Non c'è scampo: qualcosa viene perduto sempre e comunque.

Molte sono le idealizzazioni di sé che perde. Si confronta, infatti, con una realtà che non è soltanto bellissima, “magica”, ma che è anche molto dura, difficile, faticosa, sconosciuta, con parecchi elementi poco gratificanti.

Le perdite di cose buone riguardanti se stessi, le perdite di parti o di aspetti di sé sono *perdite narcisistiche*. Il dolore mentale depressivo che viene allora attivato è un dolore mentale depressivo *narcisistico*. Si tratta di un dolore mentale estremamente più forte, ancora più cocente, ancora più atroce di quello suscitato da esperienze di perdite di cose buone esterne al Sé, quale potrebbe essere, per esempio, la perdita di una persona cara. L'incapacità di gestire un dolore mentale depressivo narcisistico struttura una *depressione narcisistica*, che è molto più pesante di ogni altro tipo di depressione. A guardar bene, ogni depressione è *anche* una depressione narcisistica, quanto meno perché è legata alla perdita di una propria, personale capacità: quella di gestire un dolore mentale.

Molte altre sono le cose buone che la neomamma perde. Le idealizzazioni del bambino, per esempio, che non è solo una cosa buona. Acquisisce, sì, una “cosa” (il bambino), che però ben presto si rivela non essere soltanto “buona”.

Perde la fantasia dell'unicità di sé e del bambino basata sull'insieme delle percezioni che aveva della propria pancia col bambino dentro. Perde, così, il senso di pienezza, non solo concreta, ma anche simbolica: un senso di pienezza dell'esistenza.

E perde moltissime altre cose, concretissime, percepibilissime, quali la possibilità di dormire, per esempio. Questo dell'interferenza, piccola o grande che sia, nel dormire è uno degli aspetti dominanti nell'esperienza di ogni neomamma. Perde molte altre possibilità: di autonomia, di realizzazione di sé al di fuori dell'essere mamma, di coltivare interessi e legami, di accedere ad

esperienze differenziate preziose...

La percezione di ognuna di queste perdite comporta l'attivarsi di uno specifico dolore mentale depressivo. Vedete come l'esperienza di mettere al mondo un bambino comporti un'intera sinfonia di dolori mentali depressivi, che necessitano di un enorme lavoro di gestione. Sinfonia che contiene, ovviamente, anche altre emozioni, non necessariamente dolorose, ma anche piacevoli, come lo stupore, la commozione di sentire la vita che "si incarna" attraverso di noi, la gioia per il miracolo compiuto, il senso di realizzazione di aspetti fondamentali di sé, l'incontro meraviglioso con un esserino così vicino e così sconosciuto...

Bisogna tener presente, inoltre, che lo stato di puerperio e la condizione di neomamma, con tutto l'enorme impegno fisico e psichico che comporta, con il senso di "spaesamento" e l'apprensione, può lasciare meno spazio mentale, meno (per così dire) "energie" disponibili per attivarsi nella gestione delle emozioni dolorose. Se una persona aveva già prima una certa difficoltà nel gestire il dolore mentale, è possibile che si trovi, allora, con diminuite risorse.

4 – L'esperienza depressiva

La persona depressa si accorge della vita, ma la sente distante, non contattabile.

Se un animale è ferito, si rintana. Si rannicchia e sospende le proprie attività, per assumere atteggiamenti e comportamenti di auto-protezione, rifugiandosi, appunto, nella tana. Lo fa per salvarsi, per lasciare che la ferita si rimargini, perché le sue "energie vitali" possano, per così dire, "concentrarsi" nei processi di riparazione della ferita e nei processi di guarigione. Si rintana perché non ha energie da sprecare; per questo perde interesse per ogni altra cosa che non sia il recupero del proprio benessere. Fin tanto che perdura la ferita, non ha voglia di esplorare la realtà, non ha voglia di fare, di costruire, di relazionarsi, di avere attività ulteriori al di là di quelle indispensabili per la sopravvivenza. Per questo, tra l'altro, non ha voglia di attivarsi nella sessualità.

Per le "ferite dell'anima" (cioè per il dolore mentale) accadono le stesse cose. Quando viviamo un dolore depressivo, sentiamo il bisogno di rintanarci, di rannicchiarci, di chiuderci, di isolarci.

Strutturiamo attivamente una *inibizione* a ventaglio su ogni aspetto della nostra esperienza e della nostra vita. Percepriamo una sorta di particolarissima “stanchezza”: è il corpo che è triste, come soleva dire lo psicoanalista Salomon Resnick nei suoi seminari. È la percezione della tristezza nel corpo.

Ci chiudiamo per proteggerci, per aspettare che le cose passino e per favorire che la “ferita dell’anima” si riaggiusti.

Questi atteggiamenti non sono solo protettivi, ma sono anche i primi movimenti verso una autoterapia. Però comportano realizzazioni di sé minimali, cosa che suscita un dolore “ricorsivo”. Il punto di partenza è il dolore mentale depressivo, la cui gestione comporta un “rannicchiarsi” per proteggersi e per facilitare i processi di autoguarigione; l’accorgersi della chiusura, della non realizzazione di sé e della non disponibilità della “energia vitale” determina una specie di “dolore del dolore”, un dispiacere per il dolore con cui si ha a che fare. Un dolore “ricorsivo”, appunto, all’interno del quale è compreso un essere *delusi* da se stessi, con una conseguente *svalutazione* di sé, un senso di *indegnità* e di *rabbia* verso di sé.

Se lo stato depressivo è, per certi versi, un tenere il motore al minimo, in attesa che si riparino le ferite, esso è anche a propria volta fonte di ulteriore dolore e di guai, di ferite e di guasti ulteriori.

5 – L’assetto mentale depressivo

Essere depresso non è un di più, un qualche cosa che si aggiunge all’esperienza della persona, come potrebbe essere avere la tosse. Una persona non *ha* la depressione: una persona *è* depressa.

Essere depresso è un modo di vivere la propria esperienza, non un’aggiunta, ma neppure una “coloritura” della propria esperienza.

Il soggetto depresso organizza e struttura in modo depresso la percezione cognitiva, la percezione emotiva, la percezione relazionale, per cui pensa da depresso, sente da depresso. Non solo: egli si attiva, anche, da depresso. Si relaziona, quindi, da depresso: ama da depresso, odia da depresso, vive e realizza la propria esperienza globale e i singoli elementi della propria esperienza

da depresso. E se ne accorge. E ne patisce. E aggiunge dolore a dolore. Dolore che non sa gestire a dolore che non sa gestire. Aggiunge, cioè, depressione a depressione.

Nell'assetto mentale depressivo c'è la percezione del *dolore*, ma essa è accompagnata dalla *inibizione*, cosa che comporta per ogni cosa un'enorme "fatica". Il soggetto avverte continua, pervasiva, una "stanchezza" insuperabile. "Vede" (non: "vive") i bisogni e i desideri, propri e altrui; ma, essendo inibito, si scoraggia: "Non ce la posso fare". Così, oltre alla *colpa diretta* per la perdita di ciò che di buono ha perduto (della quale sovente si autoaccusa, spesso anche in modo irrealistico), vive una *colpa indiretta*: la colpa di non riuscire a farcela. La "colpa", in fondo, di essere depresso.

È importante insistere sul fatto che, quando si attiva, la persona depressa si attiva in modo depresso: più *ritiro* che contatto; più *peso* che "leggerezza" o "gioia"; più "impegno" che piacere; più *sforzo* ("di volontà") che fluidità e armonia.

Il panorama interno, ma anche quello esterno, soggettivamente osservato, a partire da quello relazionale, è "grigio", *senza gusto*, non solo senza piacere: non sa di niente. La persona depressa vive in uno stato pesantissimo, fatto di *inerzia*, di *non risonanza*, di *isolamento*, con un enorme *sensazione di sproporzione* fra le proprie "energie" e i propri compiti. Ogni compito appare *esagerato*, troppo pesante. Troppo grande e troppo gravosa ogni *responsabilità*. Spariscono i desideri. Rimangono, come risorse, l'*impegno* e l'*abitudine*. Che non danno gusto, è vero, ma che sono e rimangono, nonostante tutto, delle risorse.

Senza gusto, senza desiderio, ogni attivazione si presenta come "alienata", strutturata, cioè, non in funzione di se stessi, ma in funzione degli altri. "Per chi lo faccio?!", piangeva un giorno, esasperata, una persona depressa. "La vita non mi appartiene". Non mi appartiene più.

Se poi ad essere depressa è una mamma dedicata a un bambino, il suo vissuto è quello di un disastro. La vita, che è lì, rappresentata dal bambino, non le appartiene più. E sente come se non le potesse appartenere mai più.

Ecco, allora, importantissimo, il *vissuto del tempo*.

Per la persona depressa, il tempo si ferma. Ogni cosa è un peso. Un peso che “non finisce mai”. Non c’è divenire. Non c’è più futuro, se non plumbeo, in quanto è fisso, immobile, immutabile, “eterno”. Il passato è svanito. Un ricordo perduto. E il presente? Il presente è senza senso. In quanto non realizzativo di sé, è vuoto, tetro, senza sviluppi.

È veramente sorprendente constatare le corrispondenze esatte fra l’assetto mentale depressivo che noi clinici osserviamo nel Sé delle persone depresse e l’assetto anatomico-funzionale che viene osservato dai neurobiologi nelle modalità di attivazione (e di non attivazione) dei neuroni e delle sinapsi cerebrali.

6 – Come la persona depressa si rapporta con gli altri

Avendo strutturato un *assetto mentale depressivo*, la persona depressa sente il rapporto con gli altri non come apertura verso nuove possibilità, né tanto meno come gioia attuale o possibile, ma come *peso ulteriore* di cui caricarsi, come *compito aggiuntivo* da svolgere, come dovere addizionale da assolvere, come impegno supplementare da onorare, come *nuova fatica* da assumersi; senza luce, senza gioia, senza speranza, senza piacere, senza curiosità.

L’attivarsi del rapporto, acuisce la rabbia: “Mi chiedete troppo!”. “Anche tu ti ci metti, adesso?!”. Connesso all’aumento della rabbia è l’aumento del senso di *colpa* e quello di *umiliazione*: non riesco, non sono capace.

Dalle conseguenze particolarmente pesanti è l’*incapacità di chiedere aiuto*, non solo per l’inerzia, non solo per la vergogna, ma soprattutto perché, per chiedere aiuto, è necessaria almeno un granellino di speranza, che, invece, nella persona depressa, spesso manca del tutto. Si vergogna, dunque, e si arrabbia, quando avverte di non farcela da sola. E se le si offre aiuto, può capitare che, sentendosi umiliata proprio dall’offerta d’aiuto, aggredisca i soccorritori, in quanto essi attivano in lei ulteriore dolore, ulteriore senso di inadeguatezza, ulteriore senso di sproporzione fra ciò che dovrebbe e vorrebbe fare o essere e ciò che si sente in grado di fare o di essere.

Ma entrare in rapporto con una persona depressa è indispensabile, se la si vuole curare, o aiutare,

o anche semplicemente sostenere. È attraverso la relazione, comunque, che è possibile trovare degli inneschi per la terapia.

È difficile, molto difficile, rapportarsi a una persona depressa.

Per “incoraggiarla”, viene spesso da minimizzare: “Su con la vita!”, “Ma va là, che non è niente!”. Non è niente?! Ma se son qua che non ne posso più?! Se non è niente, e io non ce la faccio, vuol proprio dire che sono un disastro, un incapace, un imbecille. E allora sono spacciato: è proprio vero che non posso proprio farcela. Se invece è davvero qualcosa di insuperabile, e tu mi dici che non è niente, allora sei tu l’incapace, tu quello che non capisce niente: non puoi essere per me una risorsa.

Ogni tentativo di minimizzare, come del resto ogni tentativo di “rassicurazione”, oltre a non rassicurare per niente affatto, suscita immancabilmente irritazione e aumenta la rabbia e lo sconforto, quanto meno perché il destinatario dell’intervento si sente non compreso.

7 – La collusione depressiva

La persona depressa, dunque, tende ad attivarsi nei rapporti con gli altri in maniera inibita ed evitante.

E come riceve la persona depressa i tentativi di rapportarsi a lei?

Inconsapevolmente, in un modo che può apparire sorprendente, la persona depressa tende ad attivare intorno a sé una serie di “circoli viziosi” relazionali che si autoalimentano e che vanno a costituire una specie di “stile” relazionale e di “gabbia” relazionale. Vediamolo nel dettaglio.

La persona depressa vive, pervasivo, un senso di *impotenza*, per cui rintuzza sistematicamente ogni tentativo di attivazione con l’*inerzia dell’impotenza*. Il risultato sarà che chi si attiva verso di lei, o anche semplicemente cerca di avvicinarsi a lei, a propria volta si sentirà *impotente*, proprio come la persona depressa.

La persona depressa vive, pervasivo, un senso di *disperazione*, cioè: di perdita della speranza, che la rende non risonante ad ogni stimolazione che tenda verso il futuro. Questa è l’*inerzia della*

disperazione, la quale in breve tempo farà sentire realmente *disperato* chi cerca di attivarsi in un qualunque tipo di rapporto con lei.

Un po' per la perdita che ha innescato il dolore depressivo, e molto per le incapacità legate allo stato di depressione, la persona depressa si sente pervasivamente in *colpa*, cosa che la rende non accessibile alla gioia e al fiorire della vita, per quella che è una vera e propria *inerzia della colpa*. Come per l'impotenza e la disperazione, anche la colpa non si ferma lì, ma ha delle dirette conseguenze nei partner relazionali. Chi cerca di attivare una qualsiasi relazione con la persona depressa, infatti, molto rapidamente si sentirà del tutto inefficace, e quindi finirà per sentirsi a propria volta *colpevole* di non riuscire nei propri intenti, proprio come accade nel paziente stesso.

E così succede per la constatazione delle proprie *inadeguatezze*: la persona depressa sentirà, terribile, la *vergogna*, a causa della quale accentuerà ancora di più il proprio sottrarsi alla relazione, attivando una specie di *inerzia della vergogna*. Col risultato, però, che quanto il depresso evita la relazione, tanto chi si accosta a lui ben presto avrà voglia di evitarlo, sottraendosi a propria volta alla relazione. Basta che l'interlocutore del depresso sia appena appena sensibile, perché accada che ben presto egli *si senta inadeguato* e *si vergogni* di venir meno ai propri intenti e ai propri doveri.

Date queste premesse, il depresso vivrà – continuamente alimentato dalla propria esperienza diretta – un pervasivo *senso di inefficacia*, che indurrà in lui un progressivo incrementarsi dell'inazione, attivando una vera e propria *inerzia della inefficacia*. A propria volta, chi cerca di attivarsi verso il depresso, per l'impatto con questa inerzia rapidamente si sperimenterà come *inefficace*, col rischio di perdere progressivamente la fiducia di poter venire a capo di qualche cosa con lui.

La constatazione delle proprie sistematiche inerzie e della propria inefficacia, unita alla sistematica traduzione di ogni tentativo di rapportarsi a lui come fosse una ulteriore richiesta di prestazioni, porta la persona depressa alla *esasperazione*: si arrabbia, diventa litigiosa, sarcastica, sprezzante, pungente. Va a finire che da tutti *pretende moltissimo*, proprio lei, che era partita dal sentire che tutti pretendono troppo da lei. E se non si sente accontentata, si arrabbia, furiosa e

rancorosa. Così rischia di diventare, davvero, insopportabile. Sì: la persona depressa non è soltanto “quella poverina che sta così male e soffre tanto”. È spesso anche una persona antipatica, inavvicinabile, litigiosa, incontentabile, fredda, egoista, odiosa. Con questi atteggiamenti sgradevolmente rabbiosi, *fa arrabbiare* chi si avvicina a lei. E così, facilmente, viene voglia di pretendere da lei ciò che lei non è in grado di fare: fa diventare, davvero, *insopportabili*.

Vedete che, punto a punto, ogni elemento degli atteggiamenti che la persona depressa attiva verso di sé e verso gli altri, tende a riprodursi pari pari negli altri, quando questi cercano di mettersi in rapporto con lei. Il risultato è che proprio coloro che vorrebbero intervenire per cercare di far modificare gli atteggiamenti della persona depressa, proprio loro va a finire che tendono ad assumere i medesimi atteggiamenti. Si instaura, così, con molta facilità, un particolare tipo di circolo vizioso, che si autoalimenta. A un’osservazione superficiale, potrebbe sembrare una specie di “maledizione”, in cui tutte le persone impegnate nella relazione si trovano irretite e da cui sembrano impossibilitate ad uscire.

Si tratta, in realtà, di una *collusione*, di una relazione, cioè, che lega i partner relazionali in modi molto particolari: ognuno è consapevole di quanto l’altra persona è attiva nel determinare la disfunzione relazionale, ma nello stesso tempo è totalmente inconsapevole di come e di quanto egli stesso sia attivo nel determinare la medesima disfunzione relazionale. Quella di cui stiamo parlando è una collusione specifica (con specifiche attivazioni, induzioni e riverberazioni relazionali) che possiamo chiamare *collusione depressiva*. Conviene sottolineare che la collusione depressiva non è un destino ineluttabile: è soltanto molto probabile. Gli interlocutori della persona depressa possono fare ricorso alle proprie risorse interiori per comprendere e contenere, anziché controagire.

Una volta che si sia instaurata, la collusione depressiva, così ripetitiva, così monotona, col suo senso di insormontabilità, condurrà rapidamente i partner relazionali verso lo sconforto più totale, che indurrà in loro una ulteriore tendenza al ritiro sfiduciato e disperato.

Provate, ora, a pensare al caso in cui il partner relazionale di quella persona depressa è un bambino neonato.

In lui capiteranno *tutte* le cose che abbiamo individuato e descritto nelle persone che si pongono in relazione con una persona depressa: senso di impotenza; senso di disperazione; senso di colpa; senso di inadeguatezza; senso di inefficacia; rabbia impotente; inerzia; e, se è un po' più grandino, senso di vergogna. Ma, mentre gli adulti che entrano in contatto con una persona depressa possono contare, all'interno della propria mente, su di un loro "Sé" già strutturato cui fare ricorso, il bambino va strutturando il proprio Sé per l'appunto in quei momenti lì, in quelle relazioni lì. Non ha possibilità di recuperare un proprio Sé precedentemente strutturato. Un vero disastro. Non solo per lui: per entrambi, poveretti. E per tutti quelli che hanno a che fare con loro. Ma per lui, forse, più che per ogni altro.

8 – Che fare? E, ancor più, come fare?

Come vedete, ci sono pochi punti di aggancio che siano immediatamente e sicuramente evolutivi. E quelli che potrebbero esserci, con grande facilità tendono a trasformarsi rapidamente in punti di frizione, se non di aperto contrasto. Qualsiasi sia il modo in cui noi la avviciniamo, è molto probabile che la persona depressa ci percepisca come fonte di ulteriori impegni e di ulteriori pesi. Come ulteriormente patogeni, in definitiva. Tutto all'incontrario rispetto alle nostre intenzioni.

Come si può, allora, avvicinarla?

È necessario puntare, con schiettezza, sulla *verità*. Come sempre.

Conviene dire esplicitamente, con rispetto, sì, ma con altrettanta chiarezza: "Lei è depressa".
Spiegando che cosa vuol dire.

Bisogna prendere estremamente sul serio l'esperienza di una persona depressa.

Bisogna fare attenzione a non appesantire la sua già terribilmente difficile esperienza: fare attenzione a non umiliarla ulteriormente, a non colpevolizzarla ancora di più, a non incoraggiarla sulla strada di ulteriori alienazioni (tipo: "Guarda le tue creature. Datti una smossa. *Fallo per loro!*"). Conviene cercare di favorire il recupero di se stessa *per se stessa*, e non per gli altri. Questo, quanto meno per non aggiungere alienazione a chi si sente già espropriata di sé, cioè

“alienata”.

È, poi, necessario cercare di fare attenzione, se possibile, a non entrare nella collusione depressiva con lei o quanto meno ad accorgerci della sua strutturazione il più presto possibile (fin dall’inizio, o magari un istante prima che inizi). Come? Prima di tutto, tenendo presente che la collusione depressiva è sempre possibile. E poi, ponendo particolare attenzione ad accorgerci delle spinte reattive che si attivano in noi e degli stati d’animo che ci vengono indotti. Con l’esperienza si impara ad attivare e ad allenare queste capacità.

Bisogna, soprattutto, mantenere l’orientamento. E recuperarlo, se lo si è perduto. È compito nostro, non del paziente.

“Mantenere l’orientamento” vuol dire avere sempre presente la sequenzialità (mentale) che parte dalla specifica, individuabile *perdita di qualche cosa di buono*; passa per l’attivazione del *dolore mentale depressivo* (corrispondente a quella perdita), che impone la necessità della sua *gestione*, rispetto alla quale può presentarsi una serie di motivi (individuabili, specifici per quella persona e per quel momento della sua esistenza) di *incapacità*; cui segue la strutturazione di un *assetto mentale depressivo*, dal quale derivano delle osservabili *conseguenze relazionali*, oltre che *intrapsichiche*.

Diventa, così, possibile cogliere il *sensò* (specifico per quella persona in quel suo specifico momento esistenziale) dei singoli elementi dell’esperienza della persona depressa. Si tratta, allora – semplicemente – di dirle quello che ci pare di aver colto, rimanendo esplicitamente e dichiaratamente aperti alle correzioni e integrazioni che lei potrà fare. Il “sensò” dei singoli elementi della sua esperienza non è qualche cosa di complicato o di astruso o di iniziatico. Si riferisce, semplicemente, a quanto detto prima: l’inibizione, per esempio, come modo naturale di rannicchiarsi per favorire il rimarginarsi delle ferite (*quella* inibizione, per rimarginare *quella* ferita); l’exasperazione, per esempio, perché ogni cosa appare come enormemente pesante, data l’inibizione; e così via, per ogni elemento della propria esperienza che la persona potrà individuare assieme a noi.

Cerco di recuperare io, e di aiutare la persona depressa a recuperare lei, la *sensatezza* del suo sentire e dei modi secondo i quali le capita di attivarsi.

Sentire qualcuno che davvero comprende l'esperienza della depressione e capisce le difficoltà (che si presentano come "insormontabili") ad affrontarla dà sempre un certo sollievo alla persona depressa. E favorisce, talvolta, il riaccendersi anche in lei della speranza.

Bisogna, inoltre, continuativamente allearsi a lei. Io chiamo i miei pazienti ad occuparsi di loro insieme con me: "Adesso, Lei ed io dobbiamo occuparci di Lei, che è depresso". Insieme, cerchiamo di individuare le risorse personali (intrapersonali), relazionali, microsocietali e sociali, nonché i modi per cercare di attivarle a suo vantaggio. Sempre insieme, cerchiamo di valutare l'opportunità dell'uso dei farmaci antidepressivi, sui quali faccio un esauriente, ancorché breve, spiegone: sono *terapeutici* e non sintomatici, perché favoriscono il ripristino e il rafforzamento dei circuiti cerebrali, e funzionano in sinergia con la psicoterapia.

Cerco, poi, di mostrarle che non è peccato farsi aiutare: sia nell'espletamento delle incombenze della sua vita sia nell'accudire il suo bambino sia nell'andare da un terapeuta sia nel prendere farmaci antidepressivi.

Si tratta, in fin dei conti, di mostrarle che comprendiamo, perché lo conosciamo, l'orizzonte e il paesaggio depressivo in cui si trova, ma che sappiamo scorgere anche, più in là, gli orizzonti e i paesaggi della recuperata vitalità. Per fare questo, è indispensabile tenere noi, dentro la nostra mente, sempre viva, sempre accesa la fiammella leggera e delicata della speranza. E per fare questo, dobbiamo attivare molta – ma proprio molta – pazienza.

Grazie.

9 - Riassunto

Il *dolore mentale depressivo* è quello specifico dolore mentale che è proprio dell'esperienza di perdita di qualche cosa di buono. L'incapacità, comunque determinata, di gestire quello specifico

dolore mentale tende a strutturare lo stato mentale di *depressione clinica*. Tutti gli elementi soggettivi e oggettivi che fanno parte dell'esperienza della depressione costituiscono l'*assetto mentale depressivo*. Strutturando non solo le proprie esperienze ma anche le proprie relazioni, la persona in assetto mentale depressivo tende ad attivare uno specifico tipo di relazione collusiva: la *collusione depressiva*. Cogliere i nessi psicodinamici, intrapsichici e relazionali, fra dolore mentale depressivo, depressione clinica, assetto mentale depressivo e collusione depressiva facilita sia il riconoscimento dell'esperienza della depressione e del significato dei suoi differenti vissuti sia l'individuazione di vie percorribili verso il recupero dalla depressione.

.-=°*°=-.